



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Genel Değerlendirme Hastaneler



Uzm.(İSG) Hemşire Satı Birbudak
27 Temmuz 2021



- Dinamik Veri Giriş Platformu
- Yönetici takip ekranları verilerinin değerlendirilmesi
- Hasta ve çalışan sağlığı ile ilgili kriterler
- Yangın Güvenliği
- Arşiv
- Atık Yönetimi
- Hastane İşleyişi (Kan Yönetimi, sevkler v.b)
- Destek Hizmetleri

25 Ana Soru 68 Alt Başlık

SORU 1: Sağlık tesisine ait verilerin “Dinamik Veri Giriş Platformuna” uygun şekilde girişı yapıyor mu?

1.GD.1.1. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce belirlenen parametrelere ait veriler, sağlık tesisi tarafından “Dinamik Veri Giriş Platformuna” aylık olarak girilmelidir.

Belirlenen zaman aralığında doğru ve eksiksiz girildi ise “**EVET**” eksik ise “**HAYIR**”

1.GD.1.2. Sağlık tesisi yönetimi kendi bünyesinde oluşan verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu bir asil, bir yedek olmak üzere iki personel görevlendirmelidir.

Personel görevlendirme yazıları kontrol edilmeli, görevlendirme yazıları tam ise “**EVET**” eksik ise “**HAYIR**”

SORU 1: Sağlık tesisine ait verilerin “Dinamik Veri Giriş Platformuna” uygun şekilde girişi yapıyor mu?

1.GD.1.3. Dinamik veri giriş platformuna girilen veriler ile Yönetici Takip Ekranlarında oluşan veriler uyumlu olmalıdır.

“Gözlemci Bilgi Notunda” yer alan geçmiş döneme ait sağlık tesisi verilerinin geçmiş dönemlerde veri platformuna girilmiş olan verilerle uyumlu olup olmadığı,

Yönetici Takip Ekranları ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Verilerde tutarsızlık olması halinde **“HAYIR”**



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 1: Sağlık tesisine ait verilerin “Dinamik Veri Giriş Platformuna” uygun şekilde girişi yapıyor mu?

- Verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu personelin görevlendirme yazıları,
- Genel müdürlüğün belirlediği zaman aralığında, verilerin doğru ve eksiksiz girilip, girilmediği,
- “Gözlemci Bilgi Notunda” yer alan geçmiş döneme ait dinamik veri giriş platformuna girilmiş olan sağlık tesisi verisi ile gözlem esnasında sağlık tesisinin SBYS’ de aynı geçmiş döneme ait “Yönetici Takip Ekranın da” bulunan verinin uyumlu olup olmadığı,

KAYNAK:

- T.C. SAğLIK BAKANLIğI Kamu Hastaneleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
- a) [26.04.2018 tarihli ve E.676 sayılı yazımız.](#)
- b) b) 13.07.2018 tarihli ve E.1147 sayılı yazımız.
- c) c) 10.10.2018 tarihli ve E.1668 sayılı yazımız.
- d) İlgı (a), (b) ve (c) de kayıtlı yazıları,
- e) (Ek-1 alışanlara Yönelik Eğitim,
- f) Ek-2 İç Kazaları ve İç Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri,
- g) Ek-3 İç Güvenliği Uzmanı ve İç Yeri Hekimi Sayıları,
- h) Ek-4 alışan Uyum Programı ve
- i) Ek-6 Hasta Hakları İstatistikleri



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 2: Sağlık tesisinde Yönetici Takip Ekranlarının etkin kullanımı ile ilgili düzenleme yapıyor mu?

- **1.GD.2.1.** Sağlık tesisinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açılmalıdır.
- Oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açık olmalıdır. İlgili kişilere Yönetici Takip Ekranlarına erişim yetkisi verilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 2: Sağlık tesisinde Yönetici Takip Ekranlarının etkin kullanımı ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

- Başhekim, ilgili birimden/bölümden sorumlu sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının Yönetici Takip Ekranlarını kullanıp kullanmadıkları sorgulanmalıdır.
- İlgili kişilerin erişim izni bulunmuyorsa ya da erişim izni olmasına rağmen konu hakkında bilgisi yok ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

REHBERDE BULUNAN EKRANLAR



YTE (Yönetici Takip Ekranları)	1. sorumlu	2. sorumlu	3. sorumlu	4. sorumlu
1.GD.7.1. Hizmet verilen birim/ünitelerde (yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, palyatif bakım, hemodiyaliz, evde sağlık birimi vb.) sertifikalı olan toplam sağlık hizmetleri sınıfı personel sayısının ilgili birimlerde çalışan toplam personel sayısına oranı SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.	Başhekim	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yard.	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu
1.GD.11.1. Tehlikeli ve tıbbi atık torbaları üzerinde hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalıdır. Tehlikeli atıklar (EWC kod bazında) ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (SBYS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.	Başhekim	İdari Mali Hizmetler Müdürü	İdari Mali Hizmetler Müdür Yard.	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu
1.GD.16.5. Evde sağlık hizmeti verileri SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.	Başhekim	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü/Yardımcısı	Evde Bakım Hizmetleri Sorumlu Hekimi ve Hemşiresi	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu
1.GD.17.5. (TİG) Sağlık tesisi yönetimi tarafından yapılan analizler SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile değerlendirilmelidir.	Başhekim	İdari Mali Hizmetler Müdürü	İdari Mali Hizmetler Müdür Yard.	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu
1.GD.22.1. Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.	Başhekim	İlgili Başhekim Yrd.	Sevk Değerlendirme Komisyonu Başkanı (Komisyonun aktif hale getirilmesi ve etkin toplantılar yapılarak sevklerin incelenmesi)	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu
1.GD.23.1. Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı (YTE)" ile takip edilmelidir.	Başhekim	İlgili Başhekim Yrd.	İdari Mali Hizmetler Müdürü/Yardımcısı	Verimlilik /Kalite Birim Sorumlusu



