



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu
Hastaneleri Kurumu

SAĞLIK TESİSLERİ DENETİM REHBERİ

HASTANE

2016

Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu
Hastaneleri Kurumu

SAĞLIK TESİSLERİ DENETİM REHBERİ (HASTANE)

2016

Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı

Hazırlayanlar

D. Başkan Yardımcısı Dr. Güngör AYAN

D. Başkan Yardımcısı Ali KESK N

Sağlık Denetçisi Muhammed K   KTA  I

Sağlık Denetçisi M. Koray KAYAOĞLU

Sağlık Denetçisi Ahmet Sinan AKIN

Sağlık Denetçisi Alper MAKAR

NOT: Sağlık Tesisi Denetim Rehberi 01/06/2016 tarihi itibariyle günceldir. Gelişmeler ışığında gözden geçirilecektir.

**Rehberin kitap formatına d n        mesinde emei geçen Uėur TEKKANAT'a te ekk  r ederiz.*

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	2
KISALTMALAR	3
DAİRE BAŞKANININ MESAJI	5
1. ACİL HİZMETLER.....	6
2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	14
3. POLİKLİNİK HİZMETLERİ VE HEKİM SEÇME	18
4. HASTA HAKLARI.....	22
5. HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ.....	25
6. AMELİYATHANE VE MERKEZİ STERİLİZASYON HİZMETLERİ.....	35
7. YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	39
8. ENFEKSİYON KONTROLÜ HİZMETLERİ.....	45
9. SERVİS HİZMETLERİ	49
10. LABORATUVAR HİZMETLERİ.....	55
11. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ VE DİĞER TETKİKLER	59
12. ECZANE HİZMETLERİ	64
13. MUTFAK - TEMİZLİK HİZMETLERİ.....	69
14. MORG	72
15. TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ	74
16. MESAİ VE NÖBET HİZMETLERİ.....	76
17. SAĞLIK KURULU HİZMETLERİ.....	81
18. ARŞİV HİZMETLERİ.....	85
19. GENEL İDARİ İŞLEMLER	88
20. DİSİPLİN İŞLEMLERİ	91
21. SİVİL SAVUNMA HİZMETLERİ, TESİS VE ÇEVRE GÜVENLİĞİ İLE YÖNETİMİ	94
22. TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ	97
23. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEMELER	103
24. SATIN ALMA İŞLEMLERİ	106
25. MUHASEBE YETKİLİSİ MUTEMETLİK İŞLEMLERİ	115
26. MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ.....	118
27. GELİR TAHAKKUK/KAYNAK GELİŞTİRME İŞLEMLERİ	124
28. EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ.....	130

KISALTMALAR

Acil Tebliğ: Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ

ASHY: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği

DMK: Devlet Memurları Kanunu

İEGM: İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

KAHY: Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik

KBY: Kurum Başkan Yardımcılığı

KHB: Kamu Hastaneleri Birliği

RGY: Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği

SEGM: Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

SHKGDDY: Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

SPKY/ HKS: Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (ekinde) Hastane Hizmet Kalite Standartları

SHGM: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TDHUEY: Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği

THGM: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Tıb. Atık Kont. Yönet. : Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

TSHGM : Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yat. Ted. Kur. Tıbbi Arşiv Hiz. Yöner. : Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği

Yoğun Bakım Tebliği: Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ

YTKEY: Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği

YTKİY: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

DAİRE BAŞKANININ MESAJI



Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı, Kurumun görev alanına giren konularda, denetim ve rehberliğe ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, denetim alanındaki standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkinliğini ve verimliliğini artırıcı tedbirler almak, Kurumun merkez ve taşra teşkilatının, denetime tabi sağlık kurum ve kuruluşlar ile personelinin her türlü faaliyet ve işlemleri ile ilgili olarak araştırma, denetim, inceleme, ön inceleme ve soruşturma işlerini yürütmek ile görevlidir.

Kurumumuzun görevlerinden biri olan insan sağlığı konusunda önemli bir yeri olan Hastaneler; yapmakla yükümlü bulundukları hizmet veya görevleri, Kurum Başkanlığının emir ve direktifleri yönünde, mevzuata, plan ve programlara uygun olarak düzenlemek ve yürütmekle sorumludur.

Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı olarak; denetimde, etkinliği ve verimliliği artıracak, idareye katkı sağlama hedefini ön plana çıkaracak yeni bir yaklaşım getirmek düşüncesiyle geçilen yeni denetim modeli çerçevesinde Hastane Denetim Rehberi hazırlanmıştır.

Başkanlığımızca oluşturulan komisyonlar marifetiyle yürütülen çalışmalar sonucunda ortaya çıkan bu rehberde; hastaneler açısından önemli görülen ve hizmet sunumunda aksaklıklara neden olabilecek risk alanlarının denetimine ağırlık verilmiştir. Böylelikle; hastane denetimlerinde etkinlik sağlanıp sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmeler sağlanan hastanelerimizde daha kaliteli, etkin ve hakkaniyete uygun hizmet sunumuna katkı sağlanması amaçlanmıştır. Denetim görevlilerine ve uygulayıcılara yol göstereceğine inandığım bu rehberin hazırlanmasında emeği geçen tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

1. ACİL HİZMETLER

1. Acil gelen hastalar için renk kodlaması ve triaj uygulaması yapılıyor mu?
2. Acil servislere başvuran tüm hastaların ilk müracaatta yapılan muayene sonucunda hekim değerlendirmesine göre “Yeşil Alan Muayenesi” kodlama işlemi hastanın acil servisteki tüm işlemleri bittikten sonra yapılıyor mu?
3. Hastaya gereken acil tıbbi müdahale ön şartsız ve gecikmeksizin yapılıyor mu?
4. Acil Serviste seviyesine göre bulunması gereken birimler mevcut mu?
5. Acil serviste seviyesine göre bulundurulması gereken tıbbi cihaz ve donanım mevcut mu?
6. Acil serviste tıbbi sarf ve ilaç malzeme listeleri ile bunların kritik stok seviyeleri belirlenip, miat takibi yapılıyor mu?
7. Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınıyor mu?
8. Hastanede mevcut olan yatak, boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlara ait bilgiler, güncellenerek düzenli ve sürekli olarak 112 Acil Komuta Merkezine -öncelikle bilgisayar ortamında- aktarılmakta mıdır?
9. Hasta sevk ve nakil işlemlerinde Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılıyor mu?
10. Adli vakalara ilişkin işlem ve bildirimler mevzuata uygun olarak yapılıyor mu?
11. Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılmış mı?
12. Acilden yapılacak sevklerle ilgili olarak, bilgilendirici afiş ve duyurular mevcut mudur?
13. Acil serviste gerekli güvenlik önlemleri alınmış mıdır?
14. Endikasyon harici gereksiz sevklerin önüne geçmek için Başhekimlik/Hastane Yöneticiliği bünyesinde “sevk denetleme ve kontrol birimi” kurulmuş mu?
15. Araçlar için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı bulunuyor mu?



ACİL HİZMETLER

SORU 1

Acil gelen hastalar için renk kodlaması ve triaj uygulaması yapılıyor mu?

DAYANAK

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Md. 15/d;
Acil Tebliğ Md. 8

AÇIKLAMA

Triaj, çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemini ifade etmektedir.

Acil servislere etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Tebliğ Ek-7’de gösterilmiştir.

Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır.

Acil serviste ilk kayıt, güvenlik ve triaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Triaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Acil bakım ve triaj uygulamasına ilişkin verilmesi gereken eğitimler, eğitimlerin müfredatı ve süresi ile eğitim verilecek merkezler Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının ve ilgili diğer kurumların da görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil gelen hastalar için renk kodlaması ve triaj uygulaması yapılıp yapılmadığı acil serviste görülerek kontrol edilmelidir.

SORU 2

Acil servislere başvuran tüm hastaların ilk müracaatta yapılan muayene sonucunda hekim değerlendirmesine göre “Yeşil Alan Muayenesi” kodlama işlemi hastanın acil servisteki tüm işlemleri bittikten sonra yapılıyor mu?

DAYANAK

SHGM’nin 2014/13 sayılı Genelgesi,
Finansal Analiz Daire Başkanlığının 7/4/2014 tarihli ve 55 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği eki Ek-7’de sarı ve kırmızı renk kodlaması altında yer alan tıbbi durumların dışında kalan işlemlerin tümü yeşil renk kodu kapsamında değerlendirilecek olup, bu işlemler için SUT da yer alan 520.021 Kodu ile tanımlanan; Yeşil alan muayenesi girilecektir.

Acil servislere başvuran tüm hastaların ilk müracaatta acil hasta olarak değerlendirilerek acil servislere kabul edilmesi ve buna göre işlem yapılması esastır. Ancak yapılan muayenesi sonucunda hekim değerlendirmesine göre yeşil alan muayenesi kapsamına girdiği belirlenen hastalar için 520.021 Kodu ile tanımlanan "Yeşil Alan Muayenesi" kodlama işleminin yapılması gerekmektedir. Bu kodlama işlemi, hastanın acil servisteki işlemleri tamamlandıktan sonra yapılmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil servislere başvuran tüm hastaların hastanın acil servisteki işlemleri bittikten sonra ilk müracaatta yapılan muayene sonucunda hekim değerlendirmesine göre “Yeşil Alan Muayenesi” kodlama işlemi yapılıp yapılmadığı örneklem yoluyla seçilecek hastaların acile girişinden çıkışına kadar olan süreç ilgili belgeler görülerek kontrol edilmelidir.

SORU 3

Hastaya gereken acil tıbbi müdahale ön şartsız ve gecikmeksizin yapılıyor mu?

DAYANAK

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Md. 15, 24;
YTKİY Md. 57;
Acil Tebliğ Md. 9/1, 14/1;
Başbakanlığın 2008/13; 2010/16 sayılı Genelgeleri;
Sağlık Uygulama Tebliği 2.3/1

AÇIKLAMA

Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için KKM talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) belirtildiği şekliyle acil hal; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren haller ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığında veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilmektedir. Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü kamu ve özel tüm sağlık kuruluşları, durumu bu tanıma uyan hastaların sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına veya tedavi masraflarının nasıl karşılanacağına bakmaksızın acil hastaları kabul edecek ve gerekli tıbbi tedaviyi yapacaktır.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sağlık hizmeti sağlanan genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerden; SGK ile sözleşmesi bulunan kamu veya özel sağlık kuruluşlarına başvuran acil hastalara verilen sağlık hizmetinin bedeli, prim borcu veya yeterli prim ödeme gün sayısı olup olmadığına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verildiği tarihte yürürlükte olan SUT hükümleri çerçevesinde SGK'dan tahsil edilecek ve hastadan veya SGK'dan ayrıca ilave ücret talep edilmeyecektir. SGK ile sözleşmesi bulunmayan sağlık hizmeti sunucusuna başvuran acil hastalara verilen sağlık hizmetinin bedeli, sağlık hizmetinin verildiği tarihte yürürlükte olan SUT hükümleri çerçevesinde genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi adına manuel olarak faturalandırılarak SGK'ya gönderilecektir. SGK tarafından yapılacak fatura incelemesi sonrasında belirlenen tutarlar genel sağlık sigortalısına veya bakmakla yükümlü olduğu kişiye ödenecektir. Ancak, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi tarafından, sağlık hizmeti bedelinin SGK tarafından ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmesi halinde, kişinin yazılı muvafakati alınarak, kendisinden herhangi bir ödeme talebinde bulunulmaksızın muvafakatte birlikte ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenecektir. Bu durumlarda hastadan veya SGK'dan ayrıca ilave ücret istenmeyecektir.

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan sağlık hizmeti bedelini ödeme gücü bulunmadığını belirtenlerden bu konuda yazılı beyan alınacak, yazılı beyan verenlerden acil sağlık hizmeti bedeli talep edilmeyecektir. Bunlardan; kamuya ait sağlık kuruluşlarından veya ayakta teşhis ve tedavi yapan özel sağlık kuruluşlarından acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri, bu hizmet sunucuları tarafından 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde sağlık kuruluşunun bulunduğu yerdeki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından talep edilecektir. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca ödeme gücü bulunduğu tespit edilenler için ise durum ilgili sağlık kuruluşuna bildirilecek ve hizmeti alan tarafından ödemenin yapılması sağlanacaktır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Sağlık tesisine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakalara sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakılmaksızın acil tıbbi müdahale yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 4

Acil Serviste seviyesine göre bulunması gereken birimler mevcut mu?

DAYANAK

Acil Tebliğ Ek: 1

AÇIKLAMA

Acil Serviste seviyesine göre bulunması gereken birimler şunlardır:

I. Seviye:

- a) Muayene alanları: Ayaktan gelen hastaların muayene, teşhis ve tedavisinin yapıldığı müstakil oda ya da paravanla bölünmüş alan.
- b) Resüsitasyon odası: Herhangi bir nedenle solunum ve kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alan.
- c) Müşahede odası: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alan.
- d) Müdahale odası: Her türlü sütür atma ve alma, alçı ve benzeri küçük cerrahi işlemlerinin yapılabildiği oda.
- e) 112 istasyon birimi (Bakanlık hastaneleri için zorunludur) : Hastane acil servisleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olarak 24 saat kesintisiz ambulans ve acil sağlık hizmeti veren B tipi istasyon ve ekibi için ayrılan, acil servis bünyesindeki en az bir odalı alandır.

II. Seviye: I. Seviyeye ek olarak:

- a) Triaaj alanı (Hemşire/ATT/sağlık memuru düzeyinde): Tabip, acil tıp teknisyeni, hemşire ya da sağlık memurunun (toplum sağlığı) acil serviste görevli tabip ile koordineli olarak çalıştığı, acile başvuran hastaların karşılandığı, tedavi önceliğinin belirlendiği ve hangi bölümde, kim tarafından tedavi edileceğine karar verildiği birimdir.
- b) Primer tedavi birimi: Acil servise ayaktan başvuran, tetkik ihtiyacı olmayan, anamnez ve muayene ile tedavisi planlanabilen hastaların bakıldığı alandır.
- c) Görüntüleme Ünitesi: Mobil ve sabit röntgen, BT, USG gibi tıbbi donanımlı, acil servis hastalarına 24 saat hizmet verebilen, acil servise yakın ya da içinde konuşlandırılmış birim.
- d) İzolasyon/ Dekontaminasyon Odası: Nükleer, kimyasal ve biyolojik ajanlara maruz kalanların dekontaminasyonlarının sağlandığı, uygun miktarda duş bulunan alanlardır.

III. Seviye: I. Ve II. Seviyelere ek olarak:

- a) Triaaj (tabip düzeyinde) .
- b) Travma odası: Herhangi bir nedenle travma geçirmiş hastaların ilk muayene, tedavi ve bakımlarının yapıldığı, ileri travma yaşam desteği kapsamında girişimsel işlemlerin yapıldığı yerlerdir.
- c) Kritik-Yoğun Bakım Birimi (tercihli) :İlk resusitasyon ve tedavisi yapılan ve halen stabil olamayan hastaların 24 saati geçmemek şartı ile takip ve tedavilerinin yapıldığı alan.
- d) Muayene Odası(her bir branş için)

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil Servisin seviyesi belirlenerek; seviyesine göre bulunması gereken Tebliğde belirtilmiş birimler yerinde görülerek kontrol edilmelidir.

ACİL HİZMETLER

SORU 5

Acil serviste seviyesine göre bulundurulması gereken tıbbi cihaz ve donanım mevcut mu?

DAYANAK

Acil Tebliğ Ek: 2

AÇIKLAMA

Acil servislerde seviyesine göre bulundurulması gereken tıbbi cihaz ve donanım asgari standardı, Tebliğ Ek-2’de gösterilmiştir. Örnekleme yöntemiyle bazı cihaz ve donanım mevcut olup olmadığı kontrol edilebilir(Örnek olarak EKG cihazı, defibrilatör, monitör, aspirasyon sistemi, glukometre (portatif şeker ölçüm cihazı) , nebulizatör (buharla tedavi cihazı) , alçı ve atel malzemeleri, infüzyon pompaları veya ayarlı ilaç infüzyon setleri, Vaskülerdoppler (Damar içi kan akımı izleme cihazı -Hastane içerisinde ve ulaşılabilir olması yeterlidir) , Acil servis içerisinde seyyar Röntgen cihazı vb.)

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil Servisin seviyesi belirlenerek; tebliğde seviyeye göre bulunması gerektiği belirtilen tıbbi cihaz ve donanım yerinde görülerek kontrol edilmelidir.

SORU 6

Acil serviste tıbbi sarf ve ilaç malzeme listeleri ile bunların kritik stok seviyeleri belirlenip, miat takibi yapılıyor mu?

DAYANAK

ASHY Md. 15/a

AÇIKLAMA

Acil sağlık hizmetinin 24 saat kesintisiz sunulma zorunluluğu nedeniyle, acil servisteki ilaç ve malzeme listeleri ile bunların kritik stok seviyelerinin belirlenmesi ve kontrol edilmesi, ayrıca acil servislerde bulunan bütün araç-gereç ve tıbbi donanımın, daima kullanıma hazır halde bulundurulması önem arz etmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil Serviste bulunan tıbbi sarf ve ilaç malzeme listeleri görülerek bunların kritik stok seviyelerinin belirlenmesi ve bu malzemelere ilişkin miat takibinin yapıldığını gösteren kayıtlar kontrol edilmelidir.

SORU 7

Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınıyor mu?

DAYANAK

SHKGDDY;
SPKY/HKS;
TKHK BSTKKBİY

AÇIKLAMA

Acil servise çağırılan konsültan hekimin acil servise çağırma ve ulaşma süresi izlenmelidir. Aynı şekilde, konsültasyona çağırılmaları durumunda, icap nöbeti tutan hekimlerin de acil servise ulaşma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleriyle ilgili kayıtlar görülmelidir.

ACİL HİZMETLER

SORU 8

Hastanede mevcut olan yatak, boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlara ait bilgiler, güncellenerek düzenli ve sürekli olarak 112 Acil Komuta Merkezine - öncelikle bilgisayar ortamında- aktarılmakta mıdır?

DAYANAK

THGM'nin 2006/110 no'lu Genelgesi

AÇIKLAMA

Acil sağlık çağrılarının karşılanması ve ambulansların sevk ve idare edilmesi komuta kontrol merkezince yerine getirilmektedir. Acil durumlarda zaman kaybının önlenmesi ve sevk işlemlerinde koordinasyonunun aksatılmadan yürütülmesi amacıyla her ilde bulunan bütün hastane baştabiplikleri tarafından hastanede mevcut olan yatak, boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlara (Ventilatör, Magnetik Rezonans, Tomografi, Ultrasonografi vb.) ait bilgilerin (2006/110 no.lu genelge ekinde yer alan forma göre) güncellenerek düzenli ve sürekli olarak 112 Acil Komuta Merkezi Hastane Entegrasyon Bölümüne öncelikle bilgisayar ortamında aktarılması gerekmektedir. Form, elektronik ortamda her gün akşam 16:00 ve sabah 08:00 saatlerinde sorumlusu tarafından acil komuta merkezine bildirilmeli, gün içerisinde hasta yatış ve çıkışlarında da bilgi aktarımı yapılmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hastanede mevcut olan yatak, boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlara ait bilgilerin 112 Acil Komuta Merkezine gönderilip gönderilmediği sistemden kontrol edilmelidir.

SORU 9

Hasta sevk ve nakil işlemlerinde Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılıyor mu?

DAYANAK

Acil Tebliğ Md. 15/3-4

AÇIKLAMA

Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hâllerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM yetkili ve sorumludur. Sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinde Ek-9'daki Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılır. Bu formun 3 nüshası ekibe verilmeli ve 1. Nüshası ise sevk eden birimde kalmalıdır. Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formları görülmelidir.

ACİL HİZMETLER

SORU 10

Adli vakalara ilişkin işlem ve bildirimler mevzuata uygun olarak yapılıyor mu?

DAYANAK

ASHY Md. 15/f;
2005/143 sayılı TSHGM Genelgesi

AÇIKLAMA

Bu konu ile ilgili düzenlemeler; Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Adli Tıp Kurumu Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Ceza Muhakemesi Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik, Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği ile 2005/143 sayılı TSHGM Genelgesinde yer almaktadır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Adli vakalara ilişkin işlem ve bildirimlere ilişkin belgeler kontrol edilmelidir.

SORU 11

Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılmış mı?

DAYANAK

Acil Tebliğ Md. 5/j

AÇIKLAMA

Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu levha yerinde kontrol edilmelidir.

SORU 12

Acilden yapılacak sevklerle ilgili olarak, bilgilendirici afiş ve duyurular mevcut mudur?

DAYANAK

THGM'nin 2010/46 nolu Genelgesi

AÇIKLAMA

Hastaların acil servisten diğer sağlık tesislerine sevk ve nakil işlemlerinde uygulamada karşılaşılan bazı sorun ve aksaklıkların giderilmesi, hasta ve hasta yakınlarının bu konuda bilgilendirilerek uygulamada birliğin sağlanabilmesi için;

“SAYIN HASTALARIMIZ VE HASTA YAKINLARIMIZ:

TEDAVİNİZİN DEVAMI İÇİN BAŞKA BİR HASTANEYE SEVKİNİZ GEREKTİĞİNDE; NAKLİNİZ, HASTANEMİZİN ORGANİZASYONU VE 112 AMBULANSLARIMIZLA GERÇEKLEŞTİRİLECEKTİR.

SAĞLIK GÜVENLİĞİNİZ İÇİN LÜTFEN HASTANEMİZDEN KENDİ İMKÂNLARINIZLA AYRILMAYINIZ.”

İbaresinin, hastane yönetimi tarafından, en az 5 (beş) metreden kolayca okunabilecek şekilde standart afiş veya duyurular haline getirilerek, acil servislerin görülebilir uygun yerlerine asılması gereklidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu bilgilendirici afiş ve duyurular yerinde görülmelidir.

ACİL HİZMETLER

SORU 13

Acil serviste gerekli güvenlik önlemleri alınmış mıdır?

DAYANAK

Acil Tebliğ Md. 10

AÇIKLAMA

Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil serviste gerekli güvenlik önlemlerinin alınıp alınmadığı ve bu önlemlerin Acil Tebliği Md. 10'da belirtilen kriterlere uygun olup olmadığı yerinde kontrol edilmelidir.

SORU 14

Endikasyon harici gereksiz sevklerin önüne geçmek için Başhekimlik/Hastane Yöneticiliği bünyesinde "sevk denetleme ve kontrol birimi" kurulmuş mu?

DAYANAK

THGM 2005/180 sayılı Genelge Md. 10

AÇIKLAMA

İlgili genelge maddesinde; gereksiz sevklerin önüne geçmek için her hastane başhekimliğinin/yöneticiliğinin kendi bünyesinde "sevk denetleme ve kontrol" birimi kuracağı ve belli aralıklarla (ihtiyaca göre haftada – 15 günde veya ayda bir) toplanarak sevkleri değerlendireceği, endikasyon harici gereksiz sevk yapan hekimlerin uyarılacağı, gereksiz sevklerle müsamaha gösteren hastane başhekimlerinin/yöneticilerinin sorumlu olacağı belirtilmiştir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Sevk denetleme ve kontrol biriminin kuruluşuna ilişkin belgeler görülmelidir.

SORU 15

Araçlar için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı bulunuyor mu?

DAYANAK

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Md. 15/d;

Acil Tebliğ Md. 5/g

AÇIKLAMA

Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Otoparkın uygun olup olmadığı yerinde kontrol edilmelidir.

2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Hastane bünyesinde evde sağlık hizmet birimi kurulmuş mudur?
2. Hastane bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimi, evde sağlık hizmetleri iletişim ve koordinasyon merkezi ile irtibatlandırılmış mıdır?
3. Hastane bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet biriminde sorumlu tabip görevlendirilmiş midir?
4. Hastane bünyesinde evde sağlık hizmetleri kapsamında verilebilecek hizmetler uygun şekilde sunulmakta mıdır?
5. Hastane evde sağlık biriminde hizmet verilen hastalara yönelik hasta dosyası oluşturulmuş mudur?
6. Hastane evde sağlık biriminde hizmet verilen hastalara yönelik veri girişleri düzenli olarak Bakanlığımıza bildirilmekte midir?



EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

SORU 1

Hastane bünyesinde evde sağlık hizmet birimi kurulmuş mudur?

DAYANAK

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Md.5/1

AÇIKLAMA

Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM'ler ve TSM'ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB'ler vasıtası ile sunulur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Evde sağlık hizmet birimi kuruluşuna dair belgeler görülmelidir.

SORU 2

Hastane bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimi, evde sağlık hizmetleri iletişim ve koordinasyon merkezi ile irtibatlandırılmış mıdır?

DAYANAK

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Md.5/2,4, SBSESHY Md.5/2

AÇIKLAMA

Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan Halk Sağlığı Müdürlüğü; ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak etkin bir şekilde yürütülmesinden, birimlerin bağlı olduğu kurumların il teşkilatları müştereken sorumludur.

Koordinasyon merkezi için müdürlükçe uygun bir mekân ayrılır. Evde sağlık hizmeti sunan tüm birimler ile irtibatı sağlayacak; yeterli sayıda; şehir içi, şehirlerarası ve GSM görüşmelere açık; kayıt ve yönlendirme yapılabilen ve mesaj bırakılabilen sabit ve mobil telefon ve hattının bulunduğu santral donanımı tahsis edilir. Evde sağlık hizmetlerine başvuruların alındığı **444 3 833** numaralı telefon hattı da müdürlüğe bağlı koordinasyon merkezi bünyesinde hizmet verir. İletişim, haberleşme, kayıt, arşiv ve sekreteryaya işlemlerinin yürütülebilmesi için müdürlükçe, yeterli sayı ve nitelikte personel görevlendirilir. Müdürlük tarafından bir hekim "koordinasyon merkezi sorumlu hekimi" olarak görevlendirilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Evde Sağlık hizmet biriminin, evde sağlık hizmetleri iletişim ve koordinasyon merkezi ile irtibatlı olup olmadığı sistem üzerinde görülerek kontrol edilmelidir.

SORU 3

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Hastane bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet biriminde sorumlu tabip görevlendirilmiş midir?
DAYANAK
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Md. 13/1, Md.14, SBSESHY Md.10/1
AÇIKLAMA
Evde sağlık hizmetleri biriminde görevlendirilecek sorumlu tabip veya sorumlu dış tabibi ve diğer personel ilgili kurum amirince (müdür/genel sekreter) tarafından görevlendirilir.
İNCELEME YÖNTEMİ
Görevlendirme yazısı görülmelidir.

SORU 4
Hastane bünyesinde evde sağlık hizmetleri kapsamında verilebilecek hizmetler uygun şekilde sunulmakta mıdır?
DAYANAK
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Md.19, SBSESHY Md.14/2, THGM'nin 2012/17 sayılı Genelgesi, THGM'nin; 20/1/2011 ve 5/12/2011 tarihli Yazıları
AÇIKLAMA
Evde sağlık hizmetleri; Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini, İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini, Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını, Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini, Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini, Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini kapsar.
İNCELEME YÖNTEMİ
Hastane bünyesinde evde sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler araştırılarak; uygun olup olmadığı irdelenmelidir.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

SORU 5

Hastane evde sağlık biriminde hizmet verilen hastalara yönelik hasta dosyası oluşturulmuş mudur?

DAYANAK

SBSESHY Md.20,
THGM'nin 2011/8 sayılı Genelgesi,
THGM'nin 04/04/2011 tarihli yazısı

AÇIKLAMA

Evde sağlık hizmetleri kapsamında hizmet verilen hastalara “Evde Sağlık Hizmeti Standart Dosya Formları” konulu 2011/8 sayılı Genelge ekinde uygulamaya giren Standart Hasta Dosyası Formları kullanılmak suretiyle hasta dosyası oluşturulur ve SBSESHY'nin 20 nci maddesi gereği işlem yapılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilen hasta dosyaları incelenmelidir.



SORU 6

Hastane evde sağlık biriminde hizmet verilen hastalara yönelik veri girişleri düzenli olarak Bakanlığımıza bildirilmekte midir?

DAYANAK

SBSESHY Md.20,
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Md. 22

AÇIKLAMA

Evde sağlık hizmetleri kapsamında hizmet verilen hastalara ait bilgiler 17.05.2011 tarih ve 21990 sayılı dağıtımli yazı ile veri girişlerine açılan “Hastane Evde Sağlık Hizmetleri Bilgi Formu”na kayıt edilerek her ay düzenli olarak TSİM üzerinden Bakanlığa gönderilir.

Hastalara ait veriler Halk Sağlığı Bilgi Sistemi çalışmaları kapsamında oluşturulan Evde Sağlık Hizmetleri Modülü kullanılarak kayıt altına alınır.

Evde sağlık hizmetlerini müştereken yürütmekle mükellef olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, kendilerine bağlı sağlık kuruluşlarının mezkûr modülü kullanmalarını sağlamak, bunun için gerekli olan düzenlemeleri ve eğitimleri yaptırmakla yükümlüdürler.

İNCELEME YÖNTEMİ

Bildirimlere ilişkin belgeler görülmelidir.

3. POLİKLİNİK HİZMETLERİ VE HEKİM SEÇME

1. Belirlenen poliklinik başlama ve bitiş saatlerine uyularak, poliklinik hizmetleri kesintisiz olarak yürütülüyor mu?
2. Hastanede mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanıp yeterli poliklinik odası açılmış mı?
3. Hemşirelerin polikliniklerde sekreteryâ hizmetlerinde çalıştırılmaması kuralına riayet ediliyor mu?
4. Poliklinik kayıtları usulüne uygun ve tam olarak tutulmakta mıdır?
5. Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmış mıdır?
6. Poliklinik muayenelerinde öncelik sırası uygulanabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmış mıdır?
7. Ruhsatlı işitme cihazı merkezlerinin listesi, işitme cihazı kullanması uygun görülen her hastaya veriliyor mu?



POLİKLİNİK HİZMETLERİ VE HEKİM SEÇME

SORU 1

Belirlenen poliklinik başlama ve bitiş saatlerine uyularak, poliklinik hizmetleri kesintisiz olarak yürütülüyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 12, 110;
THGM'nin 2004/117, 2010/55, 2010/65 no'lu Genelgeleri

AÇIKLAMA

Sağlık kurumlarında personelin öğle yemeği ve istirahatı için saat 12-13 arasının öğle tatili olarak ayrılması esastır. Ancak hizmetin kesintisiz olarak sürdürülmesi gereken birimlerde öğle tatili saatinde de yeterli sayıda personel bulundurulur. Bu süre içinde hizmet veren personele yemek ve dinlenme için kurum idaresince uygun görülen zamanda bir saatlik öğle tatili verilir. Baştabip, çalışma saatlerinde bütün personelin görevleri başında bulunmalarını, belirli saatte görevlerine başlamalarını yakından izler, devamlarını sağlar ve kontrol eder.

İNCELEME YÖNTEMİ

Poliklinik başlama ve bitiş saatlerine uyulup uyulmadığı yerinde kontrol edilmelidir.

SORU 2

Hastanede mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanıp yeterli poliklinik odası açılmış mı?

DAYANAK

YTKİY Md. 8;
17/10/2007 tarihli ve 9379 sayılı Hekim Seçme Yönergesi Md. 8, Geçici Md. 1;
THGM'nin 2004/117 ve 2006/113 no'lu Genelgeleri

AÇIKLAMA

Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanır. Kurumlarda, hekim sayısı kadar poliklinik muayene odası ve dış hekimi sayısı kadar dış ünitesi oluşturulur. Hastanın, kendisine sağlık hizmeti veren veya verecek olan hekimi serbestçe seçme ve değiştirme haklarını kullanabilmelerini teminen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde yürütülen hekim seçme uygulaması; acil servisler ve idari görevlerde çalışanlar hariç olmak üzere, poliklinik hizmeti verilen birden fazla hekimi bulunan sağlık kuruluşları ile birden fazla dış hekimi bulunan ağız ve diş sağlığı merkezlerinde 17/10/2007 tarihli ve 9379 sayılı Yönergenin yürürlüğe girmesi ile başlatılmıştır. Acil servisler ve acil durumlar hekim seçme uygulaması kapsamına dâhil değildir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Poliklinik odaları ve klinisyen hekim sayıları karşılaştırılarak; her klinisyenin hizmet verebileceği şekilde odalarda düzenleme yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Ameliyat v.b. zorunlu nedenlerle her gün poliklinik yapmayan hekimlerin çalışma planı poliklinik odasını dönüşümlü kullanmayla ilgili açıklamalar da değerlendirilmelidir.

POLİKLİNİK HİZMETLERİ VE HEKİM SEÇME

SORU 3

Hemşirelerin polikliniklerde sekretery hizmetlerinde çalıştırılmaması kuralına riayet ediliyor mu?

DAYANAK

Hastane Hizmetleri KBY'nin 07/05/2013 tarihli ve 3445 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Hemşirelerin görev alanı dışındaki birimlerde ve polikliniklerde sekretery olarak hizmet vermemeleri hususunda yöneticilerin gerekli önlemleri almaları gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Polikliniklerin denetimi sırasında konu irdelenmelidir.



SORU 4

Poliklinik kayıtları usulüne uygun ve tam olarak tutulmakta mıdır?

DAYANAK

YTKİY Md. 12; YTKİY Form 101,
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi Ek Madde 1

AÇIKLAMA

Poliklinikte muayene edilen bütün hastalar kaydedilmeli, ağır, acil ve adli vakaların kuruma müracaat saatleri de mutlaka belirtilmelidir. 06. 06. 2007 tarihli ve 5228 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge ile gerekli yedekleme ve güvenlik önlemlerin alınması kaydıyla, kurum dışına çıkmayan ve hukuken ıslak imza gerektirmeyen poliklinik defterleri, laboratuvar defterleri, yatan hasta takip kartları, anamnez formları, tedavi takip kartları gibi sağlık kayıtları ve belgelerinin, lüzumu halinde istenilen içerik ve formatta çıktıları alınacak şekilde olmak şartıyla, elektronik imza uygulamaları yaygınlaşana kadar sadece elektronik ortamda tutulması ile iş ve işlemlerin bu ortamda gerçekleştirilebilmesinin önü açılmıştır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Poliklinik kayıtları defter veya bilgisayar üzerinde görülerek incelenmelidir.

POLİKLİNİK HİZMETLERİ VE HEKİM SEÇME

SORU 5

Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmış mıdır?

DAYANAK

YTKİY Md. 7;
Hasta Hakları Yönetmeliği Md. 21;
17/10/2007 tarihli ve 9379 sayılı Hekim Seçme Yönergesi Md. 8/e

AÇIKLAMA

Poliklinik muayenelerinde gizlilik prensiplerine riayet esastır. Burada, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilmelidir. Bu nedenle, hastalar teker teker muayene edilmeli ve muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinin başka kimse bulunmamalıdır (Hastanın istemesi halinde ailesinden biri veya bir yakını bulunabilir). Poliklinik odasında muayene alanının paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesinin etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Polikliniklerin yerinde denetimi sırasında konu irdelenmelidir.

SORU 6

Poliklinik muayenelerinde öncelik sırası uygulanabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmış mıdır?

DAYANAK

THGM'nin 2010/73 no'lu Genelgesi

AÇIKLAMA

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2010/73 sayılı genelgesine göre, genel hizmetin aksamasına meydan vermeyecek şekilde poliklinik muayenelerinde öncelik sırası alacak gruplar aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- a) Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar) ,
- b) Özürlüler ,
- c) Hamileler,
- d) 65 yaş üstü yaşlılar,
- e) Yedi yaşından küçük çocuklar,
- f) Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler,

İNCELEME YÖNTEMİ

Polikliniklerin yerinde denetimi sırasında konu irdelenmelidir.

SORU 7

Ruhsatlı işitme cihazı merkezlerinin listesi, işitme cihazı kullanması uygun görülen her hastaya veriliyor mu?

DAYANAK

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun 24/05/2015 tarihli ve 64899 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Hastaların hastane personelleri tarafından belirli merkezlere yönlendirilmesinin engellenmesi ve işitme cihazı ihtiyacı olan hastaların bilgilendirilmesi amacıyla, yazı ekinde yer alan Hasta Bilgilendirme Formu'nun doldurularak, işitme cihazı kullanması uygun görülen her hastaya verilmesi, hastanelerin KBB poliklinikleri ile odiyometri ünitelerinde işitme merkezlerine ait tanıtım broşürleri ve kartvizitlerin bulundurulmaması önem arz etmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

İlgili poliklinik ve ünitelerin yerinde denetimi sırasında konu irdelenmelidir.

4. HASTA HAKLARI

1. Hasta İletişim Birimi oluşturulmuş mudur?
2. Hasta İletişim Birimine ulaşan başvuruların birime gelmesinden itibaren 10 gün içinde cevabi yazısı ve diğer belgeler HBBS'ye aktarılarak Hasta Hakları Kurulu sekreteryasına gönderilmekte midir?
3. Hasta Hakları Kurulları tarafından görüşülen dosyalardan, idari işlem yapılması amacıyla sağlık Tesisi Başhekimliğe/Yöneticiliğine gönderilen dosyalar, işleme konularak sonuçlandırılmakta mıdır?
4. Hasta İletişim Birimine tahsis edilmiş olan fiziki mekan hasta mahremiyeti açısından başka birim ve kişilerin kullanımına kapatılmış mıdır?
5. Sağlık kuruluşu tarafından hastane personeline yönelik gerekli eğitimler düzenlenmekte midir?



HASTA HAKLARI

SORU 1

Hasta İletişim Birimi oluşturulmuş mudur?

DAYANAK

Hasta Hakları Yönetmeliği Md. 42/B,
SHGM'nin 2014/32 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla, kamu sağlık tesisleri, üniversite sağlık tesisleri, askeri hastaneler, kamu ve özel ağız diş sağlığı tesisleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler ve toplum sağlığı merkezlerinde iletişim birimi kurulur. Toplum Sağlığı Merkezine bağlı birimler ile entegre sağlık hizmeti sunulan birinci basamak kamu sağlık tesislerinde hasta hakları uygulamaları toplum sağlığı merkezlerinde kurulan hasta iletişim birimince yürütülür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hasta İletişim Biriminin kurulmasına ilişkin belgeler incelenmelidir.



SORU 2

Hasta İletişim Birimine ulaşan başvuruların birime gelmesinden itibaren 10 gün içinde cevabi yazısı ve diğer belgeler HBBS'ye aktarılarak Hasta Hakları Kurulu sekreteryasına gönderilmekte midir?

DAYANAK

SHGM'nin 2014/32 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Hasta iletişim birimine ulaşan başvurular, değerlendirildikten sonra varsa ilgilinin mağduriyeti giderilerek ve başvuru sahibine gerekli açıklama yapılarak yerinde çözümlenmeye çalışılır. Yapılan işlem, HBBS'ye (Hasta Başvuru Bildirim Sistemi) kaydedilir. İşlem sonucunda, şikayet süreci devam ederse; sağlık tesisi yöneticisi/askeri hastane başhekimisi/mesul müdürü veya yetki devrettiği yönetici imzasıyla şikayet edilen personel ve gerekiyorsa klinik/birimden 7 gün süre verilerek konu hakkında bilgi istenir. Başvurunun birime gelmesinden itibaren 10 gün içerisinde cevabi yazı, elde edilen bilgi ve diğer belgeler HBBS'ye aktarılarak sağlık tesisinin bağlı olduğu hasta hakları kurulu sekreteryasına gönderilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu belgelerin gönderilip gönderilmediği sistem üzerinden kontrol edilmelidir.

HASTA HAKLARI

SORU 3

Hasta Hakları Kurulları tarafından görüşülen dosyalardan, idari işlem yapılması amacıyla sağlık Tesisi Başhekimliğe/Yöneticiliğine gönderilen dosyalar, işleme konularak sonuçlandırılmakta mıdır?

DAYANAK

THGM'nin 2005/2 sayılı Genelgesi,
SHGM'nin 2014/32 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Kurul tarafından hasta hakkı ihlali kararı verilen kamu personeli hakkında ilgili idare tarafından mutlaka idari inceleme başlatılır. Yapılan inceleme sonucundan İl Sağlık Müdürlüğüne bilgi verilir. Kamu personeli olmayanlar için Hasta Hakları Yönetmeliğinin 47 inci Maddesine göre işlem yapılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilen; idari işlem yapılması amacıyla sağlık Tesisi Başhekimliğine/Yöneticiliğine gönderilen dosyaların işleme konulup konulmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 4

Hasta İletişim Birimine tahsis edilmiş olan fiziki mekan hasta mahremiyeti açısından başka birim ve kişilerin kullanımına kapatılmış mıdır?

DAYANAK

SHGM'nin 2014/32 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Hasta iletişim birimi, poliklinik katında, kolay ulaşılabilir bir yerde ve görülebilir şekilde, hastayla görüşme yapmaya müsait şekilde düzenlenir. Ayakta teşhis tedavi ve 1. Basamak sağlık tesislerindeki hasta iletişim birimi, mahremiyetin korunması kaydıyla başka hizmetler için de kullanılabilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hasta İletişim Birimi denetiminde fiziki mekan yerinde görülmelidir.

SORU 5

Sağlık kuruluşu tarafından hastane personeline yönelik gerekli eğitimler düzenlenmekte midir?

DAYANAK

SHGM'nin 2014/32 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Sağlık kuruluşları personeline; iletişim, hukuki sorumluluk, etik ve hasta hakları konularında bilinçlendirme ve davranış kazandırma için gerekli eğitimleri vermekle veya eğitim almalarını sağlamakla yükümlüdürler.

İNCELEME YÖNTEMİ

Eğitimlere ilişkin tutanak, belge vb. incelenmelidir.

5. HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

1. Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yazılı düzenleme yapılmış ve uygulanmakta mıdır?
2. Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli tedbirler alınmış mıdır?
3. Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için gerekli tedbirler alınmış mıdır?
4. Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için gerekli tedbirler alınmış mıdır?
5. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli tedbirler (Beyaz Kod uygulaması) alınmış mıdır?
6. Çalışan güvenliği için gereken tedbirler alınmış mıdır?
7. Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için gerekli tedbirler alınmış mıdır?
8. Advers etki bildirimi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mıdır?
9. Güvenli kan transfüzyonu için yapılması gereken işlemler gerçekleştirilmiş midir?
10. Güvenli cerrahi uygulamaları için gereken tedbirler alınmış mıdır?



HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

SORU 1

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yazılı düzenleme yapılmış ve uygulanmakta mıdır?

DAYANAK

SHKGDDY;
SPKY/HKS;
TKHK BSTKKBİY

AÇIKLAMA

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; Hastaya hangi renk kimlik tanımlayıcının kullanılacağı, kimlik tanımlayıcının hangi durumlarda değiştirileceği, hasta ve ailesinin kimlik tanımlayıcılar konusunda nasıl bilgilendirileceği, hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konularını kapsamalıdır.

Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı, tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

Psikiyatri klinik hastaları için kullanılacak kimlik tanımlayıcısı hastane tarafından belirlenmelidir.

Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli, bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

Sağlık çalışanları, kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yazılı düzenleme belgesi ile uygulamalardan örnekler görülmelidir.



SORU 2	
Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SHKGDDY; SPKY/HKS; TKHK BSTKKBİY	
AÇIKLAMA	
Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Bunun için yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmeli, değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı, hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır. Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır. Düşme riski olan hastalar dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın odasının giriş kapısında bulunmalıdır. Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır. Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli, Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, Tedavi planında; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir. Yatan hasta eğitimlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenlemeler bilgi alınarak ve yerinde görülerek mevzuata uygunluğu yönünden kontrol edilmelidir.	



SORU 3	
Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için gerekli tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SHKGDDY; SPKY/HKS; TKHK BSTKKBİY	
AÇIKLAMA	
Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır: a) Uyarı sistemi oluşturulmalı, b) Sorumlular belirlenmeli, sorumlular içinde tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunmalı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalı, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır. c) Her vardiya için ekipler belirlenmeli, d) Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalı, acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyeleri takip edilmelidir. e) Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere; her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunmalı, hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. f) Mavi kod ekibi en geç üç dakika içerisinde olay yerine ulaşmalıdır. g) Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Bu kayıtlar müdahale edilen kişiye ait bilgileri, yapılan uygulama, müdahalenin yeri, çağrının yapıldığı zaman, ekibin olay yerine ulaşma zamanı, müdahalenin sonucu, müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı, kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir. h) Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalı, tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır. i) Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Mavi Kod uygulaması için alınan tedbirler; açıklamada belirtilen belgeler görülerek kontrol edilmelidir.	



SORU 4	
Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için gerekli tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SHKGDDY; SPKY/HKS; TKHK BSTKKBİY	
AÇIKLAMA	
Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır: a) Uyarı sistemi oluşturulmalı, b) Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve pediatri servis hemşiresinden oluşmalı, pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalıdır. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır. c) Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulmalı, bu kayıtlar Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler, Olayın gerçekleştiği bölüm, Başlangıç-bitiş zamanı, Olayın sonucu ile ilgili bilgileri kapsamalı ve kalite yönetim birimine gönderilmelidir. d) Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır. e) Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Pembe Kod uygulaması için alınan tedbirler; açıklamada belirtilen belgeler görülerek kontrol edilmelidir.	



SORU 5

Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli tedbirler (Beyaz Kod uygulaması) alınmış mıdır?

DAYANAK

SHKGDDY;
SPKY/HKS;
TKHK BSTKKBİY
2012/23 sayılı SHGM Genelgesi,
2013/2 sayılı HM Genelgesi,
2016/3 sayılı HM Genelgesi,
2013/10 sayılı TKHK Tıbbi Hizmetler KBY Genelgesi

AÇIKLAMA

Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirleri alınmalı ve beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Beyaz kod yönetimi ile ilgili;

- Uyarı sistemi oluşturulmalı,
- Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı, güvenlik amirinden oluşmalıdır.
- Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Bu kayıtlar olayın olduğu tarih ve saat, olayın olduğu yer, olay anında yapılan iş, olayın başlama nedeni, olayın oluş şekli, olayda varsa kullanılan nesne, olayda çevrede oluşan olumsuzluklar, olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri, olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsmalı ve kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
- Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır. Gerekğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
- Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.
- Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Beyaz Kod uygulaması için alınan tedbirler; ilgili belgeler görülerek kontrol edilmelidir.



SORU 6	
Çalışan güvenliği için gereken tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SHKGDDY; SPKY/HKS; TKHK BSTKKBİY 2012/23 sayılı SHGM Genelgesi,	
AÇIKLAMA	
Çalışan güvenliği için alınması gereken tedbirler şunlardır: a) Çalışan güvenliği programı hazırlanmalıdır. b) Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesi asgari; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler kanserojen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim konularını kapsamalıdır. Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınmalıdır. c) Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı, gerektiğin düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. d) Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. Bu çerçevede bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda sağlık tarama programı hazırlanmalıdır. Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir. Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır. e) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. f) Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir. Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir. g) Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır. Çalışan Güvenliği Komitesinde; tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikiyatrist veya psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci yer almalıdır. Komitenin görev tanımı asgari; çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması, riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması, kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması, sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır. Komite düzenli aralıklarla toplanmalıdır. Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Çalışan güvenliği için alınan tedbirler; açıklamada belirtilen belgeler görülerek kontrol edilmelidir.	



HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

SORU 7

Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için gerekli tedbirler alınmış mıdır?

DAYANAK

SHKGDDY;
SPKY/HKS;
TKHK BSTKKBİY
2012/23 sayılı SHGM Genelgesi,

AÇIKLAMA

Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için yapılacak işlemler şunlardır:

Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Sözel istem uygulama sürecinde; istem, istemi alan kişi tarafından yazılmalı, yazılan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, istemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır. Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır. Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için alınan tedbirler; açıklamada belirtilen belgeler görülerek kontrol edilmelidir.



SORU 8

Advers etki bildirimi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mıdır?

DAYANAK

İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik Md. 7
SPKY/HKS

AÇIKLAMA

Hastanelerde farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde kurulmuş olan TÜFAM'a bildirilmelidir. Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir. Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler 15 gün içinde TÜFAM'a elektronik raporlama sistemi ile veya "advers etki bildirim formu" doldurularak faks veya posta yoluyla iletilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Advers etki bildirimi ile ilgili düzenlemeler açıklamada belirtilen belgeler görülerek kontrol edilmelidir.

SORU 9	
Güvenli kan transfüzyonu için yapılması gereken işlemler gerçekleştirilmiş midir?	
DAYANAK	
SHKGDDY; SPKY/HKS; THGM'nin 2009/37 sayılı Genelgesi; SHGM'nin 2013/24 sayılı Genelgesi	
AÇIKLAMA	
Güvenli kan transfüzyonu için yapılması gereken işlemler şunlardır: Transfüzyon sürecine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; kan ve/veya kan ürünü isteminin yapılması, kimlik doğrulaması, çapraz karşılaştırma test sonucunun kontrolü, vital bulguların izlenmesi, transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenleri kapsamalıdır. Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır. Bu formunda hastanın; adı ve soyadı, protokol numarası, tedavi gördüğü bölüm, tanısı, kan grubu ve transfüzyon endikasyonu bilgileri bulunmalıdır. Ayrıca hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı, hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, planlanan veriliş süresi, hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır. Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır. Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır. Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından; hastanın kimliği, kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır. Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir. Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir. Ayrıca, THGM'nin 2009/37 no'lu genelgesine göre ihtiyaç duyulan kanın doğrudan hasta yakınından talep edilmemesi gerekmektedir. Ancak ilgili Kızılay kan biriminden, ihtiyaç bulunan kanın temin edilememesi durumunda hastane kan merkezleri kan alabileceklerdir. Kızılay'dan temin edilemeyen kanlarla ilgili gerekçeler Bakanlığımıza bildirilecektir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Güvenli kan transfüzyonuna yönelik yazılı düzenleme görülmelidir. Ayrıca uygulama yerinde görülerek açıklamada belirtilen hususlara uygunluğu değerlendirilmelidir.	



SORU 10	
Güvenli cerrahi uygulamaları için gereken tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SHKGDDY; SPKY/HKS; TKHK BSTKKBİY	
AÇIKLAMA	
Güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmeli ve işlem hastaya da doğrulatılmalıdır. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Güvenli cerrahi uygulamaları için alınan tedbirler; açıklamada belirtilen belgeler görülerek kontrol edilmelidir.	



6. AMELİYATHANE VE MERKEZİ STERİLİZASYON HİZMETLERİ

1. Ameliyathaneden sorumlu bir cerrahi dal uzmanı görevlendirilmiş midir?
2. Uyandırma odası mevcut mudur?
3. Ameliyathanede kullanılan tüm ilaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenerek miat takipleri yapılıyor mu?
4. Tıbbi müdahaleler öncesinde, hasta ve/veya hasta yakınlarından belirlenen formatlara uygun olarak rıza alınmakta mıdır?
5. Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlenim sonuçları kayıtlara girilmekte midir?
6. Ameliyat kayıtları düzenli ve ayrıntılı olarak, ilgili görevlilerce tutulmakta mıdır?
7. Merkezi Sterilizasyon Birimi/ Ünitesi oluşturulmuş mudur?
8. Sterilize edilen alet ve malzemeler bohçalar içerisinde ve üzerlerinde steril edilme tarihi yazılmış şekilde ilgili birimlere teslim edilmekte midir?



AMELİYATHANE VE MERKEZİ STERİLİZASYON HİZMETLERİ

SORU 1

Ameliyathaneden sorumlu bir cerrahi dal uzmanı görevlendirilmiş midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 16

AÇIKLAMA

Ameliyathanelerin yönetimi, hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının saptanarak yaptırılmak üzere ilgililere bildirilmesi ve burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılması ile genel cerrahi uzmanı görevlendirilmelidir. Çeşitli cerrahi dalların ya da birçok cerrahın bulunduğu kurumlarda, ilgili uzmanların görüşü alınarak baştabip tarafından seçilecek cerrahi dal uzmanı ameliyathane sorumlusu olarak görevlendirilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Görevlendirme yazısı görülmelidir.

SORU 2

Uyandırma odası mevcut mudur?

DAYANAK

YTKİY Md. 16/4

AÇIKLAMA

Uyandırma ve Ameliyat Sonu Bakım Ünitesi Hizmetleri : Ameliyat sonrası hastaların servise nakledilmeden önce uyanmaları ve kısa süreli cerrahi komplikasyonların düzeltilmesi için en fazla 24 saat kaldıkları yataklı bakım üniteleridir. Burada yeterli cihaz ve malzeme ile 24 saat sürekli hizmet görecektir şekilde hemşire ve gerekli personel bulundurulur. Ünitenin yönetim ve tıbbi bakım hizmetlerinden anesteziyoloji uzmanı, yoksa ameliyathane sorumlusu olan genel cerrah sorumludur. Bu sorumlu gerekli hallerde ameliyatı yapan uzman ile işbirliği yapar.

Bu hizmet, kurumun personel, araç, gereç imkanları ve fizik yapısı elvermediği takdirde yoğun bakım ünitesi ile bir arada yürütülür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Uyandırma odasının olup olmadığı yerinde görülmelidir.

SORU 3

Ameliyathanede kullanılan tüm ilaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenerek miat takipleri yapılıyor mu?

DAYANAK

SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Ameliyathanede kullanılan ilaçların, sarf malzemelerinin ve anestezi ajanların kritik stok seviyeleri ve miat takiplerinin etkili ve doğru bir şekilde yapılabilmesi amacıyla, ameliyathanede bulunan tüm ilaç, sarf malzemeleri ve anestezi ajanların listesi yapılmalı, kritik stok seviyeleri belirlenmelidir. Ameliyathanede bulunan tüm ilaç, sarf malzemeleri ve anestezi ajanların miktarları ve kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi (HBYS) üzerinden takip edilebilmelidir. Ameliyathanede bulunan tüm ilaç, sarf malzemeleri ve anestezi ajanların son kullanma tarihi kontrolü yapılmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ameliyathanede kullanılan tüm ilaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin listeleri görülerek bunların kritik stok seviyelerinin belirlenip belirlenmediği; ayrıca bu malzemelere ilişkin miat takibinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

AMELİYATHANE VE MERKEZİ STERİLİZASYON HİZMETLERİ

SORU 4	
Tıbbi müdahaleler öncesinde, hasta ve/veya hasta yakınlarından belirlenen formatlara uygun olarak rıza alınmakta mıdır?	
DAYANAK	
1219 Sayılı Kanun Md. 70; Hasta Hakları Yönetmeliği Md. 24; SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Tıbbi müdahaleler öncesinde, hasta ve/veya hasta yakınlarından belirlenen formatlara uygun olarak alınan onam formları örneklem yöntemiyle seçilerek görülmelidir.	

SORU 5	
Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlenim sonuçları kayıtlara girilmekte midir?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 16/d Ek:12/Form: 63	
AÇIKLAMA	
Anestezi uzmanı, anestezi ve ameliyat altında iken hastanın durumunu,normal şartlarda seyrini temin için bütün kontrolleri (teneffüs sistemi, Üriner sistem, serebral sistem, kan ve elektrolitler, anoksiya, hastanın ateşi, terlemesi vs.) yapar veya kendi sorumluluğu altında teknisyenlere yaptırır. Anestezi şekli ve seyrini ameliyat kağıdına kaydeder.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Hastaların fizyolojik durumu takip edilerek oluşturulan izlenim sonuçlarının kayıtları örneklem yöntemiyle seçilerek görülmelidir.	

SORU 6	
Ameliyat kayıtları düzenli ve ayrıntılı olarak, ilgili görevlilerce tutulmakta mıdır?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 114/e	
AÇIKLAMA	
Ameliyat defterine, ameliyat ekibinin isimlerinin eksiksiz yazılması, ameliyat notunun da ameliyatı gerçekleştiren hekim tarafından ameliyat defterine okunaklı şekilde yazılması gerekmektedir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örneklem yöntemiyle seçilen hasta dosyalarından; ilgililerin ameliyat kayıtlarını düzenli tutup tutmadığı kontrol edilmelidir.	

AMELİYATHANE VE MERKEZİ STERİLİZASYON HİZMETLERİ

SORU 7

Merkezi Sterilizasyon Birimi/ Ünitesi oluşturulmuş mudur?

DAYANAK

YTKİY Md. 16

AÇIKLAMA

Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ); temizleme – dekontaminasyon – dezenfeksiyon - kurutma, bakım ve onarım, paketlenme, sterilizasyon, depolama ve dağıtım işlemlerinin yapıldığı steril malzeme üreten bir alandır. Merkezi sterilizasyon ünitesi ameliyathaneye en yakın alanda veya alt -üst katında yer almalıdır.

MSÜ alanları Kirli-Temiz-Steril ve Destek Alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.

MSÜ içerisinde yönlendirme levhaları ve acil çıkış işaretleri asılı olmalıdır.

Merkezi Sterilizasyon Ünitesi havalandırması saatte en az 10 hava değişimi sağlamalıdır.

Hava türbülansı yaratacak herhangi bir araç kullanılmamalıdır. Hava dolaşım sistemi aşağıya çekilmiş olmalı ve hava akımı temiz alanlardan kirli alanlara doğru akmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Merkezi Sterilizasyon Birimi/ Ünitesi açıklamadaki hususlar yönünden yerinde incelenmelidir.



SORU 8

Sterilize edilen alet ve malzemeler bohçalar içerisinde ve üzerlerinde steril edilme tarihi yazılmış şekilde ilgili birimlere teslim edilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 16;

SPKY/HKS

AÇIKLAMA

Merkezi sterilizasyonda; ameliyathane, tüm hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemeler hizmete uygun olarak kağıt veya özel bohçalar içerisinde, setler halinde topluca sterilize edilerek kullanılmaya hazır vaziyette buradan dağıtılır. Sterilizasyon sorumlusu, kullanan bölüm tarafından yıkanarak sterilizasyona hazır hale getirilen setleri teslim alarak, aldığı miktar kadarını steril halde verir. Merkezi sterilizasyon hizmetleri ve burada çalışanlar ameliyathane sorumlusuna bağlıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Merkezi Sterilizasyon Birimi/Ünitesi yerinde denetiminde; kullanılacak alet ve malzemelerin hizmete uygun olarak kağıt veya özel bohçalar içerisinde, setler halinde topluca sterilize edilerek kullanılmaya hazır vaziyette buradan dağıtıldığı görülmelidir.

7. YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

1. Yoğun bakım sorumlusu görevlendirilmiş midir?
2. Yoğun bakım servisi giriş ve çıkışları uygun mudur?
3. Yoğun bakım servislerinde yaşam destek alt yapısı, hasta başı paneli, oksijen çıkışı ve vakum sistemi bulunmakta mıdır?
4. Yoğun bakım servislerinde bulundurulması zorunlu donanım, personel ve hizmet asgari standartları sağlanmış mıdır?
5. Yoğun bakım servislerinde gerekli güvenlik önlemleri alınmış mıdır?
6. Yoğun bakımda görevli personel yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almış mıdır?
7. Yoğun bakım servisinde hasta kabul ve yatış işlemleri usulüne uygun olarak yürütülmekte midir?
8. Yoğun bakım servislerinden hasta sevk ve nakli yapılırken uyulması gereken hususlara riayet edilmekte midir?
9. Yoğun bakım sorumlu uzman tabibi tarafından organ donörü olabilecek hastalar hakkında organ nakli koordinatörüne önceden bilgi verilmekte midir?



SORU 1	
Yoğun bakım sorumlusu görevlendirilmiş midir?	
DAYANAK	
Yoğun Bakım Tebliği Md. 17	
AÇIKLAMA	
Yoğun bakım sorumlusu uzman tabip, baştabip tarafından görevlendirilir. Yoğun bakım uzmanlık eğitimi verilen eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim sorumlusunun, üniversite hastanelerinde ise ana bilim dalı başkanının da görüşü alınır. Görevlendirme, baştabibin belirleyeceği sürelerle, ilgili uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak yapılabilir. Yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilebilecek uzman tabipler şunlardır: a) Genel yoğun bakım servislerinde yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanları arasından, branş yoğun bakım servislerinde ise ilgili uzmanlık dalındaki bir uzman görevlendirilir. b) Çocuk yoğun bakım servislerinde çocuk yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda, tercihen Bakanlıkça düzenlenen çocuk yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya bir çocuk cerrahisi uzmanı görevlendirilir. c) I. ve II. seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen Bakanlıkça düzenlenen yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilir. III. seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı görevlendirilir. Ancak seviye IIIA yenidoğan yoğun bakım servislerinde, dört yıl süreyle, ülke için yeterli neonatoloji uzmanı yetiştirilinceye kadar tercihen yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı da görevlendirilebilir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Görevlendirme yazısı açıklamadaki hususlar yönünden kontrol edilmelidir.	

SORU 2	
Yoğun bakım servisi giriş ve çıkışları uygun mudur?	
DAYANAK	
Yoğun Bakım Tebliği Md. 5/b, c	
AÇIKLAMA	
II. ve III. seviye yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunur. Hastaların yoğun bakım servisi ile ambulans girişi arasındaki naklinin hızla ve kolaylıkla sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Yoğun bakım servisi giriş ve çıkışları yerinde kontrol edilmelidir.	

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

SORU 3

Yoğun bakım servislerinde yaşam destek alt yapısı, hasta başı paneli, oksijen çıkışı ve vakum sistemi bulunmakta mıdır?

DAYANAK

Yoğun Bakım Tebliği Md. 5

AÇIKLAMA

İzolasyon odaları dâhil, yoğun bakım servislerinde her yatak için ayrı olmak üzere zeminde olmayan ve hasta başı en az oniki çıkışlı elektrik paneli bulunur. Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Ancak, birinci seviye yoğun bakım servislerinde basınçlı hava zorunlu değildir. Diğer sistemlerin ise en az bir çıkışlı olması yeterlidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yoğun bakım servisi denetiminde yaşam destek alt yapısı, hasta başı paneli, oksijen çıkışı ve vakum sistemi bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.



SORU 4

Yoğun bakım servislerinde bulundurulması zorunlu donanım, personel ve hizmet asgari standartları sağlanmış mıdır?

DAYANAK

Yoğun Bakım Tebliği Md. 10

AÇIKLAMA

Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinin seviyelerine göre tanımları, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak, personel, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin standartlar Yoğun Bakım Tebliği Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'te gösterilmiştir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yoğun bakım servisi denetiminde söz konusu standartların uygunluğu kontrol edilmelidir.

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

SORU 5	
Yoğun bakım servislerinde gerekli güvenlik önlemleri alınmış mıdır?	
DAYANAK	
Yoğun Bakım Tebliği Md. 13	
AÇIKLAMA	
Yoğun bakım servislerinde hastanın, hasta yakınlarının ve çalışanların emniyetini sağlamak için sağlık tesisi yönetimlerince aşağıdaki güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur: Servis giriş ve çıkışları mümkün olduğunca en az sayıda planlanır. Kontrol noktaları servis girişine yakın ve görülebilecek şekilde yapılandırılır. Günün her saatinde görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenir ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesi sağlanır. Güvenlik önlemleri alınırken görevli personel, hasta, hasta yakını, aile ve bebeklerin rahatlığı ve mahremiyetinin korunması esastır. Tüm elektrik çıkışları ortak bir zemine monte edilir. Kabul edilebilir kaçak miktarının, koruyucu uygulama standartlarına ve donanım kalitesi standartlarına uygun olması sağlanır. Personel muhtemel elektrik tehlikeleri konusunda bilgilendirilir. Yangından korunma mevzuatı çerçevesinde gerekli önlemler alınır. Yoğun bakım servisleri hastaların acil ve afet durumlarında kolaylıkla ve süratle tahliye edilmesine imkân verecek katlarda yapılandırılır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Yoğun bakım servisi denetiminde güvenlik önlemleri açıklamadaki hususlar yönünden kontrol edilmelidir.	

SORU 6	
Yoğun bakımda görevli personel yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almış mıdır?	
DAYANAK	
Yoğun Bakım Tebliği Md. 19	
AÇIKLAMA	
Yoğun bakım servislerinde görevlendirilen sorumlu uzman tabip, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve ebelerin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları sağlanır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Söz konusu eğitimlere ilişkin belgeler incelenmelidir.	

SORU 7

Yoğun bakım servisinde hasta kabul ve yatış işlemleri usulüne uygun olarak yürütülmekte midir?

DAYANAK

Yoğun Bakım Tebliği Md. 21

AÇIKLAMA

Yoğun bakım ihtiyacı bulunan hastaların, erişkin, çocuk ve ilgili branş yoğun bakım hastası olup olmadığına bakılmaksızın, sağlık tesisinin ilgili dal uzman tabibi mevcudu, tıbbi donanım ve boş yatak bakımından hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tıbbi bakım ve tedaviyi sağlayabilecek seviye ve şartları taşıması halinde hastanın başka sağlık tesisine sevk edilmemesi ve sağlık hizmetinin öncelikle bu sağlık tesisinde boş bulunan yoğun bakım yataklarından birisine yatırılarak verilmesi sağlanır.

Yoğun bakım servislerine hasta yatışı, taburcu veya kurum dışına sevk işlemleri diğer kliniklerde olduğu gibi gerektiğinde doğrudan yapılabilir. Diğer kliniklerden yoğun bakım servislerine yatışına karar verilen hastanın ilgili klinikten çıkışı yapılarak bu servislere girişi yapılır ve yoğun bakım servisinin kendi hastası olarak kayıt altına alınır. Yoğun bakım servisinde kliniğe alınacak hastaların yine aynı usulle bu servislerden çıkış işlemi gerçekleştirilerek ilgili kliniğe yatış kaydı yapılır.

Yoğun bakım servislerinin hasta yatış ve çıkış işlemleri için Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ekinde yer alan “Servise Yatan ve Servisten Çıkan Hastalara Ait Günlük Kayıt Formu (Form No 54)” kullanılır. İstatistiklerin tutulması ve servisle ilgili tüm iş ve işlemler diğer servislerde olduğu gibi yürütülür.

Birinci veya ikinci seviye yoğun bakım servisi bulunmayan sağlık tesislerinde daha alt seviyede yoğun bakıma sevkı gereken hastalar, seviyelerine uygun yoğun bakım yatağı bulununcaya kadar ve sorumlu uzman tabip tarafından hasta epikrizinde belirtilmek şartıyla üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde takip ve tedavi edilirler. Ayrıca, üçüncü seviye yoğun bakım ünitesi olmayan veya üçüncü seviye yoğun bakım servisinde boş yatağı bulunmayan sağlık tesislerinde; üçüncü seviye yoğun bakıma ihtiyaç duyan hastaların takip ve tedavileri uygun yer bulununcaya kadar, sorumlu uzman tabip tarafından hastanın epikrizinde belirtilmesi şartıyla birinci ve ikinci seviye yoğun bakım servislerinde sağlanabilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilecek yoğun bakımda yatan hasta dosyalarında, hasta kabul ve yatış işlemlerinin uygunluğu görülmelidir.



YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

SORU 8	
Yoğun bakım servislerinden hasta sevk ve nakli yapılırken uyulması gereken hususlara riayet edilmekte midir?	
DAYANAK	
Yoğun Bakım Tebliği Md. 22	
AÇIKLAMA	
Yoğun bakım servislerinde yatan hastaların sevk ve nakillerinin 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığı ile yapılması esastır. Sağlık tesisi tarafından hastanın sevk edileceği sağlık tesisi belirlenmiyorsa sevk ve nakil işlemleri, İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezinin koordinasyonunda gerçekleştirilir. Hasta nakillerinde Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemindeki güncellenmiş en son veriler esas alınarak planlama yapılır. Hastanın sevk ve nakli için belirlenen sağlık tesisi hastayı kabul etmekle yükümlüdür. Hastanın, nakledildiği sağlık tesisi tarafından acil serviste bekletilmeden, tıbbi durumunun gerektirdiği seviyedeki yoğun bakım servisine doğrudan yatışının yapılması esastır. Hastanın sevk ve nakil kararı; sorumlu uzman tabip tarafından, gerekiyor ise ilgili dal uzmanları ile de konsültasyon sağlanarak verilir ve sevk prosedürüne uygun olarak sevk edilir. Hasta, stabilize edildikten sonra gerektiğinde ilgili sağlık personeli refakatinde tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun şartlar sağlanarak 112 ambulans ekiplerine teslim edilir. Hastanın sevk gerekçesi sağlık tesisi tarafından 112 Komuta Kontrol Merkezine detaylı olarak bildirilir. Hastaya ait gerekli bilgi ve belgeler, adli vakalar için düzenlenen raporlar epikriz ile birlikte sevk evrakına eklenir. Yenidoğanların sevklerinde Yenidoğan Sevk ve Nakil Formu kullanılır. Yoğun bakımlarda hasta kabulünü engelleyen arıza, enfeksiyon ve bunun gibi hizmet kesintileri, anında İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezine telefon ve faks ile ve akabinde yazılı olarak müdürlüğe bildirilir. Her türlü teknik bakım ve tadilat işlemlerinin sağlık tesisinin hizmet sunumunu aksatmadan gerçekleştirilebilmesi için gerekli tedbirler alınır. Afet durumlarında yoğun bakım hastalarının nasıl tahliye edileceği Hastane Afet Planında (HAP) ayrıntılı bir şekilde tanımlanır ve fiili tatbikatları yapılır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örnekleme yoluyla seçilecek yatan hasta sevk ve nakli yapılan hastaların dosyalarından; sevk ve nakil işlemlerinin uygunluğu görülmelidir.	

SORU 9	
Yoğun bakım sorumlu uzman tabibi tarafından organ donörü olabilecek hastalar hakkında organ nakli koordinatörüne önceden bilgi verilmekte midir?	
DAYANAK	
Yoğun Bakım Tebliği Md. 18/1	
AÇIKLAMA	
Yoğun bakım sorumlu uzman tabibi organ donörü olabilecek hastalar hakkında organ nakli koordinatörünü önceden bilgilendirir. Bu amaçla, Bakanlıkça belirlenen kayıt ve bildirim sistemlerinin kurulmasını ve merkezi sisteme entegrasyonunu sağlar.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Organ nakli koordinatörüne verilen bilgi notları görülmelidir.	

8. ENFEKSİYON KONTROLÜ HİZMETLERİ

1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi oluşturulmuş mu?
2. Enfeksiyon kontrol hemşireleri Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış mı?
3. Enfeksiyon Kontrol Komitesi yılda en az üç defa toplanarak alınan komite kararları, kayıt altına alınıyor mu?
4. Komite tarafından yıllık çalışma raporu düzenlenmekte midir?
5. Hastanede çalışan personele Enfeksiyon Kontrol Standartlarının uygulanabilmesi için devamlı hizmet içi eğitim veriliyor mu?
6. Komite eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirliyor mu?
7. Komite antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildiriyor mu?
8. Enfeksiyon kontrol ekibi, ilgili idari birimlerle koordinasyon halinde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetimi ilkelerini belirleyip denetimini yapıyor mu?



ENFEKSİYON KONTROLÜ HİZMETLERİ

SORU 1

Enfeksiyon Kontrol Komitesi oluşturulmuş mu?

DAYANAK

YTKİY Md.30;
YTKEY Md. 5

AÇIKLAMA

Bütün yataklı tedavi kurumlarında enfeksiyon kontrol komitesi oluşturulması zorunludur. İki yüzden az yatağı olan yataklı tedavi kurumlarında enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı yoksa tam gün çalışmak üzere enfeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi kaydıyla, diğer mevcut üyelere oluşan bir enfeksiyon kontrol komitesi teşkil edilir. Enfeksiyon kontrol hekimliği için aynı il sınırları içinde bulunan bir yataklı tedavi kurumunda görevli enfeksiyon kontrol hekiminden danışmanlık hizmeti alınır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Enfeksiyon Kontrol Komitesi oluşturulmasına ilişkin belge kontrol edilmelidir.

SORU 2

Enfeksiyon kontrol hemşireleri Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış mı?

DAYANAK

YTKEY Md. 13

AÇIKLAMA

Bakanlıkça sertifikalandırılan enfeksiyon kontrol hemşireleri, enfeksiyon kontrol komitesince aksi yönde bir teklif getirilmediği sürece, en az beş yıl süre ile bu görevi yürütür. