



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları

Hastane

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
2025



SAĞLIK TESİSİ DEĞERLENDİRME STANDARTLARI HASTANE

2025

Teşekkür

Bu çalışmanın her aşamasında desteklerini esirgemeyen Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğümüz 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.

Hazırlayanlar

Uzm. Dr. Emrah CEVİZ	Genel Müdür
Dr. Hasan GÜLER	Sağlık Bakanı Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Asibe ÖZKAN	Genel Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Erman EKER	Daire Başkanı
Nilay AKKOÇ ÇAKIR	Hemşire
Hurişah AKSAKAL	Hemşire
Müslime AY KURNAZ	Hemşire
Erman AYDIN	Sağlık Uzmanı
Yasin BİLİÇ	İstatistikçi
Berivan DEMİRHAN	Hemşire
Derya DOĞAN	Hemşire
Meliha Elif ERDOĞAN	Diş Hekimi
Emine KARAPINAR	Şube Müdürü
Meriç KORKUT ÖZDİYAR	Biyolog
Hacer KUNAT ŞAHİN	Hemşire
Özgün MISIRLIOĞLU	Eczacı
Müberra YEŞİLYURT	Hemşire

* Soy isim sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

Önsöz

Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek, mevcut kaynakları etkin ve verimli biçimde kullanmak ve sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmek; günümüz sağlık sistemlerinin temel önceliklerindendir.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü **Sağlık Tesisleri Değerlendirme ve Geliştirme Daire Başkanlığı** temel öncelikleri realize etmek, Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerini değerlendiren ve denetleyen tüm birimler arasında koordinasyonu sağlamak, etkili bir iletişim ağı kurmak ve sahada sürekli izleme, değerlendirme ve gelişim odaklı bir sistemi inşa etmek üzere bir dizi çalışma yürütmektedir.

Bu kapsamda; öncelikli alanlara yönelik makul sayıda standart ve gösterge belirleyerek, sağlık tesislerinin kendi kendini değerlendirebileceği, il sağlık müdürlükleri ve hastane hizmetleri başkanlıklarının ise bu değerlendirme süreçlerine aktif katılım sağlayabileceği yeni bir model planlamıştır. Sahadan gelen verilere dayalı merkezi değerlendirmeler hem yerinde hem de çevrim içi olarak gerçekleştirilecektir. Sistemin yapısı, teknolojik gelişmelerle entegre bir biçimde dinamik kurgulanmış; ihtiyaç halinde standartlarımız ve göstergelerimiz hızla güncellenebilir hale getirilmiştir.

Bu yeni dönem, sağlık sistemimizi daha güçlü, daha etkili ve sürdürülebilir kılma hedefimizin önemli bir adımıdır. Her bir katkınız, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini yükseltme yolculuğumuzda bizler için kıymetlidir.

Uzm. Dr. Emrah Ceviz
Genel Müdür

Standartların Kategorizasyonu

Standartlar Bakanlığın politika ve önceliklerine göre Çekirdek, Normal, Opsiyonel ve Puansız olmak üzere 4 kategoriye ayrılır. Standartların kategorileri dönemsel olarak değişebilir. Çekirdek standartlar “Ç”, Opsiyonel standartlar “O” ve Puansız standartlar ise “P” harfi ile ifade edilir.

Standartların Puanlandırılması

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

Standart Karşılama Düzeyi Kararı

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

- Tüm Değerlendirme Ölçütleri “Karşılıyor” ise: **Standart Karşılıyor (K)**
- Standartın en az bir Değerlendirme Ölçütü “Karşılanmıyor” ise: **Standart Karşılanmıyor (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)**

Karşılama Düzeyine Göre Standartlardan Alınan Puan

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

Değerlendirme Dışı

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

Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanını Etkileyen Unsurlar

Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı toplam puan üzerinden 5 puan düşürülür. Maksimum düşüş 20 puandan fazla olamaz. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile; karşılanan her bir opsiyonel standart için 3 puan verilir. Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puan 6'yı geçemez. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100'ü geçiyorsa Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100 kabul edilir.

Sağlık Tesisi Değerlendirme 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)

$$\left[\frac{\text{Değerlendirilen standartlardan elde edilen puan toplamı}}{\text{Değerlendirilen standartların puan toplamı} - \text{Standartlardan değerlendirme dışı bırakılanların puan toplamı}} \right] \times 100 \pm \text{SDP'yi Etkileyen Unsurlar}$$

Dikkat Edilecek Hususlar

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

01
Standart

Poliklinik hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir (Ç).

AMAÇ

Poliklinik hizmetlerinin etkinliğini, erişilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini artırmak; ayaktan hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak, kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamak ve randevu süreçlerinde yaşanabilecek olası aksaklıkların önüne geçerek sağlık hizmet sunumunda kaliteyi sürekli iyileştirmektir.

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 hedeflenmeli ancak çalışma cetvelleri 16 günün altına inmemelidir.
- 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.

REHBERLİK

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

Örneğin, MHRS çalışma cetveline ameliyat aksiyonu giren bir hekimin ameliyat vaka sayısı ve süresi kontrol edilmelidir. Ayrıca, MHRS istisna nedenleri sorgulanmalı ve analiz edilerek hasta mağduriyetin en aza indirgeyecek iyileştirme süreçleri başlatılmalıdır. Polikliniklerde yoğunluk yaşanan ve randevu alınamayan branşlar için günlük düzenleyici faaliyetler belirlenerek, sağlık personeli, poliklinik odası ve tıbbi cihaz verimliliği sürekli olarak izlenmelidir. Yoğun polikliniklerde yardımcı sağlık personeli desteği sağlanmalı, yeterli hekim mevcut olmasına rağmen poliklinik oda sayısı yetersizse, mesai kaydırma ile hizmet verilmelidir. Poliklinik odası mevcut fakat hekim sayısı eksikse, gönüllülük esasına dayalı olarak mesai dışı poliklinik hizmetleri sunulmalıdır.

02
Standart

Görüntüleme hizmetleri etkinliği analiz edilmelidir.

 AMAÇ

Kaynak kullanımını optimize etmek, hekim ve birim bazlı performansı izlemek, hizmet sunumunda gecikmeleri azaltmak, hasta memnuniyetini artırmak ve kalite odaklı, veriye dayalı yönetim anlayışı ile sürekli iyileştirmeyi sağlamaktır.

 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.

