



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
KAMU HASTANELERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Tesisi

# Değerlendirme Algoritması

Hastane

## SAĞLIK TESİSLERİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI ALGORİTMASI (HASTANE)

## AÇIKLAMA

\*\*\*\*1.Sağlık tesisi yatak sayısına göre değerlendiriciler tarafından randomize seçim örneklem sayısı belirlenir. "Değerlendirme yapılırken, hastanenin yatak sayısına (ve dolayısıyla büyüklüğüne) göre kaç tane örneklem alınacağına karar verilir ve bu örneklem, tesadüfi (random) yöntemle seçilir.

\*\*Yatak Sayısı (49 ve altı); İncelenecek Örnek Sayısı: ( 5 ) ,

\*\*Yatak Sayısı (50-149); İncelenecek Örnek Sayısı: ( 10 ) ,

\*\*Yatak Sayısı ( 150-299); İncelenecek Örnek Sayısı: ( 15 ) ,

\*\*\*Yatak Sayısı (300 ve üzeri); İncelenecek Örnek Sayısı: ( 20 )

\*\*\*\*2.Analiz sonucunda herhangi bir uygunsuzluk tespit edilmediği ve DİF açılmadığında,standart/değerlendirme ölçütü karşılanıyor kabul edilir.

STANDART KODU	STANDART ADI-ÖLÇÜTLER	KARŞILAMA DÜZEYİ			
STANDART 1	Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.(Ç)				
1.1	MHRS'den alınan randevuların muayene sayıları ve randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	MHRS'den alınan randevuların muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk üç sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı /İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)×100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
1.2	MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analizleri yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı /İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)×100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
1.3	Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı /İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)×100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					

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.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
MHRS' ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük cetvelleri tanımlı mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
MHRS' ye esas polikliniklerdeki tüm hekimler için en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetvelleri tanımlanmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
MHRS Cetveli Tanımlama Uygunluk Oranı %= 30 gün üzeri ve en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetvelleri tanımlanmış hekim sayısı/ İncelenen MHRS'ye esas polikliniklerde görev yapan toplam hekim sayısı x100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<b>Bu oran, MHRS'ye esas polikliniklerde görev yapan hekimlerin en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın çalışma cetvellerinin tanımlanıp tanımlanmadığını ve 30 gün için planlama yapılmış olup olmadığını değerlendirmek amacıyla hesaplanır.</b>					
1.5					
MHRS'de 15 günlük cetvelde % 80 doluluğu olan branşlar takip edilmeli, bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
MHRS'de 15 günlük cetvelde % 80 doluluğu olan branşlar takip ediliyor mu?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmış mı?					
<b>Sağlık tesisi yatak sayısına göre randomize seçim yapılır.</b>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
MHRS %80 Üzeri Branş Doluluk Takibi ve Önlem Uygunluk Oranı (%) =Takip ve önlem kriterlerini karşılayan randomize branş sayısı /İncelenen toplam ≥%80 doluluğu olan randomize branş sayısı × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<b>Bu oran, MHRS sisteminde 15 günlük cetvelde %80 üzeri doluluk oranına sahip olan branşların takip edilmediğini ve bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemlerin alınıp alınmadığını ölçmek amacıyla hesaplanır.</b>					
1.6					
Aktif bekleyen talep sayıları günlük takip edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Aktif bekleyen taleplerin muayeneye dönüştürülmesi yönünde çalışma yapılmış mı?				Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<b>Aktif bekleyen talepler günlük takip edilmelidir.</b>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
Aktif Bekleyen Talep Takip Oranı (%)=Takip edilen randomize gün sayısı / Randomize seçilen gün sayısı × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<b>Bu oran, sağlık tesisinde aktif bekleyen taleplerin günlük olarak takip edilmediğini değerlendirmek amacıyla hesaplanır.</b>					
1.7					
MHRS' ye girilen aksiyonlara uyum ve istisnaların uygunluğu hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
MHRS' ye girilen aksiyonlar uygun girilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
MHRS' ye girilen istisnalar uygun girilmiş mi?					
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen kayıtlar üzerinden her bir aksiyonun ve istisnanın uygun şekilde girilip girilmediği kontrol edilir.</b>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	Uygunluk oranlarından biri karşılanmıyor ise ölçüt karşılanmamıştır.
Uygun Girilen Aksiyon Oranı (%)=Uygun girilen randomize aksiyon sayısı / Toplam incelenen randomize kayıt sayısı × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
Uygun Girilen İstisna Oranı (%)= Uygun girilen randomize istisna sayısı / Toplam incelenen randomize kayıt sayısı × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

1.8	Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmelidir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmiş mi?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen işlem/kayıt üzerinden, girilen aksiyon kodlarının ek ödemeye esas puanlarla uyumlu olup olmadığı kontrol edilir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Uygun Aksiyon Kodu Girilen Kayıt Oranı (%) = Uygun kod girilen randomize kayıt sayısı / Toplam incelenen randomize kayıt sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
1.9	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri randevu verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
STANDART 2	Görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.			
2.1	Polikliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Polikliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>				
2.2	Acil servisten istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Acil servisten istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>				

Görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmektedir.

2.3 Kliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Kliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanılmıyordur.	
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
2.4 Görüntüleme (MR, BT, USG) randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Görüntüleme (MR, BT, USG) randevu verme gün süreleri analiz edilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanılmıyordur.	
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
2.5 Görüntüleme (MR, BT, USG) randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Görüntüleme (MR, BT, USG) randevuları MHRS üzerinden verilmiş mi?				Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen farklı görüntüleme randevusu üzerinden her birinin MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) üzerinden verilmiş olup olmadığı kontrol edilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
MHRS Üzerinden Verilen Görüntüleme Randevu Oranı (%) = MHRS üzerinden verilen randomize randevu sayısı / Toplam incelenen randomize randevu sayısı × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
2.6 Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporladığı (hizmet alımı dahil) görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları her bir görüntüleme için hekim bazlı analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporladığı (hizmet alımı dahil) görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları her bir görüntüleme için hekim bazlı analiz yapılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanılmıyordur.	
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF'ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					

2.7	<b>Görüntüleme (MR, BT, USG) sonuç/rapor verme gün süreleri analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Görüntüleme (MR, BT, USG) sonuç/rapor verme gün süreleri analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
2.8	<b>Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile görüntüleme hizmetleri randevu ve sonuç verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
<b>STANDART 3</b>	<b>Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.</b>			
3.1	<b>Laboratuvar tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Biyokimya tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk dört sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Mikrobiyoloji tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			
	Ayaktan hasta başına düşen laboratuvar tetkik sayıları analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
3.2	<b>Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen klinik veya hekim için yapılan tetkik ölçümlerine ait verilerin karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılıp paylaşılmadığı incelenir.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>
	Tetkik Sonuçları Karşılaştırmalı Paylaşım Oranı (%) = Karşılaştırmalı Paylaşım Yapılan Randomize Hekim sayısı / Toplam İncelenen randomize hekim sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Bu oran, sağlık tesisinde branş ve hekim bazlı yapılan tetkik değerlendirme sonuçlarının, karşılaştırmalı şekilde ilgili hekimlerle paylaşılıp paylaşılmadığını ölçmek amacıyla hesaplanır.</b>				

Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	<b>3.3 Laboratuvar sonuç verme süreleri test bazlı analiz edilmelidir.</b>							
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Laboratuvar sonuç verme süreleri test bazlı analiz edilmiş mi?						Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?							
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?							
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?							
					<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100				%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
	<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemelidir ayrı raporlanmalıdır.</i>							
	<b>3.4 Dış laboratuvara gönderilen numunelerin belirlenen zamanda laboratuvara teslimi ve belirlenen zamanda sonuçlarının bildirimine dair gerekli takip yapılmalıdır.</b>							
<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>			
Sağlık tesisi tarafından belirlenen sürede laboratuvara teslim edilmiş mi?						Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
Belirlenen zamanda sonuçların bildirim yapılmış mı?								
Bu süreler tercihen HBYS de veya manuel kayıt altına alınmış mı?								
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen dış laboratuvar numunesi üzerinden inceleme yapılır.</i>								
				<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>		
Numune Takip ve Sonuçlandırma Uygunluk Oranı (%) = Takibi yapılan ve zamanında teslim edilip sonuçlanan numune sayısı / Toplam incelenen numune sayısı x 100				%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
<b>3.5 Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile laboratuvar hizmetleri randevu ve sonuç verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>								
<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>			
Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?						Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?								
Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?								
<b>STANDART 4 Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.</b>								
<b>4.1 Acil serviste hekim ve sağlık personeli görevlendirmesi gün içerisinde hasta yoğunluğu dikkate alınarak yapılmalıdır.</b>								
<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>			
Personel çalışma planlaması hasta yoğunluğuna uygun yapılmış mı?						Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
Personel dağılımı, yoğun saatlerde artırılmış mı?								
<i>Değerlendiriciler tarafından sağlık tesisi yatak sayısına göre randomize farklı günler seçilerek acil servisteki hasta başvuru sayıları ile aynı güne ait görevli personel listesi karşılaştırılır.</i>								
				<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>		
Acil Serviste Yoğunluğa Uygun Görevlendirme Oranı (%) = Yoğunluğa Uygun Görevlendirme Yapılan Randomize Gün Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Gün Sayısı x 100				%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		

4.2	<b>Acil serviste hastaların müşahede alanında kalış süresi analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Acil serviste hastaların müşahede alanında kalış süresi analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
4.3	<b>Acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastaların analizi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
4.4	<b>Acil serviste konsültasyon gerçekleştirme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Acil serviste konsültasyon gerçekleştirme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
4.5	<b>Acil serviste istenilen görüntüleme hizmetlerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Acil serviste istenilen görüntüleme hizmetlerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				

4.6	<b>Acil serviste istenilen laboratuvar tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Acil serviste istenilen laboratuvar tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
4.7	<b>Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen branş ve hekimlere ait verilerin (acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastalar ile branş ve hekim bazlı konsültasyon gerçekleştirme süreleri) karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılıp paylaşılmadığı incelenir.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Karşılaştırmalı Hekim Paylaşım Oranı (%) = Karşılaştırmalı Paylaşım Yapılan Randomize Hekim Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Hekim Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
4.8	<b>Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
4.9	<b>Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile hasta bekleme süreleri ve süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			

STANDART 5	Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.				
5.1	Ameliyat randevuları MHRS üzerinden (acil vakalar hariç) verilmelidir				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Ameliyat randevuları (acil vakalar hariç) MHRS üzerinden veriliyor mu?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen ameliyat vakalarının MHRS üzerinden verilir vermediği incelenir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	MHRS Üzerinden Planlanan Ameliyatların Uygunluk Oranı (%)=MHRS Üzerinden Randevu Verilen Randomize Ameliyat Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Ameliyat Sayısı (Acil vakalar hariç) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
5.2	Mesai içi ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Mesai içi ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanılmıyordur.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
5.3	Mesai dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Mesai dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanılmıyordur.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
5.4	Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatların başlangıç ve bitişleri ile ameliyat (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Ameliyat başlangıç saatleri HBYS den izlenebiliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanılmıyordur.	
	Ameliyatlar (vaka) arası bekleme süreleri HBYS 'den (temizlik vb.) izlenebiliyor mu?				
	Ameliyat bitiş saatleri HBYS den izlenebiliyor mu?				
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen ameliyat masaları için HBYS kayıtları incelenir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	HBYS Üzerinden İzlenebilir Vaka Oranı (%) = HBYS Üzerinden İzlenebilir Randomize Vaka Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Vaka Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