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 2: Sağlık tesisinde Yönetici Takip Ekranlarının etkin kullanımı ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

- YTE uygun şekilde oluşturulmuş ve SBYS sistemine entegre ise **“EVET”**
- YTE uygun oluşturulmamış, SBYS sistemine entegre edilmemiş sadece şekil olarak ekran mevcut ise **“HAYIR”**
- YTE uygun şekilde oluşturulmuş ve SBYS sistemine entegre ancak verilerde uygunsuzluklar var ise **“KISMEN”** olarak değerlendirilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

KAYNAK:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

- [Sayı : 31057445/ .../.../2018 Konu: SBYS'de Oluşturulacak Yönetici Takip Ekranları hk.](#) [SBYS' de Oluşturulacak Yönetici Takip Ekranları Hakkında yazı ve ekleri](#)

SORU 3 : Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?

1.GD.3.1. Sağlık tesisi üst yönetimi ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır.

1.GD.3.2. Sağlık tesisinde görev yapan her bir yönetici kendisine bağlı birimlerin sorumluları ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır.

- Hastane Başhekimisi,
- Başhekim yardımcıları,
- İdari ve mali işler müdürü ve yardımcıları
- Sağlık bakım hizmetleri müdürü ve yardımcıları
- Destek ve kalite müdürü ve yardımcıları ile ayda bir kez sorumluluk alanlarına giren konular hakkında değerlendirme toplantısı yapmalı ve kayıt altına alınmalıdır.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 3 : Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?

Toplantı gündemi en az aşağıdaki başlıkları içermelidir:

- Yönetici Takip Ekranlarında oluşan verinin yönetim ve ilgili birimler tarafından değerlendirilmesi,
- Tıbbi, idari, mali süreçler, sorunlar ve çözüm yolları,
- Verimlilik, Performans ve Kalite göstergelerinin sonuçları vb.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 3 : Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?

Toplantıya kimler katılmış?

Katılımcılar bölüme uygun mu?

Gündem de neler yer alıyor?

Hastanenin sorunları ile ilgili mi?

Zamanlama doğru mu?

Belirlenen zaman aralığında doğru kişilerle ve doğru gündemde yapıldı ise “EVET” eksik ise “HAYIR”



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 3 : Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?

Bu kriter Şehir hastaneleri A ve B rolü hastanelerde değerlendirilecektir.

SORU 4: Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapılıyor mu?

1.GD.4.1. Sağlık tesisi üst yönetimi tarafından mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Sağlık tesisinin mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirmesi;

- Yönetim veya yönetimi temsil yetkisine sahip kişi/kişiler tarafından,
- En az bir değerlendirme hafta sonu, diğeri ise hafta içi acil servis yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere,
- En az 3 ayda bir yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

SORU 4: Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapılıyor mu?

Gözlemci tarafından mesai dışı çalışılan bölümlerde değerlendirmenin yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır.

Ne zaman ziyaret yapılmış ?

Kim ziyareti gerçekleştirmiş?

Ziyaret ile ilgili kanıt mevcut mu?

Saha da çalışanlar ziyaretin farkında mı ?

Belirlenen zaman aralığında ziyaret gerçekleşmiş mi ve yönetim kadrosu ziyareti yapmış mı? Kayıt mevcut mu? Bu şartlar mevcut ise

“EVET” eksik ise **“HAYIR”**

SORU 4: Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapılıyor mu?

- Bu kriter şehir Hastaneleri A ve B rolü hastanelerde değerlendirilecektir.

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

1.GD.5.1. Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu arttırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için st yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini arttırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

1.GD.5.2. Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve Őikayetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

1.GD.5.3. Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.

1.GD.5.4. Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşiya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

Sağlık tesisinde görev yapan personelin memnuniyeti ve motivasyonunu arttırmak amacıyla aşağıda yer alan örneklerdeki gibi düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık tesisi bu amaçla başka düzenlemeler de yapabilir.

- Çalışanlara önemli günlerde kutlama mesajları gönderilmelidir.
- KURUMDAN AYRILMA ve EMEKLİLİK:,
- Çalışanların görev tanımına ve niteliklerine (mezuniyet, deneyim ve sertifika) uygun yerlerde hizmet vermesinin sağlanması,
- Uzman hekim odaları, asistan odaları, hemşire odaları vb. personel odalarının donanımlı ve konforlu olmasının sağlanması,
- Engelli personel için engeline uygun işlerde çalıştırılması ve engeline uygun fiziksel düzenlemeler yapılması,

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

- Beyaz kod verildiğinde st yöneticinin adli sürece dahil olması, ilgili çalışanı ile bizzat ilgilenmesi ve süreci takip etmesi,
- Çalışma alanlarının rahat çalışmaya engel olmayacak şekilde düzenlenmesi,
- Ağır hastalık ve vefat durumlarında personelin st yönetim tarafından aranması veya ziyaret gerçekleştirilmesi,
- Personele kantinde elverdiği lde indirim sağlanması,
- Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması,
- Personelin iletişim ve yönetsel yetkinliklerinin arttırılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

- Asistanların, kendi branşlarında düzenlenen “Kış Okulu” türü eğitim toplantılarına katılımlarının teşvik edilmesi,
- Asistan eğitiminde çeşitli nedenlerle eksikliği olan eğitimlerin rotasyonlarla tamamlanmasının sağlanması,
- st yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini arttırıcı çalışmalar (birim toplantıları, yemek organizasyonları, sportif faaliyetler, geziler vb.) ile çalışanların bir araya gelmelerinin sağlanması, Sağlık tesisinde mümkün olduğu lde bu düzenlemeler uygulanmalıdır.
- Sosyal alanların (kafeterya, okuma salonu, kütüphane, mescit, kreş vb.) oluşturulmasının sağlanması,