 REHBERLİK

Görüntüleme hizmetlerinin randevu ve sonuç verme süreleri, başhekim yardımcısı ve ilgili sorumlular tarafından günlük olarak izlenmelidir. Uzayan sürelerin önlenmesi amacıyla tıbbi cihaz verimliliği sürekli olarak takip edilmeli; cihaz başına düşen iş yükü, çekim sayısı, çekim süreleri ve var olan görüntüleme tetkikinin tekrar istenmesi durumu yakından izlenmeli, detaylı analizler yapılmalı ve gerekli aksiyonlar ivedilikle alınmalıdır. Hastanın çekilen görüntü tetkiki (MR, BT, USG) var ise tekrar görüntüleme tetkiki istenmemesi için hekimler E-Nabız sistemini etkin bir şekilde kullanmalı ve HBYS sistemlerinde geliştirilen karar destek sistemleriyle süreç desteklemelidir. Hizmet alımları, cihaz kullanımı ve cihaz arızaları dikkatle izlenmeli, arızaların ve eksikliklerin giderilmesi için gerekli adımlar hızla atılmalıdır. Bu süreçlerin etkin takibi, görüntüleme hizmetlerinin kesintisiz ve verimli sunulmasını sağlamak için kritik önem taşır. Ayrıca Radyolojik Tetkik İstem Periyodu Listesine yönelik eğitimler ve bilgilendirmeler düzenlenmelidir.

03
 Standart

Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Laboratuvar tetkik istem süreçlerinin düzenli izlenmesi ve sonuçların zamanında iletilmesi teşhis süreçlerinin hızlanması ve kaynakların etkin kullanımı için öncelikli hedeflerdendir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 3.1.** Polikliniklerden istenen laboratuvar tetkik sayıları her bir tetkik için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 3.2.** Acil servisten istenen laboratuvar tetkik sayıları her bir tetkik için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 3.3.** Kliniklerden istenen laboratuvar tetkik sayıları her bir tetkik için branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.
- 3.4.** Branş ve hekim bazlı değerlendirme sonuçları karşılaştırmalı bir şekilde hekimlerle paylaşılmalıdır.
- 3.5.** Laboratuvar sonuç verme süreleri test bazlı analiz edilmelidir.
- 3.6.** Dış laboratuvara gönderilen numunelerin belirlenen zamanda laboratuvara teslimi ve belirlenen zamanda sonuçlarının bildirimine dair gerekli takip yapılmalıdır.
- 3.7.** Başhekim başkanlığında ilgili yönetici ve sorumluların katılımı ile laboratuvar hizmetleri tetkik istem sayıları 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.

REHBERLİK

Poliklinik, acil servis ve kliniklerden gelen tetkik istemleri düzenli olarak analiz edilmeli, hekim ve branş bazında karşılaştırmalı raporlarla sunularak gereksiz tetkik taleplerinin engellenmesi için farkındalık oluşturulmalıdır. Bu değerlendirmeler, her hekimin tetkik istem alışkanlıklarını gözden geçirmesine ve diğer hekimlerle karşılaştırmasına olanak tanırken, klinik karar destek süreçlerinin iyileştirilmesine de katkı sağlar. Ayrıca akılcı laboratuvar test rehberlerine yönelik eğitimler ve bilgilendirmeler düzenlenmelidir.

Laboratuvar testlerinin sonuç verme süreleri sürekli izlenmeli ve test bazında analiz edilerek, olası gecikmelerin hastaların tedavi süreçlerini olumsuz etkilememesi için gereken önlemler alınmalıdır. Başhekim başkanlığında düzenli toplantılarla, sonuç verme sürelerindeki uzamalar ve gecikmelerin nedenleri incelenmeli, iyileştirme çalışmalarına yönelik hızlı aksiyonlar belirlenmelidir. Cihaz başına düşen iş yükü, çalışma süresi ve verimlilik düzenli olarak izlenmeli, cihaz eksiklikleri belirlenerek alım süreçleri hızlandırılmalıdır. Hekimler E-Nabız sistemini etkin bir şekilde kullanmalı ve HBYS sistemlerinde geliştirilen karar destek sistemleriyle süreç desteklemelidir. Hizmet alımları, cihaz kullanımı ve cihaz arızaları dikkatle izlenmeli, arızaların ve eksikliklerin giderilmesi için gerekli adımlar hızla atılmalıdır. Bu süreçlerin etkin takibi, laboratuvar hizmetlerinin kesintisiz ve verimli sunulmasını sağlamak için kritik önem taşır.

04

Standart

Acil servis hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Acil serviste hasta yoğunluğu, bekleme süreleri, konsültasyon ve tetkik süreçlerini bütüncül bir yaklaşımla analiz ederek hizmetin etkinliğini ve hasta memnuniyetini artırmaktır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 4.1. Acil serviste hekim ve sağlık personeli görevlendirmesi gün içerisinde hasta yoğunluğu dikkate alınarak yapılmalıdır.
- 4.2. Acil serviste hastaların müşahade 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. 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.

REHBERLİK

Acil servise yeşil, sarı ve kırmızı alanlara günlük başvuru sayıları, 08-16, 16-24, 24-08 saat dilimlerine göz önüne alınarak HBYS üzerinden takip edilmelidir. Başhekim başkanlığında ilgili sorumlu hekim tarafından acil servis yeşil, sarı, kırmızı alan başvuru sayılarının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak, acil servis başvuru yoğunluğunun fazla olduğu zaman dilimi belirlenmeli, bu yoğunluğu azaltacak düzenlemeler yapılmalıdır. Acil servis çalışma sisteminde en yoğun zaman dilimindeki hizmeti güçlendirebilmek için yoğun olan saatlerde görevli personel (hekim, hemşire, laborant, röntgen teknisyeni, temizlik personeli, güvenlik personeli vb.) sayısının artırıldığı bir çalışma sistemi oluşturularak personel desteği sağlanmalıdır. Ayrıca uzun süreli resmî tatillerde yoğunluğu azaltmak amacı ile acil servise personel desteği planlaması yapılmalıdır.

Acil servise başvuran hastaların acil servise başvuru zamanı (ilk kayıt), muayene zamanı, müşahedeye giriş zamanı ve müşahedededen çıkış zamanı ayrı ayrı HBYS' de kayıt altına alınmalıdır.

Acil servislerde yaşanan yoğunluğun en önemli sebeplerinden biri; hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastaların ilgili klinik/branşlara uygun ve hızlı bir şekilde dağıtılamaması ve bu hastaların acil servislerde mevzuatta belirtilen süreden daha uzun süre beklemeledir. Acil serviste muayenesi tamamlanarak servise veya yoğun bakıma yatışı planlanan hastaların işlemleri ve yatış sürecini kolaylaştırmak amacıyla öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir. Bu kapsamda, HBYS üzerinde gerekli düzenlemeler yapılarak ilgili servislere veya yoğun bakımlara acil serviste bekleyen hastalarının yatışına öncelik verilmelidir. Yoğun bakım ve acil yatış nedeniyle doluluğu yüksek olan ve elektif hasta yatışlarında sıkıntı yaşayan branşlar için “yakın” ve “diğer branş” listeleri başhekimliklerce oluşturularak HBYS'ye yüklenmeli ve yatışlar, en uzun süredir boş olan yakın branş yatağından başlamak üzere sistem tarafından otomatik yapılmalıdır.

Acil serviste 8 saati aşan süreyle bekleyen hastaların bekleme süreleri analiz edilerek; süreci uzatan laboratuvar tetkikleri (numune alma ve sonuç verme süreleri), görüntüleme işlemleri (çekim ve raporlama süreleri) ve konsültasyon süreleri izlenmeli, hasta bekleme süresini artıran unsurlar belirlenerek gerekli iyileştirici önlemler ivedilikle hayata geçirilmelidir.

05
 Standart

Ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Ameliyathane süreçlerinin etkinliğini artırmak, kaynak kullanımını optimize etmek, ameliyat masası kullanım sürelerini ve hasta güvenliğini iyileştirmek amacıyla, randevu yönetimi, işlem süreleri, iptal ve erteleme oranları branş ve hekim bazında analiz edilerek sürekli iyileştirme sağlanmalıdır.

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.

REHBERLİK

Sağlık tesisinde ameliyat randevularına ilişkin manuel kayıtlar kaldırılarak, ameliyat listeleri MHRS üzerinden yapılmalıdır. Ameliyat randevularının geç verilme sebeplerinin (hastane yoğunluğu ve bekleme listesi, hekim ve ameliyathane kapasitesi, malzeme eksikliği, hastanın talebi vb.) analizi yapılmalıdır. Ameliyathanelerin ilk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ve iki vaka arasındaki süre HBYS üzerinden izlenebilmeli, mesai saatleri içerisinde ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Düşük verimlilikte çalışan kliniklere ait ameliyat masaları yoğun şekilde çalışan kliniklerin kullanımına açılması, sürekli geç başlayan ve/veya geç biten ameliyat salonlarına yönelik iyileştirme çalışmasının yapılması vb.). Ayrıca lokal ameliyat dahil iptal edilen ve ertelenen ameliyat sayıları branş ve hekim bazında analiz edilerek (hasta kaynaklı; preop hazırlığının tamamlanamaması, hastanın ameliyata gelmemesi vb., ameliyathane işleyişinden kaynaklı; listede bulunan ameliyathanelerin süresinin uzaması, steril malzeme uygunsuzluğu vb.) ameliyathane odalarının etkin kullanımı sağlanmalı; vaka günlerinde odaları verimsiz kullanan birimlerin günleri, randevu süreleri uzun olan ve kaynakları verimli kullanan birimlere devredilmelidir. Başhekim başkanlığında, ilgili yönetici ve sorumluların katılımıyla ameliyathane hizmetlerinin etkinliği analiz edilerek, gerekli düzenlemeler yapılmalı ve sürekli iyileştirme sağlanmalıdır.

Ameliyathane masalarının etkin kullanılması için ameliyathanelerde anestezi başlangıç ve bitiş saatleri ile vakalar arası bekleme sürelerinin (temizlik vb.) tespiti yapılmalıdır. Hastanın ameliyathaneye alınma saati, ameliyat bitiş saati, uyandırılma odasına alınma saati ve ameliyathaneden çıkış saati gibi sürelerin kaydı HBYS üzerinden mümkünse hasta bilekliğinden barkod okuma şeklinde yapılmalıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, hasta güvenliğini artırmak, iletişim hatalarını önlemek ve sağlık hizmeti kalitesini yükseltmek amacıyla kullanılan etkili bir yöntem olup; bu listenin tüm cerrahi süreçlerde sürekli, doğru ve zamanında uygulanabilmesi için ekip üyelerine yönelik düzenli eğitimlerin verilmesi, uygulamaların başhekim yardımcısı koordinasyonunda haberli ve habersiz izlemelerle denetlenmesi, sonuçların şeffaf biçimde paylaşılması ve cerrahi ekibin “Anestezi Verilmeden Önce”, “Ameliyat Kesisinden Önce”, “Ameliyattan Çıkmadan Önce” ve “Klinikten Ayrılmadan Önce” olmak üzere tüm aşamalarda listeyi uyum içinde uygulayarak kayıt altına alması gerekmektedir.

06 Standart

Koroner anjiyografi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.

AMAÇ

Koroner anjiyografi hizmetlerinin etkinliğini artırmak, işlem sürelerini takibi, randevu yönetiminin optimizasyonu, cihaz bazında performans değerlendirmelerini yapmak amacıyla, yapılan işlemler, iptal ve erteleme oranları düzenli aylık olarak analiz edilerek süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

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.** Akut koroner sendromu tanısı ile acil anjiyoya alınması gereken 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.

REHBERLİK

Koroner anjiyografi randevuları takip edilerek, gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen koroner anjiyografi sayıları hekim bazında analiz edilmelidir. Anjiyo odalarının etkin kullanılması için anjiyo başlangıç ve bitiş saatleri ile vakalar arası bekleme sürelerinin (temizlik vb.) tespiti yapılmalıdır. Bu sürelerin kaydı HBYS üzerinden mümkünse hasta bilekliğinden barkod okuma şeklinde yapılmalıdır. Hastanın anjiyo odasına alınma saati ve ameliyathaneden çıkış saati gibi sürelerin kaydı HBYS üzerinden mümkünse hasta bilekliğinden barkod okuma şeklinde yapılmalıdır.

İptal edilen vakalar, nedenleriyle birlikte klinik ve hekim düzeyinde değerlendirilmelidir. Klinikler veya aynı klinik içerisindeki hekimler bazında yapılan analizlerle; vaka günlerinde odaları verimsiz kullanan birimlerin günleri, randevu süreleri uzun olan ve kaynakları verimli kullanan birimlere devredilmelidir. Cihaz arızaları yakından takip edilmeli, onarımlar ivedilikle tamamlanmalı ve cihaz eksikliği durumunda temin süreçleri başlatılmalıdır.

Tüm bu veriler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumluların katılımıyla değerlendirilmeli, hekimlerle karşılaştırmalı olarak paylaşılmalı ve ihtiyaç duyulan alanlarda sürekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

07
Standart

Endoskopi ve kolonoskopi odalarının etkin kullanımı analiz edilmelidir.

 AMAÇ

Endoskopi ve kolonoskopi hizmetlerinin etkinliğini artırmak, kaynak kullanımını optimize etmek, işlem sürelerini takip etmek ve bekleme sürelerini minimize etmek amacıyla, randevu ve işlem süreleri, cihaz ve odaların kullanım etkinliği aylık olarak analiz edilerek sürekli iyileştirilme sağlanmalıdır.

 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.

 REHBERLİK

Endoskopi ve kolonoskopi randevuları düzenli olarak analiz edilmeli, gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi ve kolonoskopi sayıları hekim bazlı olarak takip edilmelidir. Ayrıca, her bir işlemin ilk vaka başlama saati ve son vaka bitiş saati HBYS üzerinden izlenmeli; iki vaka arasındaki süre de HBYS üzerinden takip edilmelidir.

Endoskopi ve kolonoskopi odalarının kullanım etkinliği de analiz edilerek, odaların verimli kullanımı konusunda değerlendirmeler yapılmalıdır. Klinikler veya aynı klinik içerisindeki hekimler bazında yapılan analizlerle; vaka günlerinde endoskopi ve kolonoskopi odalarını etkin kullanamayan birimlerin günleri, randevu süreleri uzun olan ve kaynakları verimli kullanan birimlere devredilmelidir. Cihaz arızaları yakından takip edilmeli, onarımlar ivedilikle tamamlanmalı ve cihaz eksikliği durumunda temin süreçleri başlatılmalıdır.

08
 Standart

Doğumhane hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Anne ve bebek sağlığını korumak, gebeleri normal doğuma teşvik etmek, gereksiz sezaryenleri önlemek ve doğum hizmetlerinin kalitesini artırmaktır.

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.

REHBERLİK

Sağlık tesislerinde izleme ve takibi yapılan gebelerin, bilimsel kanıtlar doğrultusunda ve tıbbi endikasyonlar gözetilerek, normal doğuma yönlendirilmesi esas alınmalıdır. Anne ve yenidoğan sağlığını korumak, sezaryen oranlarını ulusal ve uluslararası sağlık politikalarıyla uyumlu düzeyde tutmak, normal doğum hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artırmak amacıyla, gebelere doğum yöntemleri hakkında doğru ve anlaşılır bilgilendirme yapılmalı, doğuma hazırlık programları yürütülmeli ve normal doğum tercihleri destekleyici bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Sağlık personeli, gebe bilgilendirme süreçlerini standartlara uygun şekilde uygulayarak normal doğumun güvenli bir seçenek olduğunu vurgulamalıdır. Tıbben gerekli olan sezaryen doğumların Robson sınıflamasına göre sapmaları (özellikle Robson 1 ve 2) takip edilmelidir.

Sağlık tesislerinde doğuma son üç ay kalan her gebe için ebe uygulaması başlatılmalıdır. Sürekli Ebelik bakımıyla gebelere normal doğuma danışmanlık ve ebelik bakımını yapabileceği, ebe odalarının/polikliniklerinin sağlık tesisine başvuran gebe sayısı göz önüne alınarak kadın hastalıkları ve doğum poliklinikleri/gebe izlem poliklinikleri/gebe okulu bünyesinde oluşturulması, bu bağlamda gebeye doğum yapacağı alanların gezdirilmesi, doğumhane ekibi ile tanıştırılması ve tanıştırıldığı ebe ekibinden birinin doğumuna eşlik etmesinin sağlanması çalışmalarına başlanması gerekmektedir.

09
Standart

Yoğun Bakım ünitesinde yatan hastaların yakınları zamanında bilgilendirilmelidir.

 AMAÇ

Yoğun bakımda yatan hastanın ailesinin bilgilendirilmesi süreçleri; şeffaf, düzenli ve etkili hale getirmek, hasta yakınlarının klinik durum hakkında doğru ve zamanında bilgi almasını sağlamak, ziyaret süreçlerini güvenli ve standartlara uygun biçimde düzenlemek ve sağlık iletişiminin kalitesini artırmak amacıyla, hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme ve ziyaret düzenlemeleri sürekli olarak iyileştirilecektir.

 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 kuralları 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.

REHBERLİK

Yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarının bilgilendirilme sürecinin düzenli ve şeffaf bir şekilde yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, hasta yakınlarına bilgilendirme yapan sağlık çalışanı kendini tanıtmalı ve yaka kartı gibi kimlik belirleyiciler kullanmalıdır. Hasta yakınlarına, hastanın ilk başvurusu sırasında yoğun bakım sürecine ilişkin kapsamlı bilgilendirme yapılmalı; bu bilgilendirme, hastanın klinik durumu, olası seyir, ziyaret prosedürleri, hasta sevk süreçleri gibi temel unsurları içermelidir. Ayrıca hasta yakınları, hafta sonu ve resmî tatil günleri dahil olmak üzere her gün düzenli olarak bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme sürecinde; hangi personelin, ne zaman, nerede, nasıl ve hangi hasta yakınına bilgilendirme yapacağı net şekilde belirlenmeli, süreçler yazılı olarak standartlaştırılmalıdır. Sevk gereken durumlarda, hasta yakınları zamanında ve doğru bir şekilde bilgilendirilerek sürece aktif olarak dâhil edilmelidir.

Hasta bilgilendirme ve ziyaret süreçlerine ilişkin istatistiki veriler düzenli olarak kayıt altına alınmalı ve analiz edilmelidir. Bu analizler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve birim sorumlularının katılımıyla değerlendirilerek, gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Elde edilen değerlendirme sonuçları ilgili sağlık personeli ile paylaşılmalı ve süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesi sağlanmalıdır.

10
 Standart

Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Yoğun bakım hizmetlerinin etkin yönetimi için kaynak kullanımı optimize edilerek kritik göstergeler düzenli olarak analiz edilmeli ve dijital veri entegrasyonu sağlanarak hasta güvenliği ile bakım kalitesinin artırılması hedeflenmelidir.

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

REHBERLİK

Yoğun bakım ünitelerimizin hasta bakım kalitesini sürekli artırmak, kaynaklarımızı en etkin şekilde kullanmak ve hasta güvenliğini en üst düzeyde sağlamak temel önceliğimizdir. Bu kapsamda, yatak doluluk oranları, uzun süreli yatışlar, hastane kaynaklı enfeksiyonlar ve basınç yaralanmaları gibi kritik performans göstergeleri düzenli ve sistematik olarak analiz edilmelidir.

Hasta değerlendirme süreçlerinin dijitalleşmesi doğrultusunda, tüm klinik ölçekler HBYS üzerinden takip edilmekte, yoğun bakımda kullanılan monitör, ventilatör ve kan gazı cihazlarının e-Nabıza veri gönderimi sağlanmalıdır.

Uzun süreli yatışların önlenmesi amacıyla haftalık olarak yerinde endikasyon değerlendirmeleri gerçekleştirilerek yatak kapasitesinin etkin kullanımı sağlanmalıdır. Ayrıca, yoğun bakımdan taburcu olan hastaların evde sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak için sosyal hizmet birimleri kapsamlı koordinasyon ve yönlendirme faaliyetlerini titizlikle yürütmelidir.

Başhekimlik koordinasyonunda, ilgili yönetici ve sağlık personelinin katılımıyla iki ayda bir gerçekleştirilen performans analizleri sonucunda elde edilen veriler ışığında aksiyon planları oluşturulmalı ve gerekli iyileştirme çalışmaları hızla başlatılmalıdır. Bu bütüncül yaklaşım yoğun bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve hizmet kalitesinde sürekliliği sağlayarak hastalarımıza en güvenli ve etkin bakımı sunmayı amaçlamaktadır.

11

Standart

Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliğini, bütüncüllüğünü ve sürdürülebilirliğini artırmak; sağlık çalışanlarının mesleki yetkinliğini güçlendirmek, hasta ve yakınlarına yönelik çok disiplinli değerlendirme süreçlerini yapılandırmak, klinik içi iletişimi sistematik hale getirmek, hizmet sunumunda sürekliliği sağlamak ve hasta bakım kalitesini artırmaya yönelik iyileştirme çalışmalarını desteklemek amaçlanmaktadır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

- 11.1.** Palyatif bakım kliniklerinde görev alan sağlık çalışanlarına alana özgü eğitimler verilmelidir.
- 11.2.** Palyatif bakım kliniklerinde; diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, psikolog ve manevi bakım uzmanı hasta ve ailesini en az 72 saatte bir 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. Gerekli hallerde iyileştirme çalışması başlatılmalıdır.

REHBERLİK

Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliğini artırmak amacıyla, bu alanda kısmi veya tam zamanlı görev yapan sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, manevi bakım uzmanı, sosyal çalışmacı vb.), palyatif bakım alanında yetkin akademisyenler ve/veya saha deneyimi olan uzmanlar tarafından temel palyatif bakım eğitimi verilmelidir. Bu eğitimler en az; palyatif bakımın felsefesi, amacı ve ilkeleri, etik ve yasal boyutu, ağrı yönetimi, dünya uygulama örnekleri, Türkiye'deki mevcut durum, multidisipliner ekip yaklaşımı ve hasta değerlendirme ölçeklerinin kullanımı gibi konuları içermelidir.

Palyatif bakım sürecinde, hasta ve ailesi multidisipliner ekip tarafından en az 72 saatte bir düzenli olarak değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sonuçları, HBYS üzerinden tüm ekip üyeleri tarafından izlenebilir olmalı; psikolog ve sosyal çalışmacıların paylaştığı bilgiler için ise gizlilik ilkelerine uygun erişim kısıtlamaları tanımlanmalıdır.

Ayrıca, multidisipliner ekip haftada en az bir kez bir araya gelerek hasta ve ailenin yaşam kalitesini artırmak üzere değerlendirme toplantısı yapmalı; uzun süreli yatışların analizini gerçekleştirerek hastaların evde sağlık hizmetlerine entegrasyonuna yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarını planlamalıdır.

12

Standart

Sağlık tesisinde sevklerin analizi yapılmalıdır.

AMAÇ

Sağlık tesislerindeki tüm sevklerin sayısı, gerekçeleri, sevk edilen/kabul edilen branşların ve sonuçlarının sistematik olarak analiz edilmesi; sağlık hizmet sunumunda etkinliğin artırılması, hasta güvenliğinin güçlendirilmesi ve kaynakların verimli kullanılmasına yönelik stratejik bir gerekliliktir.

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 il, 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 serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmelidir.

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

12.7. 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.

 REHBERLİK

Sağlık tesislerinden yapılan/kabul edilen sevklerin sayısı, gerekçeleri, acil serviste tedavi red sebepleri ve sayıları başhekim, başhekim yardımcısı ve acil sorumlu hekimi tarafından günlük olarak analiz edilmeli; sevk işlemleri yalnızca ilgili branş hekimleri tarafından gerçekleştirilmelidir. Sevk nedenleri ve tanıları, hem Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'ne (HBYS) hem de sevk formlarına eksiksiz ve doğru şekilde kaydedilmelidir. Bu verilerin düzenli olarak değerlendirilmesi; sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlamak açısından kritik öneme sahiptir.

13

Standart

Çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

AMAÇ

Sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırmak, kurumsal aidiyeti güçlendirmek ve etkili iletişim kanalları aracılığıyla çalışanların sürece aktif katılımını sağlayarak iş ortamını sürekli iyileştirmektir.

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.

 REHBERLİK

Sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırmak ve yönetime kolayca ulaşabilecekleri iletişim kanalları oluşturulmalıdır. Çalışanların görüş ve önerileri düzenli olarak alınmalı, iyileştirme paydaşı olarak etkin katılımları sağlanmalıdır. Örneğin; hastanenin büyüklüğü ve personel sayısına göre her ayın 3. çarşambası çalışan ve üst yönetimin bir araya geldiği iç iletişim toplantıları düzenlenebilir. Bu sayede açık iletişim ortamı sağlanarak hem hizmet kalitesini hem de çalışan bağlılığı güçlendirilmelidir.

14
Standart

Sağlık tesisinde bina turları yapılmalıdır.

**AMAÇ**

Bina turlarının düzenli ve sistemli bir şekilde gerçekleştirilmesi, hastanenin fiziki altyapısının, hizmet işleyişinin ve temizliğin sürekli olarak izlenmesini ve etkinliğini sağlar. Bu süreç, hasta ve çalışan güvenliğini artırmak, kaynakların etkin kullanımını sağlamak ve olası riskleri önceden tespit ederek hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla kritik öneme sahiptir.

**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 önleyici faaliyet başlatılmalıdır.

 REHBERLİK

Bina turları sağlık tesisinin fiziki alt yapısı ve işleyişi, hizmet işleyişi, personel ve hasta ziyaretleri, malzeme ve cihazların kullanım durumu, temizlik ve hijyen başta olmak üzere sağlık tesisinin tüm alanlarını kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Bina turlarını yöneticiler için sadece gözlem süreci değil, sağlık tesisinin genel durumu hakkında yerinde ve bütüncül bir değerlendirme aracı olarak görmeli; tespit edilen eksikliklerin hem yazılı hem görsel olarak kaydını titizlikle yapmalı ve bu bulgulara yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetleri zamanında başlatarak kalite yönetim döngüsünü etkin biçimde işletmelidir

15
Standart

Otelcilik hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

AMAÇ

Hastane ortamında sunulan otelcilik hizmetlerinin hasta, refakatçi ve çalışan memnuniyetini artıracak şekilde güvenli, hijyenik, konforlu ve insan odaklı yürütülmesi sağlanmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

15.1. Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmeli ve bu birimde görev alacak personel hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitim almalıdır.

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

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

15.4. Hastanede haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

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

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

15.7. Sağlık tesisinde mahremiyet her alanda sağlanmalıdır.

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

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

15.10. Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

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

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

15.13. Web sitesi güncel olmalıdır.

15.14. 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.

REHBERLİK

Hastanelerde sunulan hizmetlerin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini artıracak şekilde, güvenli, hijyenik ve konforlu bir ortamda sunulması esastır. Bu doğrultuda; karşılama, danışma ve kayıt süreçlerinden başlayarak temizlik, hijyen, enfeksiyon kontrolü, beslenme hizmetleri, hasta mahremiyeti, fiziksel konfor, yönlendirme sistemleri ve refakatçi ihtiyaçlarına kadar uzanan tüm alanlarda belirlenen kriterler doğrultusunda düzenli değerlendirmeler yapılmalıdır. Söz konusu değerlendirmeler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticiler ve sorumlu personelin katılımıyla gerçekleştirilmeli, elde edilen bulgular tüm çalışanlarla şeffaf bir şekilde paylaşılmalı ve gerekli görülen alanlarda sistematik iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Hasta sayısı ve hastanenin büyüklüğüne göre hasta ve hasta yakınlarının yaşanan aksaklıkları iletebilecekleri iletişim kanalları yaygınlaştırılmalıdır. Örneğin; Bize Ulaşabilirsiniz Whatsapp hatları ve/veya size nasıl yardımcı olabiliriz masaları gibi... Bu yaklaşım, hizmet kalitesinin sürdürülebilir şekilde yükseltilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve kurumsal memnuniyet düzeyinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir.

16

Standart

Tesis güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.

AMAÇ

Tesis güvenliği standartlarının düzenli ve sistematik biçimde değerlendirilmesi, sağlık tesislerinde fiziksel altyapının güvenliği, acil durumlara hazırlık ve hizmet sürekliliğinin sağlanması açısından hayati önem taşır. Bu değerlendirmeler sayesinde; yangın güvenliği, altyapı sistemlerinin kesintisiz çalışması, hasta ve çalışanların güvenliği ile tesise bağlı risklerin etkin biçimde kontrolü sağlanacaktır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

16.1. 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.

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

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

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

16.5. Hastanede su, elektrik ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.

16.6. Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

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

16.8. Hastanedeki tüm malzeme ve cihazların periyodik bakım ve kontrolleri düzenli ve planlı şekilde yürütülmelidir.

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

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

16.11. 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.

 REHBERLİK

Hastane yöneticileri, başhekim koordinasyonunda ilgili sorumlu birimlerle birlikte düzenli aralıklarla yerinde kontroller gerçekleştirmelidir. Bu kontrollerde acil çıkışların erişilebilirliği, yangın önlemleri, jeneratör ve güç sistemlerinin güvenliği, medikal gaz ve enerji sürekliliği, düşme risklerinin azaltılması, cihaz bakımları ve kamera izleme sistemleri gibi başlıklar bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca elde edilen bulgular analiz edilerek sonuçlar tüm ilgili personelle paylaşılmalı; gerekli durumlarda iyileştirme faaliyetleri gecikmeden başlatılmalıdır.

17

Standart

Sağlık tesisinde cihaz yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Hastanedeki biyomedikal dayanıklı taşınırların etkin, verimli ve güvenli bir şekilde yönetilmesini sağlamak; cihazların izlenebilirliğini artırmak, kullanım performanslarını takip etmek ve elde edilen veriler doğrultusunda hizmet kalitesini sürekli iyileştirmek hedeflenmektedir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

17.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların HBYS üzerinden izlenebilirliği sağlanmalıdır.

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

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

 REHBERLİK

Hastane yöneticileri, biyomedikal cihazların Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerindeki kayıt durumu ile fiili envanter durumunu düzenli aralıklarla karşılaştırmalı; cihazların konumu, kullanım durumu ve arıza kayıtlarını sürekli izleyerek sistem üzerinden tam izlenebilirlik sağlamalıdır. Cihazların etkin ve güvenli kullanımını temin etmek amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik kullanım ve bakım prosedürlerine ilişkin eğitimler düzenlenmeli; başhekim başkanlığında cihaz yönetim sisteminin etkinliği periyodik olarak denetlenmeli, ilgili birimlerle iş birliği içinde analizler gerçekleştirilerek hasta güvenliğini ve hizmet sürekliliğini teminat altına alacak iyileştirme süreçleri zamanında başlatılmalıdır. Hizmet alımı ve demirbaş cihaz kullanımları sürekli izlenmeli, cihaz arızaları yakın takip edilerek onarım süreçleri ivedilikle tamamlanmalıdır. Cihaz eksikliği durumunda ise, temine yönelik gerekli prosedürler hızla başlatılmalıdır.

18
 Standart

Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Sağlık tesislerinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin etkin izlenmesi, miad takibi ve etkin stok yönetimi ile kaynakların verimli kullanılması, israfın önlenmesi ve hasta ihtiyaçlarının zamanında karşılanmasını sağlamaktır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

18.2. Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili stok ve HBYS miktar ve miad uyumu kontrolü yapılmalıdır.

18.3. Özellikle birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.

18.4. Sağlık tesisinde miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemenin HBYS'de takibi yapılmalıdır.

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

18.6. Sağlık tesisinde belirlenen birim ve kliniklerde kısmi doz bildiriminin uygunluğu kontrol edilmelidir.

18.7. Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmelidir.

18.8. Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.

18.9. 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.

 REHBERLİK

Özellikli birimlerde (ameliyathane, acil servis, yoğun bakım, anjiyo üniteleri, palyatif bakım vb) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin yönetimi hususunda belirlenen prosedürleri eksiksiz bir şekilde uygulamalı, stok ve faturalandırma süreçlerini düzenli olarak denetlemeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmalarına başlanmalıdır. Bu süreçlerin sürekli olarak izlenmesi ve optimize edilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak ve hizmet kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır.

19
Standart

Sağlık tesisinde medikal depo yönetiminin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Medikal depolarda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin stok seviyeleri, miadları ve tüketim süreçlerinin etkin şekilde izlenerek yönetilmesi, böylece israfın önlenmesi, malzeme hareketlerinin düzenli takibi ile sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve sürdürülebilir biçimde sunulmasının sağlanmasıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

19.2. Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, HBYS’de uyarı vermelidir.

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

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

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

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

19.7. Medikal depoda bulunan tekil takibi yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin İTS/ÜTS verisi ile fiili miktar uyumu kontrol edilmelidir. İTS/MKYS alma/verme bildirimi kontrol edilmelidir.

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

 REHBERLİK

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

20
Standart**Hastane gelirlerinin analizi yapılmalıdır.** **AMAÇ**

Hastane gelir süreçlerinin doğru, eksiksiz ve zamanında yürütülmesini sağlamak, mali kayıpları önlemek, kaynakların etkin kullanımını desteklemek ve finansal sürdürülebilirliği temin etmektir.

 DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

20.2. Hastane hizmetlerinin eksiksiz ve zamanında girilmesi sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

20.3. Acil servis, poliklinik ve yatan hasta gelirleri analiz edilmelidir.

20.4. Hekim ve branş bazlı gelirler analiz edilmelidir.

20.5. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının takibi yapılmalıdır.

20.6. Alacak takipleri düzenli yapılmalıdır.

20.7. 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.

 REHBERLİK

Hastane yöneticileri; kayıt doğruluğu, hizmet girişleri, faturalandırma, tahsilat ve gelir analizi gibi mali süreçlere ilişkin değerlendirme ölçütlerini düzenli olarak izlemeli, başhekim başkanlığında yapılan analiz sonuçlarını çalışanlarla paylaşmalı ve tespit edilen eksiklikler doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmalarını başlatarak hastanenin finansal yönetim kalitesini artırmalıdır. Hasta kayıt personeline, provizyon alınamayan hastalara yaklaşım ve faturalandırma süreçlerine ilişkin eğitimler düzenli aralıklarla verilmelidir.

21

Standart

Hastane giderlerinin analizi yapılmalıdır.

AMAÇ

Hastane kaynaklarının etkin, verimli ve sürdürülebilir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla tüm gider kalemlerinin detaylı analizini yaparak maliyet kontrolü sağlamak, tasarruf alanlarını belirlemek ve gerekli iyileştirme çalışmalarını başlatarak mali yönetim sürecini güçlendirmektir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

21.1. Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tehlikeli ve tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderlerinin analizi yapılmalıdır.

21.2. Hasta başına düşen ilaç ve tıbbi sarf malzeme maliyetleri branş ve işlem bazlı analiz edilmelidir.

21.3. Personel nöbet, icap nöbeti ve fazla mesai ücretleri analiz edilmelidir.

21.4. Yatak, personel ve metrekare başına düşen giderler analiz edilmelidir.

21.5. Mal ve hizmet alım giderleri analiz edilmelidir.

21.6. Yatılan gün başına tıbbi atık miktarı ve gideri analiz edilmelidir.

21.7. Onarım giderleri analiz edilmelidir.

21.8. Borçlanma gün süresi analiz edilmelidir.

21.9. 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.

 REHBERLİK

Hastane yöneticileri; medikal gaz, enerji, personel ödemeleri, tıbbi atık, mal ve hizmet alımları gibi tüm gider unsurlarını hasta, branş ve işlem bazında analiz etmeli, başhekim başkanlığında yapılan değerlendirme sonuçlarını ilgili birimlerle paylaşmalı ve gerekli görülen durumlarda maliyetleri azaltmaya yönelik iyileştirme çalışmalarını başlatarak kaynakların verimli kullanımını sağlamalıdır.

22
 Standart

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

AMAÇ

Eğitim kliniği niteliğindeki birimlerde görev yapan akademik ünvanlı tabiplerin poliklinik hizmetlerinin etkin bir şekilde planlanması; eğitilmiş insan gücü kaynağının düzenli ve verimli kullanılmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin adil, eşit ve hakkaniyete uygun sunumunu temin etmek açısından gereklidir.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

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

22.4. 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.

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

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

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.

 REHBERLİK

Hastane yöneticileri, akademik kadrolu tabiplerin poliklinik hizmetlerine ilişkin planlamaların yapılmasını ve hizmet sözleşmelerinin düzenli takibini sağlayarak, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, hasta memnuniyetini ve kurumsal verimliliği artırmada kritik bir rol üstlenmelidir.

23
 Standart

Hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler yapılmalıdır.

AMAÇ

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

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

23.1. Poliklinik hastalarının hastane süreci tamamlandıktan ve servis hastaları taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta ve soru esas alınarak eğitilmiş personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

23.2. Yoğun bakım hastalarının taburcu olması veya sevk edilmesinden 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta yakınına ve eğitilmiş personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

23.3. Yoğun Bakım hastalarından 10 gün üzerinde yatışı olan hasta yakınlarına Başhekimlikçe belirlenen sayıda hasta yakınına ve eğitilmiş personel tarafından telefonla aranarak görüşmeler yapılmalıdır.

23.4. 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.

23.5. 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.

REHBERLİK

Görüşmeleri yapacak kişiler, iyi iletişim becerilerine sahip olan, tercihen halkla ilişkiler konusunda temel düzeyde hizmet içi veya örgün eğitim almış kişilerden seçilmelidir. Görüşmeler sonucunda elde edilen geri bildirimler dikkatle analiz edilmeli; uygulanabilir öneriler dikkate alınmalı ve bu önerilerin değerlendirildiğine dair kanıtlar oluşturulmalıdır. Bu kanıtlar, geri bildirimlerin yalnızca alındığını değil, aynı zamanda standardize edilerek iyileştirme süreçlerine entegre edildiğini göstermelidir. Tüm bu süreçler, başhekim başkanlığında ilgili yöneticilerle birlikte değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Görüşülen hasta veya yakınının yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu kayıt altına alınmalıdır.

Örnek sorular:

A- Hastanemizden hizmet alırken ne tür zorluklar yaşadınız?
En çok hangi bölüm veya aşamada zorluk yaşadınız?
Bu zorlukları aşmak için önerileriniz nelerdir?

B- Hastanemizde iyileştirilmesini istediğiniz hizmet var mı, bu konudaki önerilerinizi söyler misiniz?

C- Bize iletmek istediğiniz başka bir husus var mıdır?

24 Standart

Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği analiz edilmelidir.

AMAÇ

Evde sağlık hizmetleri, yalnızca mevzuata uygun yetkilendirilmiş kurum ve personel tarafından; hasta güvenliği, memnuniyeti ve bilimsel standartlar gözetilerek, etkin, zamanında ve izlenebilir şekilde sunulmalıdır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

24.1. Hasta taleplerinin hızlı ve doğru şekilde alınması için 7/24 hizmet veren çağrı merkezleri ve online başvuru sistemleri kurulmalıdır.

24.2. Talepler öncelik durumlarına göre sınıflandırılmalıdır.

24.3. Taleplerin karşılanma süreci izlenmeli, hastalardan alınan geri bildirimlerle süreçler geliştirilmelidir.

24.4. Hastaların tedavi planları takip edilmeli, düzenli kontrol ve değerlendirmeler yapılmalıdır.

24.5. Evde sağlık hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner ekipler arasında etkin iletişim ve iş birliği ihtiyaç halinde Uzaktan Hasta Değerlendirme Sistemi vasıtasıyla görüntülü görüşme ile sağlanmalıdır.

24.6. Palyatif bakım yataklı servisi bulunan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.

24.7. Kronik yara bakım hizmeti sunulan sağlık tesislerinde evde sağlık birimleri ile entegrasyon oluşturulmalıdır.

24.8. Hizmet süreci ve sonuçları HBYS üzerinden izlenebilmelidir.

24.9. 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.

 REHBERLİK

Evde sağlık hizmetlerinin etkin, güvenilir ve kesintisiz sunulabilmesi için hasta taleplerinin hızlı karşılanması, talebe göre önceliklendirilmesi, multidisipliner ekip koordinasyonu, teknoloji destekli izleme ve sürekli kalite iyileştirme süreçleri titizlikle yürütülmelidir. Mesai saatleri içerisinde randevu taleplerinin karşılanamaması durumunda mesai dışında ve hafta sonunda taleplerin karşılanmasına yönelik planlamalar yapılmalıdır.

25
Standart

Kurum Hedef Göstergeleri analiz edilmelidir.



AMAÇ

Tıbbi, finansal ve idari süreçler olmak üzere hizmet sunumuna yönelik karşılaşılabilecek sorunların zamanında tespit edilerek düzeltmek ve elde edilen sonuçların sistematik olarak sürekli iyileştirilmesini sağlamaktır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

25.1. Kurum hedef göstergeleri ayda bir, sonraki ayın ilk 7 günü içerisinde önceki aya ait veriler baz alınarak analiz edilmelidir.

25.2. Kurum hedef göstergelerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

25.3. Kurum hedef göstergelerine ilişkin analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

 REHBERLİK

Kurum hedef göstergeleri aylık olarak izlenmeli, analiz edilmeli ve sonuçlara göre gerekli iyileştirme çalışmalarını yönlendirecek düzenlemeler titizlikle uygulanmalıdır.

26
 Standart

Klinik rehber ve protokollere uyum düzeyi analiz edilmelidir (O)



AMAÇ

Klinik rehber ve protokollere uyumun sağlanması ile sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak ve sağlık profesyonellerinin bilimsel kanıta dayalı uygulamaları benimsemelerini teşvik etmek hedeflenmektedir.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

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

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

26.3. 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.

 REHBERLİK

Klinik rehber ve protokollere uyumun artırılması amacıyla; sağlık çalışanlarının rehberlere erişimi ve eğitimi sağlanmalı, uyum düzeyi düzenli olarak analiz edilip izlenmeli, elde edilen veriler doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

27
 Standart

Uzaktan sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkin sunumu sağlanmalıdır (O)



AMAÇ

Uzaktan sağlık hizmetlerinin amacı, coğrafi engelleri ortadan kaldırarak bireylerin sağlık hizmetlerine zamanında, güvenli ve etkin şekilde erişimini sağlamaktır.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

27.1. 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.

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

27.3. 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.

 REHBERLİK

Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı mevzuatına uygun olarak yetkilendirilmiş sağlık personeli tarafından, hasta mahremiyetine ve veri güvenliğine dikkat edilerek, uygun teknolojik altyapı ile kesintisiz ve izlenebilir şekilde sunulmalıdır.

28
Standart

Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinde yerinde gözlem yapılır. (P)



AMAÇ

Bakanlık merkezi değerlendirme kapsamında randomize belirlenen hastanelerde belirli alanlarda ve belirli zamanlarda gözlemsel bir değerlendirme yaparak hastanenin gerçek zamanlı bir fotoğrafını ortaya koymak suretiyle hastanelere rehberlik yapar.



DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

28.1. Bakanlık merkez ekibi tarafından sağlık tesisinin acil servis, poliklinik ve ortak alanlarında gözlem yapılır.

28.2. Belirlenen alanlarda temizlik, hijyen, havalandırma, fiziki mekanların düzeni ve yeterliliği, çalışanların hasta ve hasta yakınları ile iletişimi konularında gözlem yapılır.

28.3. Belirlenen alanlardaki gözlem raporu Sağlık Tesisleri Değerlendirme Sistemi (SDS) üzerinden Başhekimliğe iletilir.

 REHBERLİK

Bakanlık merkez ekibi, sağlık tesislerinin acil servis, poliklinik ve ortak alanlarında gözlem yaparak temizlik, hijyen, havalandırma, fiziki mekân düzeni ve yeterliliği ile çalışanların hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimini değerlendirmelidir çünkü bu unsurlar, hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen önemli faktörlerdir. Etkili bir gözlem, bu alanlardaki iyileştirmeleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin standarda uygunluğunu sağlar ve potansiyel sorunları tespit eder. Ayrıca, bu değerlendirme süreci, hastanelerin sürekli iyileştirilmesine yönelik stratejiler geliştirilmesine olanak tanıyacak, sağlık sistemine dair şeffaflığı artırarak, kamuoyu güvenini pekiştirecektir.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

2025