5.5	İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların kök neden analizi yapılmalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların kök neden analizi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
5.6	Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılmalıdır			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen klinik veya hekim için yapılan iptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılıp paylaşılmadığı incelenir.</b>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	İptal Edilen ve/veya Ertelenen Ameliyatların Karşılaştırmalı Olarak Hekimlerle Paylaşım Oranı (%) = Karşılaştırmalı Paylaşım Yapılan Randomize Hekim Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Hekim Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
5.7	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile ameliyathane hizmetlerinin etkinliği iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
STANDART 6	Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.			
6.1	Koroner anjiyografi randevuları (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden takip edilmelidir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Acil vaka dışında koroner anjiyografi randevuları MHRS üzerinden veriliyor mu?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme
<b>Değerlendiriciler tarafından acil hastalar hariç, randomize seçilen koroner anjiyografi işlemi incelenir. Her bir işlem için randevunun MHRS üzerinden planlanıp planlanmadığı kontrol edilir.</b>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	Koroner Anjiyo MHRS Planlama Uygunluk Oranı (%)= MHRS Üzerinden Randevu Verilen Randomize Koroner Anjiyo Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Koroner Anjiyo Sayısı (Acil vakalar hariç) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
6.2	Her bir anjiyografi odasında yapılan anjiyoların başlangıç ve bitişleri ile anjiyo (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Anjiyografi başlangıç saatleri HBYS den izlenebiliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Koroner anjiyografi vaka arası bekleme süreleri HBYS 'den (temizlik vb.) izlenebiliyor mu?			
	Anjiyografi bitiş saatleri HBYS den izlenebiliyor mu?			
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen anjiyografi odası için anjiyografi vaka kayıtları HBYS üzerinden incelenir.</b>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	Anjiyografi Sürelerinin HBYS Üzerinden İzlenebilirlik Oranı (%)= HBYS Üzerinden İzlenebilen Randomize İşlem Sayısı / Toplam İzlenebilen Randomize İşlem Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı

Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımını analiz edilmelidir.

6.3 ST elevasyonu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alarak primer perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
ST elevasyonu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alarak primer perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi analiz edilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100		%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
6.4 Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Gerçekleştirilen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün ilk dört sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
İptal edilen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmiş mi?					
Ertelenen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmiş mi?					
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100		%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
6.5 Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile koroner anjiyografi hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?					
Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					

STANDART 7	Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.				
7.1	Endoskopi ve kolonoskopi işlem listeleri (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden yapılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Endoskopi işlem randevuları MHRS üzerinden verilmiş mi ?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Kolonoskopi işlem randevuları MHRS üzerinden verilmiş mi ?				
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen endoskopi ve kolonoskopi işlemleri nin MHRS üzerinden veriliş verilişmediği incelenir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	Uygunluk oranlarından biri karşılanmıyor ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Endoskopi MHRS Planlama Uygunluk Oranı (%)= MHRS Üzerinden Randevu Verilen Randomize Endoskopi Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Endoskopi Sayısı (Acil vakalar hariç))× 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Kolonoskopi MHRS Planlama Uygunluk Oranı (%)= MHRS Üzerinden Randevu Verilen Kolonoskopi Sayısı / Toplam İncelenen Kolonoskopi Sayısı (Acil vakalar hariç))× 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
7.2	Endoskopi ve Kolonoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Endoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk üç sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Kolonoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)×100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
7.3	Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi ve kolonoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmelidir				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk üç sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen kolonoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)×100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					

Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.

7.4	İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ile vakalar arasındaki süre, HBYS üzerinden izlenebilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Endoskopi ve kolonoskopi başlangıç saatleri HBYS üzerinden izleniyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
	Endoskopi ve kolonoskopi işlemleri arası bekleme süreleri HBYS (temizlik vb.) üzerinden izlenebiliyor mu?				
	Endoskopi ve kolonoskopi bitiş saatleri HBYS üzerinden izleniyor mu?				
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen farklı endoskopi ve kolonoskopi işlemleri için HBYS kayıtları incelenir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Endoskopi ve Kolonoskopi Sürelerinin HBYS Üzerinden İzlenebilirlik Oranı (%)= HBYS Üzerinden İzlenebilir Randomize Vaka Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Vaka Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
7.5	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile endoskopi ve kolonoskopi hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
STANDART 8	Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.				
8.1	Gebelik süreci doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve anne adaylarına danışmanlık hizmeti vermek ve normal doğumu teşvik etme üzere ebe polikliniği ve gebe okulu açılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Ebe polikliniği açılmış ve aktif hizmet veriyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
	Gebe okulu açılmış ve aktif hizmet veriyor mu?				
	Sunulan hizmetlerin kayıtları var mı?				
8.2	Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezaryen, ölü doğum vb.) takibi yapılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebelerin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezaryen, ölü doğum vb.) takibi yapılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından gebe okuluna katılanlardan randomize seçilen farklı gebeler üzerinden doğum şeklinin izlenip izlenmediği kontrol edilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Doğum Şekli İzleme Uygunluk Oranı (%)= Doğum Şekli İzlenen Randomize Gebe Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Gebe Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
8.3	Doğum hizmeti sunulan hastaneler, anne dostu ve bebek dostu hastane olmalı ve süreçlerine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Anne dostu hastane başvuru süreci başlatılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
	Bebek dostu hastane uygulamaları (ilk 6 ay sadece anne sütü, emzirme danışmanlığı vb.) aktif mi?				
	Resmi belgelendirme süreci tamamlanmış veya başvuru yapılmış mı?				

Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

8.4 TDL alanları (Travay, Doğum, Lohusa) ile doğumhaneler etkin şekilde kullanılmalı; doğum sayıları dikkate alınarak, travay süresince her gebe için birebir ebe desteği sağlayacak şekilde yeterli sayıda ebenin istihdamı sağlanmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
TDL alanları (Travay, Doğum, Lohusa) ile doğumhaneler etkin şekilde kullanılmış mı? (Doğum sayıları dikkate alınmalı)				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
Doğum sayıları dikkate alınarak, travay süresince her gebe için birebir ebe desteği sağlanmış mı?					
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen farklı doğum vakaları üzerinden, travay süresince birebir ebe desteği sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
Travay Süresince Birebir Ebe Desteği Olan Doğumların Uygunluk Oranı (%)= Travay Süresince Birebir Ebe Desteği Olan Randomize Doğum Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Doğum Sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
8.5 Ebelerin eşlik ettiği normal doğum sayıları analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Ebelerin eşlik ettiği normal doğum sayıları analiz edilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)x100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
8.6 Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan normal doğum, primer sezaryen sayıları analiz edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan normal doğum, primer sezaryen sayıları analiz edilmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmıştır.	
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)x100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					

8.7	<b>Sezaryen endikasyonları, özellikle Robson 1 ve 2. gruplar temel alınarak, her ay düzenli analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Sezaryen endikasyonları, özellikle Robson 1 ve 2. gruplar temel alınarak, her ay düzenli analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemelidir ayrı raporlanmalıdır.</b>				
8.8	<b>Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 gününde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hekim ve ebelerle değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
STANDART 9	<b>Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.</b>			
9.1	<b>Hasta yakınlarına ilk başvuruda; hastanın klinik durumu, tedavi süreci, yoğun bakım ziyaret kuralları ve olası sevk durumu hakkında gerekli bilgilendirme eksiksiz şekilde yapılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Hastanın klinik durumu hakkında bilgilendirme yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Tedavi süreci hakkında bilgilendirme yapılmış mı?			
	Ziyaret kuralları hakkında bilgilendirme yapılmış mı?			
	Olası sevk durumu hakkında bilgilendirme yapılmış mı?			
	Bilgilendirmelere dair kayıt var mı?			
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen yoğun bakım hasta dosyalarından ilk başvuruda hasta yakınına yapılan bilgilendirmeye dair kayıtlar incelenir.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>
	Eksiksiz Bilgilendirme Yapılan Hasta Yakını Uygunluk Oranı (%) = Eksiksiz Bilgilendirme Yapılan Randomize Hasta Yakını Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Hasta Yakını Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
9.2	<b>Bilgilendirmelerin kim tarafından ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve kimlere yapılacağı belirlenmelidir.</b>			
<b>Aşağıdaki 6 unsurun tamamının tanımlandığı yazılı bir prosedür, talimat, yönerge veya iş akışı olup olmadığı incelenir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Bilgilendirmenin kim tarafından (sorumlu kişi/meslek grubu) yapılacağı belirlenmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Bilgilendirmenin ne zaman (zaman aralığı veya kritik an tanımı) yapılacağı belirlenmiş mi?			
	Bilgilendirmenin nerede (fiziksel alan/ortam) yapılacağı belirlenmiş mi?			
	Bilgilendirmenin nasıl (sözlü/yazılı/yüz yüze/telefon vb.) yapılacağı belirlenmiş mi?			
	Bilgilendirmenin ne şekilde (standart içerik, yapılandırılmış form vb.) yapılacağı belirlenmiş mi?			
	Bilgilendirmenin kimlere (hasta, hasta yakını, yasal temsilci vb.) yapılacağı belirlenmiş mi?			
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen yoğun bakım hastalarına ait bilgilendirme kayıtlarının, ilgili prosedürde tanımlandığı gibi yapıp yapılmadığı incelenir.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>
	Yoğun Bakım Hasta Bilgilendirme Formu Uygunluk Oranı (%) = Bilgilendirme Formu Eksiksiz ve Doğru Doldurulan Randomize Hasta Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Yoğun Bakım Hastası Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı

Yoğun Bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.

