



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları

Hastane

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026
Versiyon 2



**SAĞLIK TESİSİ
DEĞERLENDİRME STANDARTLARI
HASTANE**

**2026
Versiyon 2**

Teşekkür

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

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

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

STANDARTLAR

1. STANDARTLAR

1.1. Standartların Önemi

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

1.2. Standartların Genel Amacı

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

1.3. Standartların Hedefi

Standartların temel hedefleri şunlardır:

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

1.4. Standartların Kapsamı

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

1.5. Standartların Mevzuatla İlişkisi

Hazırlanan bu standartlar; Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Sağlık Bakanlığı yönetmelikleri, ulusal klinik rehber ve kılavuzlar, hizmet sunumuna ilişkin genelgeler ve diğer ilgili mevzuat hükümleriyle tam uyumlu olarak geliştirilmiştir. Bu uygulama, sağlık tesislerinin yasal

yükümlülüklerini yerine getirmelerine destek olmakta ve aynı zamanda kurumsal performans değerlendirme süreçleriyle entegre bir şekilde yürütülmektedir.

1.6. Standartların Birbiriyle İlişkisi

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

- Ameliyathane etkinliği (St.5) ile Cihaz yönetimi (St.19) ve Medikal depo yönetimi (St.21) doğrudan ilişkilidir.
- Poliklinik hizmetleri (St.1), görüntüleme (St.2) ve laboratuvar hizmetleri (St.3) ile klinik karar verme süreçleri arasında güçlü bir bağ vardır.
- Hasta iletişimi (St.9, St.25) ile çalışan memnuniyeti (St.13), hasta güvenliği açısından birbirini destekler.
- Uzaktan sağlık (St.29), klinik protokoller (St.28) ve hedef göstergeler (St.27), dijitalleşme ve klinik yönetim bağlamında birbirine entegredir.

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

STANDARTLAR	Standart Kategorizasyonu	Değerlendirmeye Ölçütü
Standart 1: Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Çekirdek	9
Standart 2: Görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 3: Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 4: Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart5: Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	7
Standart 6: Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 7: Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 8: Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 9: Yoğun Bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.	Normal	6
Standart 10: Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	8
Standart 11: Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	5
Standart 12: Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.	Normal	6
Standart 13: Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.	Normal	6
Standart 14: Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.	Normal	3
Standart 15: Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)	Normal	7
Standart 16: Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. (2)	Normal	8
Standart 17: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)	Normal	5
Standart 18: Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (2)	Normal	6
Standart 19: Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	4
Standart 20: Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 21: Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	10
Standart 22: Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	7
Standart 23: Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.	Normal	5
Standart 24: Eğitim Kliniği olan kliniklerde görevli akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik hizmetleri planlanmalı ve hizmet sözleşmeleri takip edilmelidir	Normal	7
Standart 25: Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.	Normal	5
Standart 26: Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.	Normal	9
Standart 27: Kurum hedef göstergeleri analiz edilmelidir.	Normal	1
Standart 28: Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir	Opsiyonel	3
Standart 29: Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır	Opsiyonel	3

1.7. Standartların Kategorizasyonu

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

1.7.1. Standart Karşılama Düzeyi Kararı

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



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

1.8. Standartların Puanlandırılması

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

1.8.1. Karşılama Düzeyine Göre Standartlardan Alınan Puan

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

1.8.2. Değerlendirme Dışı

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

1.8.3. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının Belirlenmesi

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

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

1.8.4. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanını Etkileyen Unsurlar

- Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı toplam puan üzerinden 5 puan düşürülür. Maksimum düşüş 20 puandan fazla olamaz. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile; karşılanan her bir opsiyonel standart için 3 puan verilir. Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puan 6'yi geçemez. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100'ü geçiyorsa Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100 kabul edilir.
 - Sağlık tesisi değerlendirme standartları (Hastane /ADSM-ADSH) setlerinde; Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı (SDP) hesaplama formülü yer almaktadır. Hesaplama formülünde, “+/- Sağlık tesisi değerlendirme puanını etkileyen unsurlara, 01.08.2025 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere “Bakanlık tarafından belirlenen tarih aralığında ek ödemeye esas tahakkukların muhasebeleştirilmesi” yükümlülüğü de eklenmiştir. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanının hesaplandığı değerlendirme dönemlerinden (Ocak, Mayıs, Eylül) geriye dönük dört aylık periyotta, Bakanlıkça belirlenen zaman diliminde ek ödemeye esas tahakkukların bir defa muhasebeleştirilmemesi halinde;
 - 30 puan,
 - İki veya daha fazla kez muhasebeleştirilmemesi durumunda ise 40 puan, Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanından düşürülür.
 - Bireysel performansın ölçülmesinde olmazsa olmaz kriter olan “Sağlık tesisleri tarafından e-Nabız'a gönderilen 268 paketindeki veriler ile EKOBS verisinin uyum düzeyi” ni 01.05.2026 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere SDP Hesaplama formülünde, “+/- Sağlık tesisi değerlendirme puanını etkileyen unsurlara eklenmiştir.
 - Sağlık tesislerimiz; sağlık çalışanlarımıza zamanında ek ödeme dağıtabilmek ve hekimlerimizin bireysel performansları değerlendirmek adına aynı ay içerisinde iki unsuru da zamanında ve doğru bir şekilde karşılaması gerekmektedir.
- İlgili ay içinde iki kriterden birinin ya da her ikisinin karşılanamaması durumunda SDP'den 30 puan düşülür. SDP'nin hesaplandığı dört (4) aylık dönem içinde, unsurların karşılanamaması durumunun başka bir ayda tekrar etmesi halinde SDP'den 40 puan düşülür.

Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı (SDP)

[Değerlendirilen standartlardan elde edilen puan toplamı / (Değerlendirilen standartların puan toplamı – Standartlardan değerlendirme dışı bırakılanların puan toplamı)] **x 100 +/-**
SDP'yi Etkileyen Unsurlar

Dikkat Edilecek Hususlar

- Öz değerlendirmelerde önceki iki aya ait yapılan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- İl Sağlık M¼d¼rl¼kleri tarafından yapılacak değerlendirmede önceki d¼rt aya ait yapılan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- Merkezi değerlendirmede sağlık tesisi değerlendirme puanının geriye d¼n¼k hesaplandığı ayın başına kadar olan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.

01
Standart**Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir (Ç).****DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

- 1.1.** MHRS'den alınan randevuların muayene sayıları ve randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.2.** MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.3.** Mesai dışı muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 1.4.** MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olması hedeflenmelidir. MHRS'ye esas polikliniklerdeki tüm hekimler için en geç ayın 10'una kadar bir sonraki ayın cetvellerinin tanımlanarak aktifleştirilmesi gerekmektedir.
- 1.5.** MHRS'de 15 günlük cetvelde % 80 doluluğu olan branşlar takip edilmeli, bekleyen randevu oluşmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- 1.6.** Aktif bekleyen talep sayıları günlük takip edilmelidir.
- 1.7.** MHRS' ye girilen aksiyonlara uyum ve istisnaların uygunluğu hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.
- 1.8.** Ek ödemeye esas puanların aksiyon kodlarına uygunluğu kontrol edilmelidir.
- 1.9.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile poliklinik hizmetleri randevu verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

02
Standart

Görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 2.1.** Polikliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.2.** Acil servisten istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.3.** Kliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.4.** Görüntüleme (MR, BT, USG) randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.
- 2.5.** Görüntüleme (MR, BT, USG) randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.
- 2.6.** Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporladığı (hizmet alımı dahil) görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları her bir görüntüleme için hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 2.7.** Görüntüleme (MR, BT, USG) sonuç/rapor verme gün süreleri analiz edilmelidir.
- 2.8.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile görüntüleme hizmetleri randevu ve sonuç verme süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

03
Standart

Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 3.1.** Laboratuvar tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 3.2.** Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.
- 3.3.** Laboratuvar sonuç verme süreleri test bazlı analiz edilmelidir.
- 3.4.** Dış laboratuvara gönderilen numunelerin belirlenen zamanda laboratuvara teslimi ve belirlenen zamanda sonuçlarının bildirimine dair gerekli takip yapılmalıdır.
- 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.

04
Standart

Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

 **DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ**

- 4.1.** Acil serviste hekim ve sağlık personeli görevlendirmesi gün içerisinde hasta yoğunluğu dikkate alınarak yapılmalıdır.
- 4.2.** Acil serviste hastaların müşahede alanında kalış süresi analiz edilmelidir.
- 4.3.** Acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.
- 4.4.** Acil serviste konsültasyon gerçekleştirme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 4.5.** Acil serviste istenilen görüntüleme hizmetlerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.
- 4.6.** Acil serviste istenilen laboratuvar tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.
- 4.7.** Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.
- 4.8.** Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmelidir.
- 4.9.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile hasta bekleme süreçleri ve süreleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

05
Standart**Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.**

DEğERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 5.1.** Ameliyat randevuları MHRS üzerinden (acil vakalar hariç) verilmelidir.
- 5.2.** Mesai içi ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 5.3.** Mesai dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 5.4.** Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatların başlangıç ve bitişleri ile ameliyat (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.
- 5.5.** İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların kök neden analizi yapılmalıdır.
- 5.6.** Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı olarak hekimlerle paylaşılmalıdır.
- 5.7.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile ameliyathane hizmetlerinin etkinliği iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilerek değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

06
Standart

Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımını analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 6.1.** Koroner anjiyografi randevuları (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden takip edilmelidir.
- 6.2.** Her bir anjiyografi odasında yapılan anjiyoların başlangıç ve bitişleri ile anjiyo (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.
- 6.3.** ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alarak primer perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi analiz edilmelidir.
- 6.4.** Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 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.

07
Standart

Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 7.1.** Endoskopi ve kolonoskopi işlem listeleri (acil hastalar hariç) MHRS üzerinden yapılmalıdır.
- 7.2.** Endoskopi ve Kolonoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.
- 7.3.** Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi ve kolonoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 7.4.** İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ile vakalar arasındaki süre, HBYS üzerinden izlenebilmelidir.
- 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.

08
Standart

Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 8.1.** Gebelik süreci doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve anne adaylarına danışmanlık hizmeti vermek ve normal doğumu teşvik etmek üzere ebe polikliniği ve gebe okulu açılmalıdır.
- 8.2.** Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezaryen, ölü doğum vb.) takibi yapılmalıdır.
- 8.3.** Doğum hizmeti sunulan hastaneler, anne dostu ve bebek dostu hastane olmalı ve süreçlerine yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.
- 8.4.** TDL alanları (Travay, Doğum, Lohusa) ile doğumhaneler etkin şekilde kullanılmalı; doğum sayıları dikkate alınarak, travay süresince her gebe için birebir ebe desteği sağlayacak şekilde yeterli sayıda ebenin istihdamı sağlanmalıdır.
- 8.5.** Ebelerin eşlik ettiği normal doğum sayıları analiz edilmelidir.
- 8.6.** Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan normal doğum, primer sezaryen sayıları analiz edilmelidir.
- 8.7.** Sezaryen endikasyonları, özellikle Robson 1. ve 2. gruplar temel alınarak, her ay düzenli analiz edilmelidir.
- 8.8.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analizler yapılarak sonuçlar ilgili hekim ve ebelerle değerlendirilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

09
Standart

Yoğun Bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 9.1.** Hasta yakınlarına ilk başvuruda; hastanın klinik durumu, tedavi süreci, yoğun bakım ziyaret kuralları ve olası sevk durumu hakkında gerekli bilgilendirme eksiksiz şekilde yapılmalıdır.
- 9.2.** Bilgilendirmelerin kim tarafından ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve kimlere yapılacağı belirlenmelidir.
- 9.3.** Hasta yakınları günlük (hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil) bilgilendirilmelidir.
- 9.4.** Yoğun bakım üniteleri ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenerek, hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.
- 9.5.** Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyaretine dair kayıtlar tutulmalıdır.
- 9.6.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile yoğun bakım bilgilendirme süreçleri iki ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki iki aya ait veriler analiz edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

10
Standart

Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

10.1. Yoğun bakım ünitelerinde yatak doluluk oranı analiz edilmelidir.

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

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

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

10.5. Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanmaları analiz edilmelidir.

10.6. Yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar analiz edilmelidir.

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

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

11
Standart

Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 11.1.** Palyatif bakım kliniklerinde görev alan sağlık çalışanlarına alana özgü eğitimler verilmelidir.
- 11.2.** Palyatif bakım kliniklerinde; diyetisyen, fizyoterapist, sosyal alışmacı (Hasta Görüşme Formu), psikolog hasta ve ailesini disiplinlerine ait değerlendirme ölçekleri ile değerlendirmek üzere ziyaret etmelidir.
- 11.3.** Multidisipliner ekip toplantıları ayda en az bir kez yapılmalıdır.
- 11.4.** Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar analiz edilmelidir.
- 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. Gereкли hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

12
Standart

Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

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

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

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.

13
Standart

Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

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

13.5. Çalışanların aidiyet duygularını ve motivasyonlarını artıracak faaliyetler planlanmalıdır.

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

14

Standart

Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

15
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

15.1. Web sitesi güncel olmalıdır.

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.

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

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

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

15.6. Hastaların kullandığı (poliklinikte aktif kullanılan) tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

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.

16
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır. (2)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

16.2. Sağlık tesisinde mahremiyet her alanda sağlanmalıdır.

16.3. Hastanede haşere, hırsızlık ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

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

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

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

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

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.

17
Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (1)



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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.

17.2. Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır

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

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

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.

18
Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır. (2)

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

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

18.5. Hastanede su ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.

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.

19
Standart

Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

19.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırıların HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.

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

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

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.

20
Standart

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 20.1.** İhtiyaç tespit komisyonu kurulmalı (yılda bir) ve etkin çalışması sağlanmalıdır.
- 20.2.** Sağlık tesisinde servis, klinikler ve ara depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır.
- 20.3.** Özellikle birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.
- 20.4.** Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS’de takibi yapılmalıdır.
- 20.5.** Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS uyarı vermelidir.
- 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)
- 20.7.** Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmelidir.
- 20.8.** Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.
- 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 edilmelidir. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

21
Standart

Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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.

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

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

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

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 malzemelerin incelemesi jenerik ve barkod üzerinden yapılmalıdır.

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

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.

21.8. Kemoterapi ilaç hazırlama ve tüketim işlemleri mevzuata uygun gerçekleştirilmelidir.

21.9. Sağlık tesisleri tarafından ilaçların doğru endikasyonlarda kullanılması, Sağlık Uygulama Tebliği hükümlerine uygun hareket edilmesi ve akılcı ilaç kullanımı ilkelerine riayet edilmesi gerekmektedir.

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.

22
Standart

Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

22.2. Hastaya sunulan hizmetlerin eksiksiz ve zamanında hasta dosyasına girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Gelir kayıplarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

22.3. Ayaktan hasta, yatan hasta, gününbirlik hasta ilaç ve tıbbi malzeme gelirleri analiz edilmelidir.

22.4. Branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.

22.5. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.

22.6. MEDULA-Hastane sistemine SUT usul ve esasları doğrultusunda kaydedilemeyen/faturalandırılmayan hizmet bedellerine ait tutarların (manuel faturalandırılan) SGK toplam fatura tutarı içerisindeki payı analiz edilmelidir.

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

23
Standart

Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

23.3. Personel nöbet, icap nöbeti ve fazla mesai ücretleri ile saatleri analiz edilmelidir.

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

23.5. 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.

24
Standart

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

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

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.

24.5. Başhekim tarafından imzalatılan hizmet sözleşmesinde yer alan kriterlerin gerçekleşmelerinin takibi yapılarak, değerlendirilmelidir.

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

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.

25
Standart**Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.**

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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.

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.

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.

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.

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.

26
Standart

Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 26.1.** Evde sağlık talepleri öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalıdır.
- 26.2.** Evde sağlık taleplerinin karşılanma süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.
- 26.3.** Evde sağlık hastalarının tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.
- 26.4.** Evde sağlık hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim ve iş birliği ihtiyaç halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme ile sağlanmalıdır.
- 26.5.** İlk defa ziyareti gerçekleştirilecek hastaların ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi ve ilaçların kullanımına yönelik gerekli bilgilendirmelerin yapılması amacıyla, evde sağlık hizmetlerinde eczacılar aktif olarak rol almalıdır.
- 26.6.** Palyatif bakım yataklı servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.
- 26.7.** Kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.
- 26.8.** Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.
- 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.

27
Standart

Kurum Hedef Göstergeleri analiz edilmelidir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

27.1. Kurum hedef göstergeleri Başhekim tarafından takip edilmelidir.

28
Standart

Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O).

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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.

29
Standart

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

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2026
Versiyon 2