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

- Faaliyet ve etkinliklerin görselleri
- Randomize çalışanlarla yapılan görüşmeler
- Fiziksel düzenlemeler

alışan konforuna yönelik çalışmalar v.b

Rehberde ve genelgede yazan unsurlar gözleniyorsa **“EVET”** eksikler varsa **“KISMEN”**

Personel memnuniyetine ilişkin unsurlar karşılanmıyorsa **“HAYIR”**

SORU 5: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

KAYNAK:

- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü [27.12.2017](#) Tarihli E.87307621-419-1761 Sayılı alışan Motivasyonu İle İlgili Yazı.
- 12.11.2014 Tarihli “ Dinlenme Odaları “ İle İlgili Yazı

SORU 6: Hasta memnuniyetine yönelik dzenleme ve analizler yapıyor mu?

1.GD.6.1. Hasta ve yakınlarının talep ve önerileri sağlık tesisi tarafından değerlendirilerek analizi yapılmalıdır. Değerlendirme sonuçları üst yönetim ile paylaşılmalıdır.

Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri dzenlemeler yapılmalıdır.

SORU 6: Hasta memnuniyetine yönelik dzenleme ve analizler yapıyor mu?

Bildirim Kaynağı	Bildirim Sayısı	% Oranı *	Olumsuz Bildirim Sayısı	Olumsuz Bildirim Oranı**
Dilek ve öneri kutuları				
Hasta hakları birimi (yerinde çözülen+sisteme girilen)				
Web sayfasına gelen				
Kurumsal mail adresine gelen				
SABİM				
CİMER				
İç yazışma ile gelen				
Hasta anket önerileri				
.....				
Toplam Sayı				

* *Bildirim Kaynağına gelen bildirim sayısının toplam bildirim sayısına oranını ifade eder.*

** *Bildirim Kaynağına gelen olumsuz bildirim sayısının toplam bildirim sayısına oranını ifade eder.*

SORU 6: Hasta memnuniyetine yönelik dzenleme ve analizler yapıyor mu?

Şikayetler görüŖülmüş mü?

Çözüm önerileri var mı?

Sonuç ne olmuş?

Hastalarla yapılan görüşmeler olumlu mu?

Analiz sonuçları toplantı gündemine yansımış mı?

Bu soruları cevaplayabiliyorsak “EVET” eksik varsa “KISMEN”

Hasta memnuniyetine ilişkin unsurlar karşılanmıyorsa “HAYIR”



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 7: Sağlık tesisinde sertifikalı çalışan personel sayısının takibi yapılıyor mu?

nemodiyaliz, evde sağlık birimi vb.) sertifikalı olan toplam sağlık hizmetleri sınıfı personel sayısının ilgili birimlerde çalışan toplam personel sayısına oranı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

..... Yılı Hizmet Birim/Ünitelerinde Görev Yapan Sertifikalı Personel Yönetici Takip Ekranı *				
Birim/Üniteler	Çalışan Sayısı	Personel	Görev Yaptığı Alan ile İlgili Sertifikalı Personel Sayısı	Sertifikalı Çalışan Personel Oranı
Yoğun Bakım				
Acil Servis				
Ameliyathane				
Palyatif Bakım				
Hemodiyaliz				
.....				
.....				
TOPLAM SAYI/ORTALAMA				



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 7: Sağlık tesisinde sertifikalı çalışan personel sayısının takibi yapılıyor mu?

Gözlemciler tarafından;

- SBYS’de “Hizmet Birim/Ünitelerinde Görev Yapan Sertifikalı Personel Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise **olumsuz değerlendirilmelidir.**

Genel Değerlendirme Hastaneler



SORU 7: Sağlık tesisinde sertifikalı çalışan personel sayısının takibi yapıyor mu?

Bu kriter Şehir hastaneleri , A ve B rolü hastanelerde değerlendirilecektir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 8: Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?

- 1.GD.8.1.** Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır.Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.
- 1.GD.8.2.** Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 8: Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?

- Gözlemciler tarafından kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde kurulup kurulmadığı değerlendirilmelidir. Görüş alanları hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.
- Gözlemciler değerlendirme gününden 2 ay önceki tarihe ait kamera kayıtlarını inceleyerek değerlendirmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 8: Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?

- **KAYNAK:**
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ;
- Acil servislerde güvenlik önlemleri:

SORU 9: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

- 1.GD.9.1.** Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
- 1.GD.9.2.** Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

SORU 9: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu incelenmelidir.

İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporunun İlgili yıl içerisinde alınıp alınmadığına bakılmalıdır.

İlgili yıla ait değilse ‘**HAYIR**’

SORU 9: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

Aynı başhekimliğe bağlı birden fazla yerleşke de hizmet veren sağlık tesislerinde her yerleşkede bulunan bina için ayrı değerlendirme raporu alınmalıdır.

Değerlendirme raporu sağlık tesisinde inşaat, tadilat, fiziki durumunda ve yerleşim planlarında yapılan değişiklikler vb. değişiklik olması durumunda güncellenmelidir.

Sağlık tesisinin İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporunda belirtilen uygunsuzluklar ile ilgili çalışmaların yapılıp yapılmadığı değerlendirilir.

Çalışma ve komisyon toplantı raporları ve sahada görölüyorsa “EVET”

SORU 9: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

KAYNAK:

[Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik](#)

Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 10: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapıyor mu?

1.GD.10.1. Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırılmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.



SORU 10: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapıyor mu?

Servisler, ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvarlar, acil vb. birimlerde evsel atık, ambalaj atığı, tıbbi atık, patolojik tıbbi atık toplama kutuları/kovaları ve kesici/delici alet kutularının **uygun şekilde olup olmadığı görülmelidir.**

İçeriklerine bakılarak uygun ayrıştırma yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Örneğin, evsel atık içerisinde kontamine (kan bulaşmış) eldiven görülmesi, kesici delici alet kutusunda boş flakon görülmesi gibi yanlış ayrıştırma **yapılıyorsa olumsuz değerlendirilmelidir.**



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 10: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapıyor mu?

- Toplama ekipmanları (atık kovaları, torbaları v.b) atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulundurulmalıdır.
- Tıbbi atıklar, kapaklı, pedalla açılabilen kovalarda kırmızı renkli torbalar ile toplanmalıdır.

Tıbbi atık kovaları;

- pedallı değil ise,
- kapağı yoksa,
- içerisinde standarda uygun kırmızı renkli torba yok ise **olumsuz olarak değerlendirilir.**

SORU 10: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?

- **Tehlikeli atıkların ayrıştırılmasının doğru yapıp yapılmadığı** servislerde, laboratuvarlarda, diş polikliniklerinde, kemoterapi merkezlerinde, görüntülemede ve tehlikeli atık depolarında gözlenmelidir.
- Ameliyathanede inhalasyon anesteziklerinin (sevorane vb.) şişelerinin nasıl bertaraf edildiği sorgulanmalıdır. Kemoterapi yapılan merkezlerde kemoterapi ilaçları ve flakonları, uygulanan serumlar, serum setleri, enjektörler **tehlike atık olarak değerlendirilmelidir.**
- Laboratuvarlarda boyama işlemleri için ayrılan lavabo su giderinin bir bidonda toplanıp tehlikeli atık olarak depolandığı ve kanalizasyona karışmadığı gözlenmelidir.

SORU 10: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?

KAYNAK:

Sıfır Atık Yönetmeliği *Resmî Gazete Tarihi: 12.07.2019 Resmî Gazete Sayısı: 30829*

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği *Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2017 Resmî Gazete Sayısı: 29959*



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 11: Atıkların miktar takibi yapıyor mu?

1.GD.11.1. Tehlikeli ve tıbbi atık torbaları üzerinde hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalıdır. Tehlikeli atıklar (EWC kod bazında) ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (SBYS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

1.GD.11.2. Birim bazlı tıbbi atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 11: Atıkların miktar takibi yapıyor mu?

- 1.GD.11.3. EWC kod bazında tehlikeli atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.
- 1.GD.11.4. Tıbbi ve Tehlikeli Atıkların maliyeti yönetim tarafından takip edilmelidir.
- 1.GD.11.5. Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı, diyaliz seans sayısı vb. parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

SORU 11: Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?

- Sağlık tesislerinde atıkların birim bazında tartılması ve etiketlenmesi, atık modülüne kaydedilmesi ve aylık olarak takibinin yapılması;
- Birim bazlı oluşan atık miktarını ve atığın depolanması sırasında (kesici delici alet vb. nedeniyle) oluşabilecek yaralanmaların hangi birimden kaynaklandığını tespit etmek açısından önemlidir.
- Etikette atığın çıktığı birim, kg olarak miktarı, tartıldığı tarih ve saati gibi bilgiler yer almalıdır.
- Gözlemci tarafından tıbbi atık torbasında bulunan etiket ile SBYS Atık Modülündeki kayıtlar randomize olarak karşılaştırılmalıdır.

Genel Değerlendirme Hastaneler



Birim Bazlı Tıbbi Atık Miktarı (Kg)

Birimler	Ocak	Şubat	Toplam
Yoğun Bakımlar(Ayrı ayrı tanımlanmalıdır)				
Cerrahi Birimler (Kadın Doğum Hariç) Tıbbi Atık				
Kadın Doğum Birimi Tıbbi Atık				
Servisler (Servisler ayrı ayrı tanımlanmalıdır)				
Ameliyathane(Ameliyathane Odaları Ayrı Ayrı Tanımlanmalıdır) Tıbbi Atık				
Acil Servis Tıbbi Atık				
Laboratuvarlar Tıbbi Atık				
Poliklinikler Tıbbi Atık				
Radyoloji Tıbbi Atık				
Diş Polikliniği Tıbbi Atık				
Kemoterapi Ünitesi Tıbbi Atık				
Diyaliz Tıbbi Atık				
Diğer Birimler				
TOPLAM				

SORU 11: Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?

- **KAYNAK:**

Sıfır Atık Yönetmeliği Resmî Gazete Tarihi: 12.07.2019 Resmî Gazete Sayısı: 30829

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2017 Resmî Gazete Sayısı: 29959

SORU 12: Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapıyor mu?

1.GD.12.1. Sağlık tesisinde uygulanacak tam kan ve eritrosit konsantrasi cross-match sayısının transfüzyon sayısına oranı takip edilmelidir.

YTE ekranı sayıları ile uyumlu mu? Trasfüzyon yapılmadı ise nedeni?

1.GD.12.2. Kan ve kan bileşenleri imha oranları takip edilmelidir.

İmha komisyonu raporları ile uyumlu mu?

SORU 12: Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapıyor mu?

Kan imha ve trasfüzyon ve cross-match sayıları uyumlu ve mantıklı ise
“EVET”

Tablolarda uyumsuzluk varsa “HAYIR”

SORU 12: Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapıyor mu?

KAYNAK:

[Kan Ve Kan Ürünleri Yönetmeliği Resmî Gazete Tarihi: 04.12.2008 Resmî Gazete](#)

[Sayısı: 27074](#)

Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi 2016

SORU 13: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu?

1.GD.13.1. Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmalı, iletişim ve tanıtımdan sorumlu yönetici birim sorumlusu ve birim çalışanı/çalışanları belirlenmeli, görevlendirmeler ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir.

Şehir Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Dal Hastaneleri, Ağız Diş Sağlığı Hastaneleri, tescilli yatağı 200 ve üzeri Devlet Hastanelerinde sorumlu yönetici, birim sorumlusu ve birim çalışanlarından oluşan İletişim ve Tanıtım birimi kurulmalıdır. Görevlendirmeler, ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 13: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu?

- İletişim ve Tanıtım birimi kurulmuş mu?
- Görevlendirmeler, ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmemiş mi?
- Fiziksel mekan uygun mu?

Genelge şartlarını karşılıyorsa “EVET”



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 13: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu?

- KAYNAK:
- [Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün 10.01.2019 tarihli 90305236-639-110 sayılı İletişim ve Tanıtım Birimi Kurulması konulu yazısı](#)

SORU 13: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu?

Bu kriter Şehir hastaneleri A ve B rolü hastanelerde değerlendirilecektir.

SORU 14: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- 1.GD.14.1. Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.
- 1.GD.14.2. Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
- 1.GD.14.3. Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
- 1.GD.14.4. Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

SORU 14: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- teşhis, tedavi veya acil sağlık hizmeti ihtiyacı sebebiyle, sağlık kuruluşuna yapılan her başvuruda **hasta kaydı tutulması ve saklanması**, hizmeti sunan ister kamu ister üniversite ister özel sağlık kurumu olsun bir **yükümlülüktür**.
- Bu zorunluluğun temeli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3/f hükmünde; *“Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi maksadıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur...*

SORU 14: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- **Adli Vak'alara İlişkin Kayıtların Arşiv Süresi** başlıklı *15.maddesinde;* " Adli vak'alara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, dokümanlar ve hasta dosyalarının **en az yirmi yıl süreyle** yataklı tedavi kurumunun arşivinde muhafazası zorunludur." şeklinde bir düzenleme
- hasta yatış, kayıt, takip ve taburculuk defterleri için **20 yıl**,
- anestezi formları, yoğun bakım defteri, acil defteri, laboratuvar ve biyokimya tetkik defteri ile bebek tedavi defterleri için **10 yıl**
- Ex bebek teslim defteri için **30 yıl**,
- çocuk kayıt kartı için **15 yıl**,
- enjeksiyon defteri için **2 yıl**
- psikolojik görüşme kartı için **5 yıl** gibi farklı saklama süreleri belirlenmiştir.

SORU 14: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

- KAYNAK:
- [Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik](#) *Resmî Gazete Tarihi: 18.10.2019 Resmî Gazete Sayısı: 30922*

SORU 15: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?

1.GD.15.1.Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hastalarda kullanılacak kimlik doğrulama tanımlayıcılarının ayrı ayrı belirlenip belirlenmediği gözlemci tarafından sorgulanmalıdır.

Genel Değerlendirme Hastaneler



SORU 15: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?

KAYNAK: [Hasta ve alışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik](#)

SORU 16: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

1.GD.16.1. Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.

1.GD.16.2. Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescili olmalıdır.

1.GD.16.3. Evde sağlık hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.

SORU 16: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik dzenleme yapılmış mı?

- 1.GD.16.4.Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.
- 1.GD.16.5. Evde sağlık hizmeti verileri SBYS'de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
- 1.GD.16.6. Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

SORU 16: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

Evde sağlık hizmetini sunmak üzere Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşları bünyesinde Evde Sağlık Hizmet Birimi oluşturulmalıdır.

Sağlık kuruluşu bünyesinde evde sağlık hizmeti verilecek birimin fiziki olarak kayıt, arşiv, sekreteryaya, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte olup olmadığı **gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.**

Genel Değerlendirme Hastaneler



Evde Sağlık Hizmetleri Yönetici Takip Ekranı

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

SORU 16: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

KAYNAK: Sağlık Bakanlığı ve Bağli Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulması na Dair Yönetmelik (R.G. 27 şubat 2015 Tarihli ve 29280 Sayılı)



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

1.GD.17.1. Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.

Epikrizde;

- a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,
- b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular,
- c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
- d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar,
- e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,
- f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,
- g) Taburcu olan anneye; yeni doğan bakımı, yeni doğan taramaları, anne sütü, üreme sağlığı ile ilgili verilen eğitim kayıtları ve
- ğ)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

1.GD.17.2. Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

1.GD.17.3. Klinik kodlayıcılar TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan hasta dosyalarının analizini yapmalıdır.

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

1.GD.17.4. Klinikler/servislerde aylık taburcu olan hasta sayısı ve TİG veri sistemine kaydedilen hasta sayısı takip edilmelidir.

1.GD.17.5. Sağlık tesisi yönetimi tarafından yapılan analizler SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile değerlendirilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

TİG birimine kliniklerden teslim edilen dosyalar standartlara ve klinik kodlamaya uygun olarak hazırlanmalıdır.

Gelen dosyaların içeriği klinik kodlayıcılar tarafından aşağıdaki kurallara göre kontrol edilmelidir:

- a) Ana tanı ve ek tanıların anlaşılır şekilde belirtilmesi
- b) Ana tanı ve ek tanı ile ilişkili cerrahi veya diğer işlemlerin okunaklı, anlaşılır olarak ifade edilmesi



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

TİG birimine kliniklerden teslim edilen dosyalar standartlara ve klinik kodlamaya uygun olarak hazırlanmalıdır.

Gelen dosyaların içeriği klinik kodlayıcılar tarafından aşağıdaki kurallara göre kontrol edilmelidir:

- a) Ana tanı ve ek tanıların anlaşılır şekilde belirtilmesi
- a) Ana tanı ve ek tanı ile ilişkili cerrahi veya diğer işlemlerin okunaklı, anlaşılır olarak ifade edilmesi



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

- c) Cerrahi operasyon bilgisinin belirtilmesi (operasyonun açıklaması, operasyon süresi (bir anestezi altında yapılan operasyonların ayrı ayrı süresi ve toplam süre), operasyon ekibinde yer alan personel branşları ve sayıları (uzman hekim sayısı, anestezi uzmanı sayısı, anestezi teknisyeni sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı), ASA ve Anestezi bilgileri)
- d) Hasta dosyasının içeriğinin tam olması(patoloji, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri sonuç raporu vb.)
- e) Klinik kodlayıcılar uygun şekilde TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan dosyaların analizini yapmalıdır.

SORU 17: Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?

KAYNAK:

[Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 76](#)

[Taburcu edilen hastalara amaca uygun bir epikriz verilmesi gerekir.](#)

[Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24](#)

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri, diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

SORU 18: Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?

- 1.GD.18.1.** Mesai ve nöbet takip sistemi SBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.
- 1.GD.18.2.** Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 18: Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?

- Personel çalışma listelerinin hazırlanması,
- **nöbet, fazla mesai gibi işlemler için bu listenin kullanılması SBYS üzerinden yapılmalıdır.**
- Sistem dinamik yapıda olmalıdır.
- **Mesai ve nöbet takip sistemi oluşturulmalıdır.**
- Sistem üzerinden mesai ve nöbet sayıları kontrol edilebilmelidir.
- **İzin, rapor, nöbet ve fazla mesai dökümünün maaş tahakkuk dosyası için imzaya sunulan kısmı bu ekrandan çekilebilmelidir.**
- Aynı zamanda SBYS'nin döner sermaye işlemleri modülünden personel hareketlerine ulaşılabilirdir.
- **Personel çalışma listeleri, adaletli ve verimli olması yönünden yönetim tarafından değerlendirilmelidir.**
- Haftalık zorunlu çalışma sürelerinin tamamlanması sağlanmalı, bu süreyi aşan durumlar fazla mesai olarak değerlendirilmelidir.
- **Ameliyata giren personel ile ameliyat defterindeki ameliyat ekibine ait kayıtlar arasında doğrulama yapılmalıdır.**

**SORU 19: Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?
(Sağlık turizmi Yetki belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)**

1.GD.19.1. Sağlık tesisinde Uluslararası Sağlık Turizmi Birimi oluşturulmalıdır.

1.GD. 19.2. Sağlık tesisinde ihtiyaç duyulan yabancı dillerde tercüman bulunmalıdır.

1.GD.19.3. Sağlık tesisinde sağlık turizmine yönelik fiyatlandırma, muhasebeleştirme gibi iç ve işlemlerin girişlerinin yapılması için SBYS'de ayrı bir alan tanımlanmalıdır.

**SORU 19: Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?
(Sağlık turizmi Yetki belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)**

- 1.GD. 19.4.** Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastaların kayıt süreçlerinde; Yabancı Hasta Türü sistemi üzerinden, statüleri kapsamında sağlık turizmi veya turistin sağlığı butonu seçilmek sureti ile hasta kayıt süreci başlatılmalıdır.
- 1.GD.19.5.** Sağlık tesisinde sağlık turizmine yönelik yabancı dilde web sitesi hazırlanmalıdır.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 19: Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapıyor mu? (Sağlık turizmi Yetki belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

- 1.GD. 19.6. Sağlık tesisi, Sağlık Turizmi Yetki Belgesi başvuru tarihinden / denetimden önce yapılan, son sağlıkta kalite standartları değerlendirmesinden, asgari 85 puan almış olmalıdır.
- 1.GD. 19.7. Uluslararası sağlık turistinin sağlık hizmet ödemelerini sağlık tesisine ulaşmadan önce (Yurt dışı dahil) depozito olarak hastanenin hesabına yatırabileceği uluslararası açık hesap oluşturulmalıdır.
- 1.GD. 19.8. Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, Bakanlıkça yayımlanan “Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi” /“Uluslararası Sağlık Turizmi Ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik” Kapsamındaki Kişilere Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırma Usul Ve Esaslarına (Ek-2A) uygun fiyatlandırılmalıdır.



Genel Değerlendirme Hastaneler

**SORU 19: Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?
(Sağlık turizmi Yetki belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)**

KAYNAK:

[Uluslararası Sağlık Turizmi Ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik](#)



Genel Değerlendirme Hastaneler

**SORU 19: Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?
(Sağlık turizmi Yetki belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)**

Sağlık turizmi Yetki belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.

SORU 20: Dijital hastane geçiş süreci ile ilgili asgari düzenlemeler yapıyor mu?

- 1.GD.20.1 Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere SBYS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.
- 1.GD.20.2 e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.
- 1.GD.20.3 Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

SORU 20: Dijital hastane geçiş sureci ile ilgili asgari duzenlemeler yapılıyor mu?

- Hekimlerin muayene ekranından e-Nabız sistemine giriş yapabilmeleri için e-Nabıza ait güncel logonun yer aldığı buton olmalıdır.
- Hekim bu butona tıklayarak sisteme giriş yapmalı ve poliklinikte muayene esnasında hastaların tüm sağlık geçmişine erişim sağlayabilmelidir.

e-Nabız butonu, SBSGM tarafından Sağlık Bilgi Yönetim Sistemlerine (SBYS) 06.02.2018 tarihli ve E.613 sayılı yazı ile gönderilen aşağıdaki talimatlara uygun şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

SORU 20: Dijital hastane geçiş sureci ile ilgili asgari duzenlemeler yapılıyor mu?

- e-Nabız butonu e-Nabız sistemine ait güncel logo olmalıdır.
- Buton hekimlerin ilk anda görebileceği alanda bulunmalıdır.
- Butonun zerine gelindiğinde “Hastanın sağlık geçmişini görüntülemek için tıklayınız.” ibaresi yer almalıdır.
- Hekimler polikliniklerde ve servislerde hastalarına ait tüm görüntüleme verilerine kullandıkları SBYS üzerinden erişim sağlayabilmelidirler.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 21: Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı takip ediliyor mu?

1.GD.21.1. Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

“Tıbbi İşlemler Yönergesi Ek-3 Özellikli Tıbbi İşlemler Listesi”nde bulunan işlemlerin ve sağlık tesisinde yapılanların sayısının aylık olarak takip edilip edilmediği gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.



SORU 21: Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı takip ediliyor mu?

Bu kriter Şehir hastaneleri A ve B rolü hastanelerde değerlendirilecektir.

SORU 22: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

- 1.GD.22.1. Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak ‘‘Yönetici Takip Ekranı’’ ile takip edilmelidir.
- 1.GD.22.2. Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleŐtirilmelidir.
- 1.GD.22.3. *Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler Acil servis sorumlu başhekim yardımcısının bilgisi dahilinde yapılmalıdır.*

SORU 22: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

- 1.GD.22.4.** Mesai saatleri dışında gerçekleştirilen sevklerde nöbetçi idari hekim sevk sürecine dahil olmalıdır.
- 1.GD.22.5.** Yoğun Bakım boş dolu yatak sayıları acil servis sorumlu hekimi ve ilgili Başhekim yardımcısı tarafından takip edilmelidir.

SORU 22: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler takip edilmelidir.

Sevk edilen her hasta için SBYS'de;

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 kayıt altına alınmalıdır.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 22: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

..... AYISağlık Tesisinden Yapılan Sevk Yönetici Takip Ekranı

Takip Edilecek Sevk Kriterleri	Acil Servis	Yoğun Bakımlar	Poliklinikler		Yataklı Servisler	TOPLAM
			112 ile sevk	112 dışı sevk		
Sevk Sayısı*						
İl İçi Sevk Sayısı						
İl Dışı Sevk Sayısı						
Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı						
Muayene Başına İl Dışı Sevk Sayısı						
Muayene Başına İl İçi Sevk Sayısı						
Toplam Sevk İçindeki İl Dışı Sevk Oranı (%)						

SORU 22: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

Gözlemciler tarafından ;

- Acil servise başvurarak gerekli takip ve tedavisi yapıldıktan sonra sevkine karar verilen hastanın sevk kararını veren hekim tarafından , sevkinin yapılıp yapılmadığı, (Sevk edilen hasta kayıtlarında ilgili branş hekimine ait kayıtlar kontrol edilmelidir.)
- Sağlık tesisinden gerçekleştirilen sevklerde acil servisten sorumlu başhekimin yardımcısının onay imzasının (e-imza vb.) olup olmadığı ,
- Nöbetçi idari hekimin sevk sürecine dahil olup olmadığı, (sevk kayıtları ve 112 Acil Çağrı merkezi aranarak kontrol edilmelidir)
- Boş/ Dolu yatak sayıları acil servis sorumlu hekimi ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından SBYS üzerinde sağlık tesisi tarafından belirlenmiş periyotlarla takip edilip edilmediği kontrol edilmelidir

SORU 22: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

KAYNAK:

Hasta Hakları Yönetmeliği *Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420*

SORU 23: Sağlık tesisinde yapılan ek 6demeye esas girişimsel işlemlerin takibi yapılıyor mu?

1.GD.23.1. Sağlık tesisinde yapılan ek 6demeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı (YTE)" ile takip edilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 23:Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi yapılıyor mu?

Girişimsel İşlem Puanı Yönetici Takip Ekranı						
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Soyadı	Adı	OCAK			
			Toplam Girişimsel İşlem Puanı	*Ayaktan Hasta puan oranı	**Yatan Hasta puan Oranı	Poliklinik Hasta Sayısı(Acilde muayene edilen hasta Dahil)
A Kliniği	X Hekim					
A Kliniği	Y Hekim					
A Kliniği Ortalama						
B Kliniği	T Hekim					
B Kliniği	Z Hekim					
B Kliniği Ortalama						
GENEL KLİNİK ORTALAMA (A+B+.. Klinik Ortalaması)						



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 23: Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi yapılıyor mu?

- KAYNAK:
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik
4 Mart 2020 ÇARŞAMBA Resmî Gazete Sayı : 31058

SORU 24: Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.

- 1.GD.24.1. Sağlık kurulu birimine erişim kolay olmalıdır.
- 1.GD.24.2. Sağlık kurulu biriminde hasta kayıt kabul alanı oluşturulmalıdır.
- 1.GD.24.3. Hasta kayıt alanında hasta WEBCAM görüntüleme işlemi (fotoğraf çekme) kimlik eşleştirmesi yapılmalıdır. Fotoğrafı çekilmiş hastanın Odyoloji, SFT, görüntüleme, kan alma gibi hizmetlerde görüntülü kimlik eşleştirmesi sisteme entegre edilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

SORU 24: Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.

1.GD.24.4. Sağlık kurulu biriminin bulunduğu alanda ilgili sağlık personelinin (hekim, fizyoterapist, ergoterapist, odyolog, psikolog, sosyal çalışmacı ve ilgili meslek personeli) değerlendirme ve görüşmelerini yapabileceği bir oda düzenlenmelidir (Çocuk özel gereksinim raporu düzenlenen hastaneler için değerlendirme yapılmalıdır) .

1.GD.24.5. Sağlık kurulu biriminin konumlandırıldığı alanda bekleme alanı düzenlenmelidir.

SORU 24: Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.

1.GD 24.6. Sağlık tesisi yönetimi Ulusal Engelliler Veri Bankası kullanıcıları tanımlanmalıdır.

Islak imzalı düzenlenmiş ve hastanenin arşivinde yer alan tüm engelli sağlık kurulu raporlarının Ulusal Engelliler Veri Bankasına kayıtları yapılmalıdır. Raporlar taranarak kayıt altına alınmalıdır.

SORU 24: Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.

- Erişilebilirlik kapsamında engellilerin kolay ulaşabileceği alanlarda sağlık kurulları teşkil edilmelidir.
- Kayıtlama, bilgilendirme, yönlendirme gibi işlemlerin yapılabilceği fiziki ve personel düzenlemeleri olmalıdır.
- Engelli sağlık kurulu raporu sürecinde yapılacak sahtecilik ve usulsüz işlemlerin önüne geçmek amacıyla önlemler alınmalıdır.
- Hasta kayıt alanında hasta WEBCAM görüntüleme işlemi (fotoğraf çekme)kimlik eşleştirmesi yapılmalıdır.

SORU 24: Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.

- Fotoğrafı çekilmiş hastanın Odyoloji, SFT, görüntüleme, kan alma gibi hizmetlerde görüntülü kimlik eşleştirmesi sisteme entegre edilmelidir.
- Engelli sağlık kurulu raporu düzenlemeye yetkili hastaneler için değerlendirilme yapılmalıdır.
- <https://khgmcalisanhaklaridb.saglik.gov.tr/TR-75288/engelli-ve-tsk-saglik-kurulu-raporu-duzenlemeye-yetkili-saglik-tesisleri.html> adresinden yetkili hastaneler takip edilebilir.

SORU 24: Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.

- KAYNAK:

Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

- 20 şubat 2019 ARşAMBA Resmî Gazete Sayı : 30692

SORU 25: İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlık tesislerinin periyodik aralıklarla Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirilmesi yapılıyor mu?

- **1.GD.25.1.** İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlık tesislerinin periyodik Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirmesi yapılmalıdır.
- **1.GD.25.2.** Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirme raporundan en az 85 puan almış olmalıdır.

SORU 25: İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ tarafından sağlık tesislerinin periyodik aralıklarla Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirilmesi yapılıyor mu?

İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ Kamu Hastane Başkanlarının koordinasyonunda otelcilik hizmetleri sorumlusunun/uzmanının arasında bulunacağı ve **en az 3 kişiden** oluşacak yerinde değerlendirme Ekip/Ekipleri tarafından **sağlık tesisleri 3 aylık zaman periyotlarında temizlik yerinde değerlendirme** soruları kapsamında denetlenmelidir.

Denetleme sonuç raporu Dinamik Veri Giriş Platformuna girilmelidir.



Genel Değerlendirme Hastaneler

	TEMİZLİK HİZMETLERİNE İLİŞKİN SORU LİSTESİ	EVET (5 PUAN)	HAYIR (0 PUAN)
1	Temizlik hizmetleri alanlara özgü şekilde planlanıp talimatlar oluşturulmuş mu?		
2	Hastanenin acil servis ve poliklinik gibi umumi kullanılan tuvaletleri temiz mi? Tuvaletler en az saat başı temizlenmiş mi?		
3	Hastanenin hasta odalarından bulunan tuvaletleri temiz mi? Tuvaletler günde en az 2 kez temizlenmiş mi?		
4	Tuvaletlerde peçete, sıvı sabun var mı?		
5	Yapılan temizlik kayıt altına alınıp kontrol edilmiş mi?		
6	Hasta odalarının/ alanlarının, koridorların hergün temizliği yapılıyor mu?		
7	Çöpler günde en az 2 kez toplanıyor mu?		
8	Hastanın kullandığı nevresim takımları ve sedye örtüleri kirlendikçe ve her hastadan sonra değişiyor mu? (gözlem sırasında değerlendirilebilir)		
9	İhtiyaç halinde kullanılmak üzere değerlendirilen servis yatağının üçte biri kadar yedek nevresim takımı var mı? Deforme olmuş nevresim takımları kullanım dışı bırakılıyor mu?		
10	Hasta odasında bulunan şilte, pencere perdesi ve yatak arası perdeler (Mahremiyet Perdesi) temiz mi?		
11	Hasta odasında bulunan tv, etejer, dolap, buzdolabı, telefon, kapı ve kapı kolu hergün ve her hasta değişiminde temizliği yapılıyor mu?		
12	TV, buzdolabı, yatak, refakatçi koltuğu çalışır durumda mı?		
13	Temizlik alanında çalışan personele temizlik kuralları, yüzey temizliği ve atık yönetimi konularında eğitim verilmiş mi?		
14	Temizlik personeli ayırt edici kıyafetle çalışıyor mu, kıyafetleri temiz mi?		
15	Temizlik personelinin dinlenmeleri ve kişisel eşyaları için ayrılmış bir alan var mı?		
16	Hastaların taşınması için kullanılan sedye ve tekerlekli sandalyeler temiz ve kullanılabilir durumda mı?		
17	Sağlık personelinin kullandığı (Doktor odası, hemşire odası gibi) odaların temizliği yapıp kayıt altına alınmış mı?		
18	Temizlik için kullanılan malzemeler kullanım sonrası temiz olarak bırakılıyor mu?		
19	Temizlik personeli acil durumda (iğne batması gibi) ne yapması gerektiğini biliyor mu? (En az 3 temizlik personeline bilgi sorulmalıdır. Özellikle atık toplayan personelin değerlendirilmesi gerekmektedir).		
20	Temizlik malzemelerinin miad kontrolü ve stok kontrolü yapılıyor mu? Kayıt altına alınmış mı? (Değerlendirilen alanda kullanılan son 3 aylık sıvı sabun ve çamaşır suyu miktarı kontrol edilecektir).		

SORU 25: İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ tarafından sağlık tesislerinin periyodik aralıklarla Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirilmesi yapılıyor mu?

KAYNAK

Kamu Hastaneleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Sağlık Bakım, Hasta Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı

24.06.2020 tarih ve 86642992- 806.99-E.930 sayılı resmi yazı



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TEŞEKKÜRLER