9.3 Hasta yakınları günlük (hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil) bilgilendirilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Hasta yakınları hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil olmak üzere günlük bilgilendirilmiş mi?				Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen yoğun bakım hasta yakını bilgilendirme kayıtları incelenerek hasta yakınları hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil bilgilendirilip bilgilendirilmediği kontrol edilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
Hafta Sonu ve Resmî Tatiller Dahil Günlük Bilgilendirilen Hasta Yakını Oranı (%)= Hafta Sonu ve Resmî Tatil Günleri Dahil Olmak Üzere Günlük Bilgilendirildiği Kayıt Altına Alınan Randomize Hasta Yakını Sayısı/ Toplam Randomize Hasta Yakını Kayıt Sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
9.4 Yoğun bakım üniteleri ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenerek, hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Yoğun bakım ziyaret saatleri ve kuralları yazılı olarak belirlenmiş mi?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt	
Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar görünür alanlarda ilan edilmiş mi?				karşılanmıyordur.	
<i>Değerlendiriciler tarafından, ziyaret saatleri ile ziyaretçilere yönelik kuralların tanımlandığı yazılı dokümantasyon incelenir. Değerlendiriciler, ayrıca randomize olarak gerçekleştirilen yoğun bakım alanı ziyaretleri sırasında, ziyaretçilere yönelik kuralların görünür alanlarda ilan edilip edilmediğini değerlendirir ve belirlenen ziyaret saatlerine uygun olarak ziyaretçi kabulünün yapıp yapılmadığını doğrulamak amacıyla ziyaretçi kayıtlarını inceler.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
Yoğun Bakım Ziyaret Saatine Uygun Olarak Yoğun Bakıma Alınan Hasta Yakını Oranı (%) = Ziyaret saatlerine uygun olarak kabul edilen randomize hasta yakını kayıt sayısı / Toplam Randomize Hasta Yakını Kayıt Sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
9.5 Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyaretine dair kayıtlar tutulmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyaretine dair kayıtlar tutulmuş mu?				Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
9.6 Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile yoğun bakım bilgilendirme süreçleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt	
Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				karşılanmıyordur.	
Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					

STANDART 10	Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.					
10.1	Yoğun bakım ünitelerinde yatak doluluk oranı analiz edilmelidir					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	Yoğun bakım ünitelerinde yatak doluluk oranı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemelidir ayrı raporlanmalıdır.</i>						
10.2	Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar analiz edilmeli ve yoğun bakım ünitelerinde uzamış yatışların önlenmesi amacıyla, belirli periyotlarla (haftalık) yerinde endikasyon değerlendirmeleri yapılmalıdır.					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	YB ünitelerinde uzun süreli yatışlar analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
	YB ünitelerinde uzamış yatışların önlenmesi amacıyla haftalık endikasyon değerlendirmeleri yapılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	Yoğun Bakım Ünitesinde Haftalık Endikasyon Değerlendirmesi Yapılan Hasta Oranı (%)=Haftalık endikasyon değerlendirmesi yapıldığı kayıt altına alınan randomize hasta sayısı/ Randomize olarak değerlendirilen toplam yoğun bakım hasta sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyor a ölçüt karşılamıyordu r.	
<i>Sağlık tesisindeki tüm yoğun bakımlar için ayrı ayrı incelenmelidir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	Haftalık Endikasyon Değerlendirmesi Yapılan Yoğun Bakım Oranı (%)= Haftalık endikasyon değerlendirme yapılan randomize yoğun bakım sayısı / Randomize değerlendirilen toplam yoğun bakım sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
10.3	Yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız'a veri gönderimi takip edilmelidir					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	Yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız'a veri gönderimi takip ediliyor mu?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme		
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize yoğun bakım cihazı (monitör, ventilatör ve kan gazı cihazları) seçilir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	E-Nabız'a Veri Gönderen Cihaz Sayısı Uygunluk Oranı (%)= E-Nabız'a Veri Gönderen Randomize Cihaz Sayısı / Toplam İlgili Randomize Cihaz Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyor a ölçüt karşılamıyordu r.	
<i>Sağlık tesisindeki tüm yoğun bakımlar için ayrı ayrı incelenmelidir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	Monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız'a Veri Gönderiminin Takip Edildiği YB Oranı (%) = Monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabız'a veri gönderimi takip edilen randomize yoğun bakım sayısı/Randomize değerlendirilen toplam yoğun bakım sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
10.4	Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler HBYS üzerinden yapılmalıdır.					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler HBYS üzerinden yapılmalıdır.			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme		
<i>Randomize seçilen yoğun bakım hastasına ait klinik kayıtlar incelenerek bu ölçeklerin HBYS üzerinden mi yoksa kağıt ortamında mı yapıldığı kontrol edilir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	HBYS Üzerinden Uygulanan Değerlendirme Ölçeği Sayısı Uygunluk Oranı (%)= HBYS Üzerinden Uygulanan Randomize Değerlendirme Ölçeği Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Değerlendirme Ölçeği Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyor a ölçüt karşılamıyordu r.	
<i>Sağlık tesisindeki tüm yoğun bakımlar için ayrı ayrı incelenmelidir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	HBYS üzerinden değerlendirme ölçeklerinin uygulandığı YB Uygunluk Oranı(%)=HBYS üzerinden değerlendirme ölçeklerinin uygulandığı randomize yoğun bakım sayısı/ Randomize Değerlendirilen Toplam Yoğun Bakım Sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		

10.5	<b>Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanmaları analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanmaları analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
10.6	<b>Yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar analiz edilmelidir</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				
10.7	<b>Yoğun bakım hastalarının evde sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak amacıyla, sosyal çalışmacılar kapsamlı ve koordineli bir şekilde gerekli müdahale ve yönlendirme çalışmalarını yürütmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Sosyal Çalışmacı Hasta Görüşme Formu ile hasta değerlendirilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk üç sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Hastaya yönelik bireysel sosyal hizmet müdahale planı hazırlanmış mı?			
	Hasta yakını / aile ile bilgilendirme ve danışmanlık görüşmesi yapılmış mı?			
<b>Randomize seçilen hasta dosyaları incelenerek yukarıdaki 3 unsurun tamamının varlığına göre değerlendirme yapılır.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Üç Değerlendirme Unsuru Yer Aldığı Hasta Dosyası-Kayıt Uygunluk Oranı (%)= Üç Değerlendirme Unsuru Yer Aldığı Randomize Hasta Dosyası Kayıt Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Hasta Dosyası Kayıt Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>Sosyal nedenlerle taburculuk gecikmesi olan hasta oranı (%)=Sosyal nedenlerle taburculuğu geciken hasta sayısı/ Toplam taburcu olan hasta sayısı x100 (YB en uzun yatış hedef gün süresi üzerindeki hastalarda değerlendirilir ) .Değerlendiriciler tarafından sosyal nedenlerle taburculuk gecikmesi yaşanan hastaların nedenlerine yönelik yapılan değerlendirme kayıtları incelenmelidir.</b>				
10.8	<b>Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			

STANDART 11	Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.				
11.1	Palyatif bakım kliniklerinde görev alan sağlık çalışanlarına alana özgü eğitimler verilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Multidisipliner ekip üyelerinin palyatif bakıma görevlendirmesi yapılmış mı? (Psikolog, sosyal çalışmacı, hekim, fizyoterapist, diyetisyen)			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Multidisipliner ekip üyelerinin görevlendirmeleri tebellüğ edilmiş mi?				
	Multidisipliner Ekip üyeleri alana özgü eğitim almış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Eğitim Almış Personel Sayısı Oranı (%) = Eğitim Almış Palyatif Personel Sayısı / Toplam Palyatif Personel Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
11.2	Palyatif bakım kliniklerinde; diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı (Hasta görüşme Formu), psikolog hasta ve ailesini disiplinlerine ait değerlendirme ölçekleri ile değerlendirmek üzere ziyaret etmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Psikolog Değerlendirmesi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Fizyoterapist Değerlendirmesi yapılmış mı?				
	Diyetisyen Değerlendirmesi yapılmış mı?				
	Sosyal Çalışmacı Değerlendirmesi yapılmış mı?				
	<i>Palyatif bakım servisinde yatan hastalardan randomize hasta seçilir, multidisipliner ekibin (diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, psikolog) hasta ve ailesini disiplinine ait değerlendirme ölçeği ile değerlendirilip değerlendirmediği kontrol edilir. Sosyal çalışmacı değerlendirme sonrasında gerekli ise Sosyal inceleme raporu ile çalışma başlatmalıdır.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Tam Multidisipliner Değerlendirme Yapılan Hasta Oranı (%)= Tam Multidisipliner Değerlendirme Yapılan Randomize Hasta Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Hasta Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
11.3	Multidisipliner ekip toplantıları ayda en az bir kez yapılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Multidisipliner ekip toplantıları ayda en az bir kez yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Multidisipliner ekip toplantılarına dair kayıtlar mevcut mu?				
11.4	Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar analiz edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uyumsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uyumsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
	<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemelidir ayrı raporlanmalıdır.</i>				
11.5	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				

Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

STANDART 12	Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.					
12.1	Sağlık tesisinde il içi yapılan sevklerde her bir hasta için; sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden tanı kodu ve adı, sevk yöntemi bilgileri HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	Sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler vb.)			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
	Sevk eden branş					
	Sevk eden hekim					
	Sevk edilen hastane					
	Sevk edilen branş					
	Sevk nedeni					
	Sevke neden tanı kodu ve adı					
	Sevk yöntemi					
<i>Randomize seçilen HBYS kayıtları incelenir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)		Karşılmıyor (KM)	
	Eksiksiz Kayıt Oranı (%) = Eksiksiz Randomize Kayıt Sayısı\Toplam İncelenen Randomize Kayıt Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
12.2	Sağlık tesisinde il dışı yapılan sevklerde her bir hasta için; sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için), sevk eden branş, sevk eden hekim, sevk edilen il, sevk edilen hastane, sevk edilen branş, sevk nedeni, sevke neden tanı kodu ve adı, sevk yöntemi bilgileri HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	Sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler vb.)			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
	Sevk eden branş					
	Sevk eden hekim					
	Sevk edilen il					
	Sevk edilen hastane					
	Sevk edilen branş					
	Sevk nedeni					
	Sevke neden tanı kodu ve adı					
	Sevk yöntemi					
<i>Randomize seçilen HBYS kayıtları incelenir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	Eksiksiz Kayıt Oranı (%) = Eksiksiz Randomize Kayıt Sayısı\Toplam İncelenen Randomize Kayıt Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
12.3	Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmelidir.					
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR			
	Sağlık tesisinde kurum dışı yapılan sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmiş mi?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme		
<i>Randomize seçilen kurum dışı sevk kayıtları incelenir.</i>						
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)		
	İlgili branş hekimi tarafından yapılan sevk sayısı oranı (%) = İlgili branş hekimi tarafından yapılan randomize sevk sayısı\Toplam incelenen randomize sevk sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		

Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.

12.4	Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler; mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının, mesai saatleri dışında nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılmalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının bilgisi dahilinde yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Mesai saatleri dışında nöbetçi idari şef hekimin bilgisi dahilinde yapılmalıdır.			
<i>Randomize seçilen kurum dışı sevk kayıtları incelenir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının bilgisi dahilinde yapılan sevk Oranı (%) = Mesai saatlerinde acil servis sorumlu başhekim yardımcısının bilgisi dahilinde yapılan randomize sevk sayısı / Toplam incelenen randomize sevk sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Randomize seçilen kurum dışı sevk kaydı incelenir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Mesai saatleri dışında nöbetçi idari şef hekim bilgisi dahilinde yapılan sevk oranı (%) = Mesai saatleri dışında nöbetçi idari şef hekim bilgisi dahilinde yapılan randomize sevk sayısı / Toplam incelenen randomize sevk sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyor a ölçüt karşılanmıyordu.</i>				
12.5	Acil servisin 112 ile diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayısı analiz edilmelidir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Acil servisin 112 ile diğer sağlık tesislerinden aldığı sevk sayısı analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>				
12.6	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile yapılan sevkler iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			

STANDART 13	Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.				
13.1	Çalışanlardan görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimler alınmasına yönelik iletişim kanalları oluşturulmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Çalışanlardan görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimler alınmasına yönelik iletişim kanalları oluşturulmuş mu?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
13.2	Hastane çalışanlarının hastane yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirilmeli ve duyurulmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Hastane çalışanlarının hastane yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Hastane çalışanlarının hastane yöneticileri ile görüşme taleplerine ilişkin bir sistematik geliştirildiğinin duyurusu yapılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	Duyuru Yapılan Personel Oranı (%)= Duyuru Yapıldığı Kanıtlanan Personel Sayısı/Toplam İncelen Personel Sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
13.3	Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimleri aylık olarak değerlendirilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Çalışanların görüş, öneri, şikâyet ve geri bildirimleri aylık analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uyumsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uyumsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı /İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
13.4	İlgili çalışanlara değerlendirme sonuçları ve alınan kararlara dair geri bildirim yapılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	İlgili çalışanlara değerlendirme sonuçları ve alınan kararlara dair geri bildirim yapılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	Geri Bildirim Yapılan Personel Oranı (%)= Geri Bildirim Yapıldığı Kanıtlanan Personel Sayısı/Toplam İncelen Personel Sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
13.5	Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
13.6	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				

Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

STANDART 14	Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.					
Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.	14.1	Bina turları; başhekim ve başhekim tarafından belirlenen birim sorumlularının katılımı ile iki ayda bir yapılmalıdır. Gerekğinde bu sıklık arttırılabilir.				
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
		Bina turları; başhekim ve başhekim tarafından belirlenen birim sorumlularının katılımı ile iki ayda bir yapılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
	14.2	Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.				
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
		Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksiklikler görsel ve yazılı olarak kayıt altına alınmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
	14.3	Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksikliklere yönelik düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.				
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
		Bina turunda tespit edilen uygunsuzluk ve eksikliklere yönelik düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
			Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
		İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
	<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
	STANDART 15	Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.(1)				
	Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.	15.1	Web sitesi güncel olmalıdır.			
		<i>Değerlendirme tarihinde sağlık tesisinin resmî web sitesi üzerinden aşağıdaki 10 temel başlık kontrol edilir:</i>				
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
		Ana sayfa aktifliği ve güncel içerik			Değerlendirme ölçütünün en az biri hayır ise değerlendirme ölçütü karşılanmamıştır.	
		Yönetici bilgileri (başhekim, müdür, iletişim)				
		İletişim bilgileri ve harita doğruluğu				
		Poliklinik hizmet saatleri				
		MHRS randevu bağlantısı				
		Laboratuvar/tahlil sonuç erişim linki				
		Güncel duyuru veya haber				
		Sağlık Bakanlığı bağlantıları (ör. e-Nabız, MHRS, SABİM)				
		Hasta hakları bilgileri				
		Web sitesinde son güncellenme tarihi görünürlüğü (veya aktif içerik tarihi)				
			Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
		Uygun Web Sayfası Başlık Oranı (%) = Uygun Web Sayfası Başlık Sayısı / Toplam Kontrol Edilen Web Sayfası İçerik Sayısı × 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.(1)

15.2	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmeli ve bu birimde görev alacak personel hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitim almalıdır	EVET	HAYIR		
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				
	Sağlık tesisinde karşılama/danışma/yönlendirme birimi fiziki olarak var mı?				
	Birimde görevli personel tanımlanmış ve listelenmiş mi?				
	Danışma personeli hasta memnuniyeti eğitimi almış mı?				
	Danışma personeli hasta hak ve sorumlulukları eğitimi almış mı?				
	Danışma personeli iletişim becerileri eğitimi almış mı?				
	Eğitime ait belgeler (sertifika, katılım belgesi vb.) mevcut mu?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyorsa ölçüt karşılanıyordu r.
	'Evet' olarak işaretlenen madde sayısı oranı (%)= '' 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
	<b>Randomize karşılama ,danışma ve yönlendirme personeli ile görüşülür.</b>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Kriterleri karşılayan personel oranı =Kriterleri karşılayan randomize personel sayısı /Değerlendirilen randomize personel sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
15.3	Kişisel temizlik alanlarının düzenli temizliği sağlanmalı; bu alanlarda sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve pedallı çöp kutusu bulundurulmalıdır.	EVET	HAYIR		
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				
	Temizlik alanı (WC/lavabo) düzenli olarak temizleniyor mu?				
	Temizlik kayıtları (günlük/haftalık/aylık) tutuluyor mu?				
	Alanda sıvı veya köpük sabun mevcut mu?				
	Kâğıt havlu veya el kurutma sistemi mevcut mu?				
	Tuvalet kâğıdı sürekli erişilebilir şekilde bulunduruluyor mu?				
	Pedallı çöp kutusu mevcut ve çalışır durumda mı?				
	<b>Randomize kişisel temizlik alanı seçilir ve değerlendirilir.</b>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyorsa ölçüt karşılanıyordu r.
	'Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Kriterleri karşılayan kişisel temizlik alanı oranı(%)= Kriterleri karşılayan randomize kişisel temizlik alanı sayısı /Değerlendirilen randomize kişisel temizlik alan sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
15.4	Hastanedeki temizlik işlemleri düzenli olarak kontrol edilmeli; sorumlular, sorumlulukları ile kontrol yöntemi ve aralıkları net şekilde belirlenmelidir.	EVET	HAYIR		
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>				
	Temizlik işlemleri düzenli olarak kontrol ediliyor mu?				
	Sorumlu kişiler ve sorumlulukları yazılı olarak belirlenmiş mi?				
	Kontrol yöntemleri (checklist, gözlem, numune alma vb.) açıkça tanımlanmış mı?				
	Kontrollerin kayıt altına alındığı ve izlenebilirliğin sağlandığına dair kanıtlar mevcut mu?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	'Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

15.5	Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.			
<i>Randomize seçilen bekleme alanları değerlendirilir. Değerlendirme aşağıda belirtilen 5 soruya göre yapılır; her bir bekleme alanının "uygun" sayılabilmesi için tüm kriterleri karşılması gerekir.</i>				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Bekleme alanında hasta potansiyelini karşılayacak sayıda oturma yeri mevcut mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Oturma alanları (koltuk/bank vb.) sağlam, sabitlenmiş ve kullanıma elverişli mi?			
	Oturma alanları temiz, düzenli ve zarar görmemiş durumda mı?			
	Alan, havalandırma ve aydınlatma yönünden hastalar için yeterli konfora sahip mi?			
	Hasta trafiği yoğun olan alanlarda (acil, poliklinik, kan alma, radyoloji vb.) oturma planlaması yapılmış mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Tüm kriterleri karşılayan bekleme alanı oranı (%) = Tüm kriterleri karşılayan randomize bekleme alanı sayısı / Toplam incelenen randomize bekleme alanı sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
15.6	Hastaların kullandığı (poliklinikte aktif kullanılan) tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.			
<i>Randomize seçilen banyo ve tuvaletler (farklı servislerden) değerlendirilir. Değerlendirme aşağıda belirtilen 4 soruya göre yapılır; her bir banyo ve tuvaletin "uygun" sayılabilmesi için tüm kriterleri karşılması gerekir.</i>				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Banyoda/tuvalette hemşire çağrı sistemi (düğme, ipli çağrı vb.) var mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Çağrı sistemi hasta veya refakatçi tarafından kolayca erişilebilir konumda mı?			
	Çağrı sisteminin bağlantısı aktif mi ve çağrı paneline sinyal gönderiyor mu?			
	Acil durumlarda kullanılabilirliği personel ve hastalara bilgilendirme yoluyla aktarılmış mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Uygun Olarak Değerlendirilen Banyo ve Tuvalet Oranı (%) = Uygun Olarak Değerlendirilen Randomize Seçilen Banyo ve Tuvalet Sayısı / Toplam Randomize İncelenen Banyo ve Tuvalet Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
15.7	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.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Başhekim , ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
STANDART 16	Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.(2)			
16.1	Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.			
<i>Randomize seçilen hasta yatakları (farklı servislerden, yetişkin ve çocuk hastalar dâhil) değerlendirilir. Değerlendirme aşağıda belirtilen 6 soruya göre yapılır; her bir yatağın "uygun" sayılabilmesi için tüm kriterleri karşılması gerekir.</i>				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Yatak, hastanın yaş grubuna (yetişkin/çocuk) uygun ebatlarda mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Yatak baş ve ayak kısımları ayarlanabilir ve çalışır durumda mı?			
	Yatakta en az bir tarafında hareketli ve kilitlenebilir korkuluk bulunuyor mu?			
	Yatak yüksekliği ayarlanabilir veya hastanın düşmesini engelleyecek şekilde alçaltılmış mı?			
	Yatak sabit, stabil ve hareket ettirilebilir teker sistemine sahip mi?			
	Yatak yüzeyi düzgün, temizlenebilir ve hastayı ortopedik açıdan destekleyecek nitelikte mi?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Uygun Olarak Değerlendirilen Yatak Oranı (%) = Uygun Olarak Değerlendirilen Randomize Yatak Sayısı / Toplam Randomize İncelenen Yatak Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.(2)

16.2 Sağlık tesisinde mahremiyet her alanda sağlanmalıdır.				
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
Muayene ve müdahale alanlarında perde/paravan vb. bulunuyor mu?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
Hasta soyunma ve giyinme alanları ayrı ve kapalı mı? (kadın doğum, radyoloji vb.)				
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize alanlar (acil servis, kan alma, kemoterapi üniteleri vb.) seçilir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
Uygun Değerlendirilen Alan Oranı (%) = Uygun Değerlendirilen Randomize Alan Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Alan Sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
16.3 Hastanede haşere, hırsızlık ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.				
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
Hastanede haşerelere karşı önlemler alınmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
Hastanede hırsızlığa karşı önlemler alınmış mı?				
Hastanede su baskınlarına karşı önlemler alınmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
Önem Alınan Risk Başlığı Oranı (%)= Önem Alınan Risk Başlığı Sayısı / Toplam Risk Başlığı Sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
16.4 Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.				
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
Mutfak ve hizmet alanlarının havalandırma sistemleri bağımsız ve ayrı mı?				
Mutfak çıkışlarında kokuları engelleyen hava perdeleri kullanılıyor mu?				
Mutfak alanı, hasta ve hizmet alanlarından sızdırmaz kapı ve bölmelerle ayrılmış mı?				
Mutfak alanı negatif basınçla kontrol altında mı tutuluyor?				
Mutfak havalandırmasında koku filtreleri veya hava arıtma sistemleri var mı?				
Mutfak atıkları hızlı ve kapalı sistemle taşıyor mu?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
16.5 Gıdalar, uygun servis ısısı, kapalı sunum ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.				
<i>Gıdalar, uygun servis ısısı, kapalı sunum ve hijyen kurallarına uygun dağıtıldığı tercihen HBYS kayıt altına alınarak belgelenmelidir.</i>				
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
Gıdalar kapalı kaplarda ve sızdırmaz taşıma araçlarıyla ulaştırılıyor mu?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
Gıda taşıma sırasında sıcaklık korunuyor mu?				
Servis personeli hijyen kurallarına uyuyor mu? (eldiven, bone vb.)				
<i>Randomize seçilen kayıtlar incelenir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
Uygun Gıda Dağıtımı Yapıldığı Kanıtlanan Kayıt Oranı (%)= Uygun Gıda Dağıtımı Yapıldığı Kanıtlanan Randomize Kayıt Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Kayıt Sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı

16.6	Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.			
<i>Randomize seçilen hasta odaları (farklı servislerden, yetişkin ve çocuk hastalar dâhil) değerlendirilir .Değerlendirme aşağıda belirtilen 6 soruya göre yapılır; her bir hasta odasının "uygun" sayılabilmesi için tüm kriterleri karşılaması gerekir.</i>				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Odaya doğal hava girişi sağlayan pencere veya havalandırma sistemi (HVAC) mevcut mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Hasta başı panelinde, hastanın ihtiyacına göre ayarlanabilen kişisel aydınlatma ve gece lambası seçenekleri mevcut mu?			
	Oda genelinde aydınlatma (tavan ışıkları) yeterli ve çalışır durumda mı?			
	Oda sıcaklığı kontrol edilebilir mi? (Klima, panel vb.)			
	Pencerelerde hastanın mahremiyetini koruyacak perde/stor sistemi çalışır durumda mı?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	Uygun Olarak Değerlendirilen Oda Oranı (%) = Uygun Olarak Değerlendirilen Randomize Oda Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Oda Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
16.7	Tekerlekli sandalye ve sedye kullanımında hasta güvenliğini sağlayacak şekilde önlemler alınmalıdır.			
<i>Randomize seçilen tekerlekli sandalyeler değerlendirilir.Değerlendirme aşağıda belirtilen 5 soruya göre yapılır; her bir tekerlekli sandalye ve sedyenin "uygun" sayılabilmesi için tüm kriterleri karşılaması gerekir.</i>				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Fren sistemi düzgün çalışıyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Emniyet kemeri mevcut ve sağlam mı?			
	Gövde ve oturma yüzeyi sağlam mı? (kırık,çatlak,aşınma vb.)			
	Tekerlekler kolay hareket ediyor mu?			
	Temizlik ve hijyen durumu uygun mu?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	Tüm kriterleri karşılayan tekerlekli sandalye ve sedye oranı (%) = Tüm kriterleri karşılayan randomize tekerlekli sandalye ve sedye sayısı\Toplam incelenen randomize tekerlekli sandalye ve sedye sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
16.8	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
STANDART 17	Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)			
17.1	Hastane girişlerine yakın konumda yerleşim planı bulunmalı; bina ve kat girişlerinde ana birimleri, acil çıkışları ve güvenlik ekipmanlarını gösteren okunabilir kroki ve yönlendirme işaretleri yer almalıdır.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
	Hastane ana girişine yakın konumda genel yerleşim planı (kat planı/kroki) mevcut mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Kat girişlerinde, o kata özel okunabilir ve güncel bir kat krokisi yer alıyor mu?			
	Kroki veya yönlendirmeler üzerinde ana birimler (laboratuvar, röntgen vb.) gösterilmiş mi?			
	Acil çıkışlar, merdivenler, yangın dolapları, söndürücüler krokide belirtilmiş mi?			
	Kroki ve işaretler kolay görülür ve okunabilir biçimde yerleştirilmiş mi?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
	Uygun Değerlendirilen Kroki Oranı (%) = Uygun Değerlendirilen Randomize Kroki Sayısı / Toplam İncelenen Randomize Kroki Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Uygunluk kriterleri; güncellik, okunabilirlik, mevzuata uygunluk, yerleşim doğruluğu vb dir.</i>				

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.(1)

17.2	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.	EVET	HAYIR	
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
	Düşmeye neden olabilecek riskli alanlar (ıslak zemin, kırık basamak, gevşek halı, uygunsuz eğim vb.) belirlenmiş ve işaretlenmiş mi?			
	Riskli alanlara yönelik fiziksel önlemler (kaymaz zemin kaplaması, tutunma bariyeri, uyarı levhası vb.) alınmış mı?			
	Düşme olayları kayıt altına alınıyor ve analiz edilerek düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılıyor mu?			
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	'Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%) = 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı/Toplam unsur sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
17.3	Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) bulunmamalıdır.	EVET	HAYIR	
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
	Kayıt, danışma vb. hizmet noktalarında hasta ile çalışan arasında iletişimi engelleyen fiziksel bariyer bulunmuyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.
	Hizmet noktalarının fiziksel yapısı, hastayla doğrudan ve kolay iletişime uygun mu?			
<i>Randomize alanlar( vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktaları) seçilir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Fiziksel bariyer bulunmayan kayıt, danışma vb. nokta sayısı oranı(%)= Fiziksel bariyer bulunmayan randomize kayıt, danışma vb. nokta sayısı/Toplam değerlendirilen randomize alan sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
17.4	Hastane genelinin ve kritik birimlerin güvenlik kameraları ile izlenebilirliği sağlanmalıdır.	EVET	HAYIR	
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
	Hastane genelinin ve kritik birimlerin güvenlik kameraları ile izlenebilirliği sağlanıyor mu?			Değerlendirme ölçütü hayır ise değerlendirme
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize sağlık tesisinin yatak sayısına göre güvenlik kamera kaydı incelenir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
	Sorunsuz kayıt alan güvenlik kamerası sayısı oranı (%)= Kayıtları sorunsuz alan randomize güvenlik kamera sayısı/ Randomize incelenen güvenlik kamera sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
17.5	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.	EVET	HAYIR	
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
STANDART 18	Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.(2)			
18.1	Acil çıkışlar her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve işlevsel olmalıdır.			
<i>Acil çıkışlar değerlendirilir.Değerlendirme aşağıda belirtilen 5 soruya göre yapılır; her bir acil çıkış alanının "uygun" sayılabilmesi için tüm kriterleri karşılaması gerekir.</i>				
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR	
	Acil çıkış kapısı kiltsiz ve işlevsel durumda mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.
	Kapıya giden kaçış güzergâhı sürekli açık, engelsiz (yığılmış malzeme,sedye,cihaz vb.) ve doğrudan erişime uygun şekilde düzenlenmiş mi?			
	Acil çıkış kapısında "Acil Çıkış" yönlendirme levhası ve fosforlu/ışıklı tabela mevcut mu?			
	Kaçış güzergâhında acil aydınlatma sistemi bulunuyor ve çalışır durumda mı?			
	Acil çıkış yönlendirme levhalarının kaçış güzergâhı boyunca görünür, doğru yönde, uygun yükseklikte ve TS EN ISO 7010 standartlarına uygun şekilde konumlandırılmış mı?			

18.2	Yangın önlemleri düzenli (yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın dolapları ve tüpleri) aralıklarla gözden geçirilmelidir.				
<i>Farklı birim (örneğin: servis katı, yağın bakım, ameliyathane, poliklinik ve depo gibi) seçilir.</i>					
<i>Hastanenin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair İtfaiye Müdürlüğü tarafından verilen değerlendirme raporu değerlendiriciler tarafından incelenmelidir.</i>					
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Yangın algılama sistemleri (duman, ısı dedektörleri) çalışır durumda mı ve kontrol kayıtları mevcut mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamaktadır.	
	Otomatik yangın söndürme sistemleri (sprinkler vb.) teknik olarak aktif ve bakımı yapılmış mı?				
	Yangın dolapları ve hortumlar erişilebilir, sağlam ve kullanıma hazır mı?				
	Yangın dolapları ve tüpleri üzerine kontrol tarihleri ve etiketleri işlenmiş mi?				
	Tüm bu unsurlara ait bakım/kontrol çizelgesi periyodik olarak dolduruluyor ve arşivleniyor mu?				
18.3	Çatılar, yangın ve acil durum risklerine karşı belirli periyotlarla denetlenmelidir.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Çatılar, yangın ve acil durum riskleri açısından belirli periyotlarla denetlenmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamaktadır.	
	Yapılan çatı kontrolleri kayıt altına alınmış mı?				
	Denetimlerde tespit edilen risklere yönelik gerekli önlemler alınmış mı?				
18.4	Jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynaklarının güvenli kullanımı sağlanmalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Jeneratörlerin düzenli bakım ve testleri yapılmış mı (en az ayda bir test çalıştırması)?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamaktadır.	
	Asansörlerin periyodik bakım ve güvenlik kontrolleri yapılmış mı?				
	Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) işlevselliği düzenli aralıklarla test edilmiş mi?				
	Tüm bu sistemlere ilişkin bakım/test kayıtları düzenli olarak tutulmakta mı?				
18.5	Hastanede su ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Su hizmeti için ana şebekeye ek olarak yedek su deposu/tanki mevcut ve çalışır durumda mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamaktadır.	
	Medikal gaz sistemleri (oksijen, azot protoksit, vakum) aktif ve sürekli izlenir durumda mı?				
	Bu sistemlerin periyodik bakım ve test kayıtları düzenli olarak tutuluyor ve teknik servişçe izleniyor mu?				
18.6	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.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamaktadır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				

STANDART 19	Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.				
19.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırın HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Biyomedikal dayanıklı taşınırın HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanıyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmet oranı %90'ın üzerinde mi?				
<i>Değerlendiriciler tarafından sağlık tesisinin yatak sayısına göre randomize cihaz seçilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	HBYS üzerinden izlenebilen cihaz oranı (%)= HBYS üzerinden izlenebilen randomize cihaz sayısı/Toplam randomize seçilen cihaz sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
19.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırın (hizmet alımı dahil) aktif, pasif ve arızada kalma sürelerinin takibi HBYS üzerinden yapılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Sözleşme kapsamında olan ve olmayan biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif, arızalı cihaz sayısı HBYS'de takip ediliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sözleşme kapsamında olan biyomedikal dayanıklı taşınırın ait teknik hizmet bilgileri HBYS'de güncel olarak takip ediliyor mu?				
	Biyomedikal hizmet alımlarının aktif, pasif ve arızalı cihaz sayısı HBYS'de takip ediliyor mu?				
	Biyomedikal dayanıklı taşınırın (hizmet alımı dahil) aktif, pasif ve arızada kalma süreleri HBYS'de takip ediliyor mu? (İlgili kriter sadece KÖİ kapsamındaki sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)				
	Biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri HBYS'de takip ediliyor mu?				
<i>Değerlendiriciler tarafından sağlık tesisinin yatak sayısına göre randomize cihaz seçilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	HBYS üzerinden aktif ,pasif ve arızada kalma süresi izlenebilen cihaz oranı (%)=HBYS üzerinden aktif ,pasif ve arızada kalma süresi izlenebilen randomize cihaz sayısı/Toplam randomize seçilen cihaz sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
19.3	Hastanedeki tüm cihazların periyodik bakım, kalibrasyon ve kontrolleri düzenli ve planlı şekilde yürütülmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Cihazlara ilişkin periyodik bakım,kalibrasyon ve kontrol planı hazırlanmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Planlanan bakım, kalibrasyon ve kontroller, belirtilen aralıklarla düzenli olarak uygulanıyor mu?				
	Yapılan bakım, kalibrasyon ve kontroller kayıt altına alınıyor ve arşivleniyor mu?				
<i>Değerlendiriciler tarafından sağlık tesisinin yatak sayısına göre randomize cihaz seçilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Periyodik bakım,kalibrasyon ve kontrolleri düzenli yapılmış cihaz oranı(%)=Periyodik bakım, kalibrasyon ve kontrolleri düzenli yapılmış randomize cihaz sayısı/ Toplam incelenen randomize cihaz sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
19.4	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
STANDART 20	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.				
20.1	İhtiyaç tespit komisyonu kurulmalı (yılda bir) ve etkin çalışması sağlanmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	İhtiyaç tespit komisyonu kurulmuş mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	İhtiyaç tespit komisyonu etkin çalışıyor mu?				

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	20.2	Sağlık tesisinde servis, klinikler ve ara depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır.			
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
		Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok miktarı HBYS'de kayıtlı stok miktarı ile uyumlu mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
		Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miadı ile HBYS'de kayıtlı miatları uyumlu mu?			
	20.3	Özellikli birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.			
		Değerlendiriciler tarafından randomize özellikli birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme seçilir.			
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
		Değerlendirilen ay içinde, özellikli birim ve kliniklerde randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf için stok miktarı, son 5 günlük tüketim miktarına uygun mu?			Değerlendirme sorusu hayır ise ölçüt
			Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)
		Stok miktarı son 5 günlük tüketim miktarına uygun olan ilaç ve tıbbi sarf oranı (%) = Randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerden stok miktarı son 5 günlük tüketim miktarına uygun olan ürün sayısı / Toplam randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
	20.4	Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS'de takibi yapılmalıdır.			
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
		Miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin HBYS'de takibi düzenli olarak yapılıyor mu?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
		Miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
		Uyumsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uyumsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
	<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>				
20.5	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS uyarı vermelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Kullanım süresi 6 ay ve daha az kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS sistemi otomatik uyarı veriyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Kullanım süresi 6 Ay ve daha az kalan ilaç ve tıbbi sarf malzeme tutarlarının toplam stok tutarına oranı %5 in altında mı?				
20.6	Sağlık tesisinde belirlenen birim ve kliniklerde (ameliyathane, pediatri, yenidoğan yoğun bakım, palyatif bakım, radyoloji birimi ve kemoterapi üniteleri, ) kısmi doz bildiriminin uygunluğu kontrol edilmelidir. (miligram /mililitre/adet uyumu)				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Kısmi doz bildirimi yapılması planlanan ilaçların HBYS'de ilaç kartlarına tanımlaması uygun şekilde yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Fiili uygulama ile HBYS kaydı birbiri ile uyumlu mu?				

20.7 Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmektedir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
İade edilen ilaç ve tıbbi sarf malzeme miktarları düzenli olarak kayıt altına alınıyor mu?				Değerlendirme ölçütünün ilk beş sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Sistemsel olarak iade oranları takip edilebiliyor mu?					
Aylık iade edilen order sayısının aylık toplam order sayısına oranı %10 dan az mı?					
İade oranı yüksek bulunan servislerde iade sebepleri analiz edilmiş mi?					
Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?					
Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>					
20.8 Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmektedir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Sağlık tesisi özellikli birimlerinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Hasta bazında ürün kullanım ve düşüm kayıtları sistem üzerinden (HBYS vb.) düzenli olarak takip edilmiş mi?					
Kullanılan ürünlerin faturalandırılması, kullanım tarihine uygun ve zamanında yapılmış mı?					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
Hasta üzerine uygun ve zamanında düşümü yapılarak faturalandırılan ürün Oranı (%) = Hasta üzerine uygun ve zamanında düşümü yapılarak faturalandırılan ürün sayısı / Toplam Değerlendirilen Ürün sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
20.9 Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmektedir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmaktadır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Başhekim , ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?					
Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					

STANDART 21	Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.				
21.1	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok miktarı ve miadı HBYS ve MKYS üzerinde görülen miad ve miktarla uyumlu olmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	HBYS'de kayıtlı stok miktarı, fiili (yerinde) stok miktarıyla uyumlu mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	HBYS'de kayıtlı son kullanma tarihi, ürün üzerindeki gerçek miad ile uyumlu mu?				
	HBYS ve MKYS ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin miadları uyumlu mu?				
	HBYS ve MKYS ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları uyumlu mu?				
21.2	Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS'de uyarı verilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri minimum stok seviyesine düştüğünde, HBYS'de uyarı veriyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS'de uyarı veriyor mu?				
	<i>Medikal depoda randomize ilaç ve tıbbi sarf seçilir. Uyarılar ilaçlar için jenerik bazında gözlemlenmelidir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyor a ölçüt karşılanmıyor r.
	HBYS de minimum stok seviyesine düştüğünde uyarı veren ilaç ve tıbbi sarf malzeme oranı(%)=Randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerden HBYS de minimum stok seviyesine düştüğünde uyarı veren ürün sayısı /Toplam randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf ürün sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	HBYS de kritik stok seviyesine düştüğünde uyarı veren ilaç ve tıbbi sarf malzeme oranı(%)= Randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerden HBYS de kritik stok seviyesine düştüğünde uyarı veren ürün sayısı /Toplam randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf ürün sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
21.3	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin MKYS tüketim bildirimlerinin uygunluğu kontrol edilmelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin MKYS tüketim bildirimlerinin uygunluğu kontrol ediliyor mu?			Değerlendirme sorusu hayır ise ölçüt	
	<i>Medikal depoda randomize ilaç ve tıbbi sarf seçilir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	MKYS ile uyumlu ilaç ve tıbbi sarf malzeme oranı(%)=Randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerden tüketimi MKYS ile uyumlu olan ürün sayısı /Toplam randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf ürün sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
21.4	Medikal depo kapsamında yer alan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketim doğrultusunda faturalandırılma uygunluğu kontrol edilmelidir.				
	<i>Son 1 aya ait randomize seçilmiş hastalara ait malzeme tüketim kayıtları incelenir. (Hasta bazlı alınan ürünler ve/veya hasta başı order onaylanan ürünler). Bu kayıtların faturalara yansiyip yansımadığı kontrol edilir.Fatura dışı kalan ürünlere ait liste varsa gözden geçirilir.Faturalandırma sürecine ilişkin HBYS, MKYS ve/veya MEDULA kayıtları karşılaştırılır.</i>				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	HBYS üzerinde tüketimi yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler hasta bazında kaydediliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Tüketilen ürünlerin tamamı için otomatik veya manuel faturalandırma işlemleri gerçekleştiriliyor mu?				
	Faturalandırma işlemi, malzeme tüketim tarihine uygun ve zamanında yapılıyor mu?				
	<i>Medikal depoda randomize ilaç ve tıbbi sarf seçilir.</i>				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Tüketim doğrultusunda faturalandırılması uygun olan ilaç ve tıbbi sarf malzeme oranı (%) = Randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerden tüketim doğrultusunda uygun faturalandırılanların sayısı \Toplam randomize değerlendirilen ilaç ve tıbbi sarf malzeme sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
21.5	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin hareket görmeyen miktarları HBYS'de uyarı vermeli ve stok tutarı takip edilmelidir. HBYS den hareket görmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeler incelemesi jenerik ve barkod üzerinden yapılmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Hareket görmeyen stokları tanımlayan süre kriteri belirlenmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	HBYS sistemi bu süreyi aşan ürünler için otomatik uyarı verecek şekilde yapılandırılmış mı?				
	Hareket görmeyen ürünlerin stok tutarları düzenli olarak raporlanıyor ve takip ediliyor mu?				
	Hareket görmeyen ürünlerin kullanılma sunulması veya devri için işlem yapılmış mı?				

Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

<b>21.6 İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok gün süresi takip edilmelidir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok gün süresi takip ediliyor mu?			
<i>Randomize ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok gün süresi incelenir.</i>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Stok Gün Süresi Takip Edilen Tıbbi Sarf malzeme Oranı (%) = Randomize seçilen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerden stok gün süresi 60 gün altı olan ürün sayısı \ Toplam incelenen ilaç ve tıbbi sarf ürün sayısı x100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>21.7 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.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Tekil takibi zorunlu ürünler İTS/ÜTS üzerinden takip edilmekte mi?			
	İTS/ÜTS üzerinde görülen stok miktarı ile fiili stok miktarı uyumlu mu?			
	MKYS'de yapılan giriş /çıkış işlemleri İTS/ÜTS kayıtlarıyla uyumlu mu?			
	Farklılık tespiti durumunda düzeltici işlem yapılıyor ve kayıt altına alınıyor mu?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	'Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>21.8 Kemoterapi ilaç hazırlama ve tüketim işlemleri mevzuata uygun gerçekleştirilmelidir.</b>				
		<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Kemoterapi cihazının HBYS ile entegrasyonu sağlanmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.
	Hastaya uygulanan doz ile sistemden düşülen miktar uyumlu mu?			
<b>21.9 Sağlık tesisleri tarafından ilaçların doğru endikasyonlarda kullanılması, Sağlık Uygulama Tebliği hükümlerine uygun hareket edilmesi ve akılcı ilaç kullanımı ilkelerine riayet edilmesi gerekmektedir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Sağlık tesislerinde kullanım değerlendirme komisyonu kurulmuş mu?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.
	Kullanım Değerlendirme Komisyonu tarafından, Bakanlıkça belirli periyotlarla değerlendirilmesi talimatlandırılan ilaç gruplarına ilişkin faaliyetler yürütülüyor mu?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
<b>21.10 Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>				
		<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			

STANDART 22	Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.			
22.1	<b>Hasta başvurularında; kayıt işlem hatalarının ve eksikliğinin tespiti, düzeltilmesi, yeni hataların engellenmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Hasta kayıt işlemlerine yönelik hata türleri tanımlanmış ve izleme sistemi kurulmuş mu?			
	Kayıt işlem hataları düzenli olarak izleniyor ve hatalı kayıtlar raporlanıyor mu?			
	Kayıt hatalarının düzeltilmesine yönelik sistematik bir süreç tanımlanmış mı?			
	Hatalı kayıtlar sonrası, ilgili personele bildirim yapılarak düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılıyor mu?			
	Kayıt personeline düzenli eğitim ve bilgilendirme yapılıyor mu?			
<b>Hasta kayıt esnasında yapılacak hataların sağlık tesisi tarafından tanımlandığı (telefon ve adres bilgisi , hasta statüsü (yabancı,gecici koruma,ücretli vb.),sosyal güvencesi vb.) prosedür görülmelidir.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
22.2	<b>Hastaya sunulan hizmetlerin eksiksiz ve zamanında hasta dosyasına girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Gelir kayıplarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Hastaya sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin tanı, işlem ve malzeme girişleri HBYS sistemine zamanında yapılıyor mu?			
	Tüm birimlerde hizmet kayıtlarının eksiksiz yapılmasına yönelik kontrol mekanizmaları tanımlanmış mı?			
	Mevzuatı gereği fatura edilemeyen işlemler analiz raporları ve gerekeceği listeleri gözden geçiriliyor mu?			
	Hastaya sunulduğu halde faturalandırılmayan hizmetler (fatura kaçağı) periyodik olarak analiz edilip raporlanıyor mu?			
	Olası gelir kaybını önlemek için düzeltici ve iyileştirici faaliyetler planlanıyor ve uygulanıyor mu?			
	Hizmet girişlerinde en sık hata yapan birimler/personel belirlenip bilgilendirme ve eğitim yapılıyor mu?			
<b>HBYS ve faturalama sisteminden örnek hasta kayıtları incelenir .Hizmet giriş tarihleri, işlem kodları ve fatura karşılıkları kontrol edilir.Fatura dışı kalan işlemler analiz raporları ve gerekeceği listeleri gözden geçirilir.</b>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
22.3	<b>Ayaktan hasta, yatan hasta, günübirlik hasta ilaç ve tıbbi malzeme gelirleri analiz edilmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Ayaktan hasta gelirlerinin analizi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk beş sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Yatan hasta gelirlerinin analizi yapılmış mı?			
	Günübirlik hasta gelirlerinin analizi yapılmış mı?			
	İlaç ve tıbbi malzeme gelirlerinin analizi yapılmış mı?			
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı /İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı)×100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>				

Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.					
22.4	<b>Branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Branş bazlı gelirler analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
22.5	<b>Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk üç sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Gerçek kişilere ilişkin alacak kayıtlarında HBYS ve TDMS eşitliği sağlanabiliyor mu?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
22.6	<b>MEDULA-Hastane sistemine SUT usul ve esasları doğrultusunda kaydedilemeyen/faturalandırılmayan hizmet bedellerine ait tutarların (manuel faturalandırılan) SGK toplam fatura tutarı içerisindeki payı analiz edilmelidir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Manuel olarak düzenlenen faturalar her ay düzenli olarak değerlendiriliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün ilk üç sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Manuel olarak kayıt edilen faturalar SUT ile belirlenen kriterlere uygun olarak düzenleniyor mu?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>					
22.7	<b>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.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				

STANDART 23		Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.			
23.1	<b>Ana gider kalemlerinin (Personel, İlaç ve Tıbbi Malzeme, Hizmet Alım, İşletme ve Kanuni Yükümlükler) analizi yapılmalıdır.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Personel giderlerinin önceki yıla göre değişimi ile toplam gider içindeki oranının analizi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk beş sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	İlaç ve tıbbi malzeme giderlerinin önceki yıla göre değişimi ile toplam gider içindeki oranının analizi yapılmış mı?				
	Hizmet alım giderlerinin önceki yıla göre değişimi ile toplam gider içindeki oranının analizi yapılmış mı?				
	İşletme giderlerinin önceki yıla göre değişimi ile toplam gider içindeki oranının analizi yapılmış mı?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı	
23.2	<b>Sağlık tesisinin işletme giderleri içinde yer alan elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmalıdır.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Sağlık tesisinin medikal gaz giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün ilk yedi sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sağlık tesisinin elektrik giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmış mı?				
	Sağlık tesisinin su giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmış mı?				
	Sağlık tesisinin yakıt giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmış mı?				
	Sağlık tesisinin tehlikeli ve tıbbi atık giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmış mı?				
	Sağlık tesisinin haberleşme, kira vb. giderlerinin ve tüketim miktarlarının analizi yapılmalı mı?				
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı	
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>					
23.3	<b>Personel nöbet, icap nöbeti ve fazla mesai ücretleri ile saatleri analiz edilmelidir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Personel nöbet, icap nöbeti ve fazla mesai ücretleri ile saatleri analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk iki sorusundan biri karşılanmıyor ise ölçüt	
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş mi?				
	Uygunsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılanmıyor (KM)</b>	
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uygunsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) × 100	%80 ve üzeri	%60 - %79	%59 ve altı	
<b>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</b>					

Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.

23.4	<b>Yatak başı ilaç ve tıbbi malzeme gideri, personel başı fazla mesai gideri, metrekare başına enerji gideri, yatılan gün başına tıbbi atık giderinin analizi yapılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Yatak başı ilaç ve tıbbi malzeme gideri analiz edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün ilk beş sorusundan biri hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Personel başı fazla mesai gideri analiz edilmiş mi?			
	Metrekare başına enerji gideri analiz edilmiş mi?			
	Yatılan gün başına tıbbi atık giderinin analizi yapılmış mı?			
	Analiz sonuçlarını değerlendirmek üzere ilgili birim sorumlularının katılımıyla bir toplantı yapılmış mı?			
	Uyumsuzluk tespit edilmiş mi?			
	Uyumsuzluk tespit edilmiş ise ilgili alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Açılan DİF Kapatılma Oranı (%) = (İki Aylık Dönemde Tespit Edilen Uyumsuzluğa Yönelik Kapatılan Toplam DİF Sayısı / İki Aylık Dönemde Açılan Toplam DİF Sayısı) x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
<i>Hesaplamaya yalnızca ilgili iki aylık dönemde açılan DİF dahil edilmelidir. Önceki dönemden devreden DİF ler dahil edilmemeli ayrı raporlanmalıdır.</i>				
23.5	<b>Başhekim başkanlığında giderlerin iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizi yapılarak tasarruf alanları belirlenerek gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Başhekim, ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?			
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?			
<b>STANDART 24</b>	<b>Eğitim Kliniği olan kliniklerde görevli akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir.</b>			
24.1	<b>Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin aylık çalışma cetvellerindeki poliklinik listeleri (tarih, saat, poliklinik oda numarası, yeri, açılan MHRS kapasitesi) hazırlanmalıdır.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin aylık çalışma cetvellerindeki poliklinik listeleri (tarih, saat, poliklinik oda numarası, yeri, açılan MHRS kapasitesi) hazırlanmış mı?			Değerlendirme ölçütü hayır ise değerlendirme
<i>Randomize akademik ünvanlı tabip seçilir.</i>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Uygun şekilde poliklinik listesi hazırlanan akademik ünvanlı tabip oranı(%)= Uygun şekilde poliklinik listesi hazırlanmış olan randomize akademik ünvanlı tabip sayısı /Randomize seçilen akademik ünvanlı tabip sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
24.2	<b>Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin sayısı ve branş dağılımı poliklinik listesine eklenmelidir.</b>			
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	
	Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin sayısı poliklinik listesine eklenmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.
	Mevcut akademik ünvanlı tabiplerin branş dağılımı poliklinik listesine eklenmiş mi?			
<i>Randomize poliklinik listesi seçilir.</i>				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>
	Uygun şekilde hazırlanan poliklinik liste oranı(%)= Uygun şekilde hazırlanmış olan ve randomize seçilen liste sayısı /Randomize seçilen liste sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı

Eğitim Kliniği  
olan kliniklerde  
görevli  
akademik  
ünvanlı  
tabiplerin  
poliklinik  
hizmetleri  
planlanmalı ve  
hizmet  
sözleşmeleri  
takip  
edilmelidir.

24.3 Akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik listesi uyum durumu takip edilmeli, her ayın sonunda değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik listesi uyum durumu takip ediliyor mu?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Her ayın sonunda değerlendirilerek kayıt altına alınıyor mu?					
Randomize akademik ünvanlı tabip seçilir					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
Akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik listesi uyum oranı(%)= Akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik listesi uyum sayısı /Randomize seçilen akademik ünvanlı tabip sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
24.4 Birlikte kullanım yönetmeliği kapsamında protokol imzalanan hastanelerde çalışan akademisyenlere (2547 sayılı kanun 38. Madde kapsamında görevlendirilenler dahil) hizmet sözleşmelerinin imzalatılması, imzalatılan hizmet sözleşmelerinin elektronik ortamda Uzmanlık Eğitimi Yönetimi Sistemi'ne (UEYS) yüklenmesi takip edilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Birlikte kullanım yönetmeliği kapsamında protokol imzalanan hastanelerde çalışan akademisyenlere (2547 sayılı kanun 38. Madde kapsamında görevlendirilenler dahil) hizmet sözleşmeleri imzalatılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
İmzalatılan hizmet sözleşmeleri elektronik ortamda Uzmanlık Eğitimi Yönetimi Sistemi'ne (UEYS) yüklenmiş mi?					
Randomize hastanelerde çalışan akademisyenler seçilerek hizmet sözleşmelerinin yüklenip yüklenmediği kontrol edilir .					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
UEYS ye uygun şekilde hizmet sözleşmesi yüklenen akademisyen oranı(%)= UEYS ye uygun şekilde hizmet sözleşmesi yüklenen akademisyen sayısı /Randomize seçilen akademisyen sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
24.5 Başhekim tarafından imzalatılan hizmet sözleşmesinde yer alan kriterlerin gerçekleşmelerinin takibi yapılarak değerlendirilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Başhekim tarafından imzalatılan hizmet sözleşmesinde yer alan kriterlerin gerçekleşmelerinin takibi yapılıyor mu?				Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
24.6 İmzalatılan hizmet sözleşmelerinin hedef kriterleri (bilimsel çalışmalar, eğitim faaliyetleri, sağlık hizmeti sunumu) İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile iletilmelidir.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
İmzalatılan hizmet sözleşmelerinin hedef kriterleri (bilimsel çalışmalar, eğitim faaliyetleri, sağlık hizmeti sunumu) İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile iletiliyor mu?				Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
Randomize hizmet sözleşmesi seçilerek incelenir.					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile iletilen hizmet sözleşmesi oranı(%)= İl Sağlık Müdürlüklerine resmi yazı ile iletilen randomize seçilen hizmet sözleşmesi sayısı /Randomize seçilen hizmet sözleşmesi sayısı x 100		%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
24.7 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.					
DEĞERLENDİRME SORULARI		EVET	HAYIR		
Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?				Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?					
Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					

STANDART 25	Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.				
25.1	Poliklinik hastaları, hizmet süreci tamamlandıktan; servis hastaları ise taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Poliklinik hastaları, hizmet süreci tamamlandıktan; servis hastaları ise taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, telefonla aranmış ve görüşmeler kayıt altına alınmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize poliklinik ve servis hastaları (poliklinik hizmet süreci bittikten ve servisten taburcu olduktan 48 saat sonra aranmış poliklinik ve servis hastaları) seçilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	Bir Uygunluk Oranı karşılanmıyorsa ölçüt karşılamıyordu.
	Telefonla görüşme yapılan poliklinik hasta oranı(%)= Telefonla görüşme yapılan randomize poliklinik hasta sayısı /Randomize seçilen poliklinik hasta sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Telefonla görüşme yapılan servis hasta oranı(%)= Telefonla görüşme yapılan randomize servis hasta sayısı /Randomize seçilen servis hasta sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
25.2	Yoğun bakım hastalarının taburcu edilmesi veya sevk edilmesinden 48 saat sonra, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, hasta yakınları eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Yoğun bakım hastalarının taburcu edilmesi veya sevk edilmesinden 48 saat sonra, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, hasta yakınları eğitimli personel tarafından telefonla aranmış ve görüşmeler kayıt altına alınmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize yoğun bakım hastası seçilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Telefonla görüşme yapılan yoğun bakım hasta oranı(%)= Telefonla görüşme yapılan randomize yoğun bakım hasta sayısı /Randomize seçilen yoğun bakım hasta sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
25.3	Yoğun bakımda 10 gün ve üzeri yatışı bulunan hastaların yakınları, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Yoğun bakımda 10 gün ve üzeri yatışı bulunan hastaların yakınları, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, telefonla aranmış ve görüşmeler kayıt altına alınmış mı?			Değerlendirme sorusu hayır ise değerlendirme	
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize yoğun bakım hasta yakını seçilir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Telefonla görüşme yapılan yoğun bakım hasta yakını oranı(%)= Telefonla görüşme yapılan randomize yoğun bakım hasta yakını sayısı /Randomize seçilen yoğun bakım hasta yakını sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
25.4	Görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda hasta ve hasta yakınlarının geri bildirimlerindeki uygulanabilir öneriler dikkate alınmalı ve buna dair kanıtlar bulunmalıdır. Kanıtlar geri bildirimlerin değerlendirildiğini ve buna dair standart önermeler oluşturulduğunu göstermelidir.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda hasta ve hasta yakınlarının geri bildirimlerindeki uygulanabilir öneriler dikkate alınmış ve buna dair kanıtlar bulunuyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmıyordu.	
	Kanıtlar geri bildirimlerin değerlendirildiğini ve buna dair standart önermeler oluşturulduğunu gösteriyor mu?				
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize görüşme kayıt örnekleri incelenir.</i>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılmıyor (KM)	
	Değerlendirilen ve önermeler oluşturulan kayıt oranı(%)= Değerlendirilen ve önermeler oluşturulan randomize kayıt sayısı /Randomize seçilen görüşme kayıt sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.

25.5	Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
<b>STANDART 26 Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.</b>					
26.1	<b>Evde sağlık talepleri öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalıdır.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Taleplerin önceliklendirilmesine yönelik yazılı bir politika veya prosedür mevcut mu?				
	Talepler yüksek, orta ve düşük öncelik düzeyleri şeklinde tanımlanmış kriterlere göre sınıflandırılıyor mu?				
	Talep kaydı alınırken öncelik durumu hekim tarafından belirleniyor ve kayıt sistemine işleniyor mu?				
	Belirlenen öncelik düzeylerine göre ziyaret sıklığı ve müdahale süreleri tanımlanmış mı?				
	Taleplerin öncelik durumuna uygun şekilde önceliklendirilip zamanında yanıtlandığı kayıtlarla doğrulanabiliyor mu?				
	Talep yönetimi ve önceliklendirme süreci düzenli aralıklarla izlenmekte, değerlendirilmekte ve iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmakta mı?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	"Evet" olarak işaretlenen unsur oranı (%)= "Evet" olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
26.2	<b>Evde sağlık taleplerinin karşılama süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Taleplerin karşılama süreci izlenmiş mi?				
	Hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmiş mi?				
	Talep karşılama süreci ve geri bildirim süreçlerini geliştirmeye yönelik iyileştirme çalışması yapılıyor mu?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	Evet" olarak işaretlenen unsur oranı (%)= "Evet" olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
26.3	<b>Evde sağlık hastalarının tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.</b>				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Hastaların tedavi planları takip edilmiş mi?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmış mı?				
<b>Değerlendiriciler tarafından seçilen randomize hastaların dosyaları incelenir.</b>					
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	Tedavi planı takip edilen ve değerlendirilen hasta oranı= Tedavi planı takip edilen ve değerlendirilen randomize hasta sayısı / Toplam randomize hasta sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmektedir.

26.4	Evde sağlık hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim ve iş birliği ihtiyacı halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme ile sağlanmalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Evde sağlık hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim sağlanmış mı?				
	Multidisipliner ekipler arasında iş birliği yapılmış mı?				
	İhtiyaç halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme sağlanmış mı?				
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize evde sağlık hastaları incelenerek yukarıdaki 3 unsurun tamamının varlığına göre değerlendirme yapılır.</b>					
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
26.5	İlk defa ziyareti gerçekleştirilecek hastaların ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi ve ilaçların kullanımına yönelik gerekli bilgilendirmelerin yapılması amacıyla, evde sağlık hizmetlerinde eczacılar aktif rol almalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Eczacılar evde sağlık hizmetlerinde rol alıyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.	
	Evde Sağlık Hizmetlerinde görev alacak eczacılara yönelik sistem tanımlaması ve yetkilendirme işlemleri yapılmış mı?				
26.6	Palyatif bakım yataklı servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Palyatif bakım servisi ile evde sağlık birimleri arasında entegrasyonu tanımlayan herhangi bir prosedür, talimat vb. belge var mı?				
	Evde sağlık hizmeti alan palyatif bakım hastalarının bilgileri ve bakım planları ilgili birimler arasında paylaşılıyor mu?				
	Palyatif bakım ekibi ve evde sağlık personeli arasında belirli aralıklarla düzenli koordinasyon toplantıları yapılmakta mı?				
	Evde sağlık birimi ile palyatif bakım ekibi, hastalara yönelik ortak eğitim ya da bilgilendirme faaliyetleri yürütmekte mi?				
	Hastaların evde bakım süreçleri ile hastane servis içi takip kayıtları arasında bilgi entegrasyonu sağlanıyor mu?				
	Evde sağlık birimi ve palyatif bakım servisleri arasındaki entegrasyon sürecinde yaşanan sorunlar belirlenip, çözüm önerileri geliştirilmekte mi?				
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
26.7	Kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.				
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>		
	Kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile hasta bilgileri ve bakım planları paylaşılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmaktadır.	
	Evde sağlık birimi ile düzenli entegrasyon toplantıları yapılmış mı?				
<b>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen basınç yaralanması mevcut hastalar incelenir.</b>					
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	Evde Sağlık Birimleri ile Entegrasyon Oluşturulan Hasta Oranı (%)= Evde Sağlık Birimleri ile Entegrasyon Oluşturulan Hasta Sayısı / Toplam İncelenen Hasta Sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	

<b>26.8 Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.</b>						
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>			
	Hizmet süreci HBYS üzerinden izlenebiliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
	Hizmet sonuçları HBYS üzerinden izlenebiliyor mu?					
<i>Değerlendiriciler tarafından randomize seçilen hasta kayıtları HBYS üzerinden incelenir.</i>						
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>		
	HBYS üzerinden hizmet süreci ve sonucu izlenebilen hasta kayıt oranı= HBYS üzerinden hizmet süreci ve sonucu izlenebilen randomize hasta kayıt sayısı/Randomize seçilen hasta kayıt sayısıx100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
<b>26.9 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.</b>						
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>			
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.		
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?					
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?					
<b>STANDART 27</b>	<b>Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir.</b>					
<b>Kurum Hedef Göstergeleri analiz edilmelidir.</b>	<b>27.1 Kurum hedef göstergeleri Başhekim tarafından takip edilmelidir.</b>					
	<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>			
	Bakanlıkça belirlenen Kurum Hedef göstergelerinin izlenmesine ilişkin yazılı bir prosedür veya talimat mevcut mu?					
	Kurum hedef göstergeleri Başhekim tarafından takip ediliyor mu?					
	Gösterge sorumluları Başhekim tarafından tanımlanmış mı?					
	Gösterge sorumluları, göstergelere ait parametrelerin veri kaynaklarını ve hesaplama yöntemlerini biliyor mu?					
	Göstergelere ilişkin veri doğruluğu, sorumlular tarafından düzenli periyotlarla takip ediliyor mu?					
	Gösterge sonuçlarını analiz etmek üzere; Başhekim, üst yönetim, birim sorumluları ve komite üyelerinin katılımıyla toplantılar yapılmış mı?					
	Analiz sonuçlarına göre düzeltici ve iyileştirici faaliyet (DİF) planı oluşturulmuş mu?					
	DİF sonuçlarına göre göstergelerde iyileşme sağlanmış mı?					
			<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>	
	Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı		
<i>Kurum hedef göstergeleri sabitlenen ay üzerinden değerlendirilir.</i>						
<b>STANDART 28</b>	<b>Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O)</b>					
<b>28.1 Klinik rehber ve protokollere erişim (eğitim, materyal, dijital erişim vb.) sağlanabilmelidir.</b>						
<b>DEĞERLENDİRME SORULARI</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>				
Tüm klinik rehber ve protokoller güncel ve resmi kaynaklardan temin edilmiş mi?						
Sağlık personeli için rehber/protokol eğitimleri düzenli olarak yapılıyor mu?						
Klinik rehber ve protokollere dijital ortamda (intranet, HBYS, e-kitap vb.) erişim sağlanabiliyor mu?						
Basılı rehber/protokoller ilgili klinik birimlerde kolayca ulaşılabilir ve güncel olarak bulunduruluyor mu?						
Rehber ve protokollere erişim ile ilgili personelin görüş ve önerileri alınmakta mı?						
Rehber ve protokollerin kullanımına ilişkin izleme ve değerlendirme süreçleri tanımlanmış ve uygulanıyor mu?						
		<b>Karşılıyor (K)</b>	<b>Kısmen Karşılıyor (KK)</b>	<b>Karşılmıyor (KM)</b>		
Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı			

Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O)	28.2	Hekimlere/sağlık çalışanlarına klinik rehber ve protokollerin kullanım amacı ve içeriği hakkında eğitimler verilmelidir.			
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
		Klinik rehber ve protokollerin kullanım amacı ve içeriği hakkında eğitim planı hazırlanmış mı?			
		Eğitimler tüm hekimler ve ilgili sağlık personeline düzenli olarak verilmekte midir?			
		Eğitim katılım listeleri ve içerikleri kayıt altına alınıyor ve arşivleniyor mu?			
		Eğitimlerde rehber ve protokollerin uygulama örnekleri, vaka çalışmaları gibi interaktif yöntemler kullanılıyor mu?			
		Eğitim sonrası katılımcıların bilgi düzeyi ve memnuniyeti ölçülüyor mu?			
			Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
		Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
	28.3	Bakanlıkça veya hastane/ilgili branş tarafından belirlenen branş/hastalık bazlı klinik rehber ve protokollere uyum iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler esas alınarak değerlendirilmelidir.			
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Başhekim ,ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				
STANDART 29	Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (O)				
Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (O)	29.1	Uzaktan sağlık hizmetleri verilmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu kapsamda il sağlık müdürlükleri/ hastane başhekimlikleri sağlık bilişim alt yapısını kurarak hastane ve branş bazlı tescillerini yaparak klinik branşlarda uzaktan hasta değerlendirme sistemi (UHDS) vasıtasıyla hizmet sunumuna başlamalıdır.			
		DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR	
		Hastanenin ve branşların UHDS üzerinden uzaktan sağlık hizmeti vermek üzere tescilleri yapılmış mı?			
		Sağlık bilişim altyapısı (donanım, yazılım, internet bağlantısı) uzaktan hizmet sunumuna uygun ve güncel durumda mı?			
		Uzaktan sağlık hizmeti vermek üzere klinik branşlarda görevli personel eğitilmiş ve sistem kullanımına hazır mı?			
		UHDS vasıtasıyla hasta değerlendirme, izleme ve danışma hizmetleri aktif olarak yürütülüyor mu?			
		Uzaktan hizmet sunumuyla ilgili hasta bilgilendirme ve gizlilik prosedürleri uygulanıyor mu?			
		Uzaktan sağlık hizmetlerine ait kayıtlar, raporlar düzenli olarak tutuluyor ve denetleniyor mu?			
			Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)
		Evet' olarak işaretlenen unsur oranı (%)= 'Evet' olarak işaretlenen unsur sayısı\Toplam unsur sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı
29.2	Tüm görüşmeler, öneriler, tanı ve tedavi süreçleri HBYS üzerinde kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Hasta görüşmeleri (yüz yüze ve uzaktan) HBYS'ye tam ve doğru şekilde kaydediliyor mu?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Tanı ve laboratuvar sonuçları HBYS sistemi üzerinden takip edilebiliyor ve güncel olarak işleniyor mu?				
	Tedavi planları, ilaç önerileri ve medikal müdahaleler HBYS'de detaylı ve takip edilebilir biçimde kayıtlı mı?				
	HBYS'de kayıtlı veriler düzenli olarak kontrol edilip, eksik veya hatalı bilgi varsa tamamlanıyor mu?				
		Karşılıyor (K)	Kısmen Karşılıyor (KK)	Karşılanmıyor (KM)	
	Tam ve eksiksiz kayıt oranı (%)= Tam ve eksiksiz kayıt sayısı / İncelenen toplam hasta kaydı sayısı x 100	%80 ve üzeri	%60 -%79	%59 ve altı	
29.3	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.				
	DEĞERLENDİRME SORULARI	EVET	HAYIR		
	Başhekim , ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla toplantılar yapılmış mı?			Değerlendirme ölçütünün en az bir sorusu hayır ise ölçüt karşılanmamıştır.	
	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde, önceki 2 aya ait veriler analiz edilmiş mi?				
	Analiz sonuçlarına göre gerekli görülen alanlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) başlatılmış mı?				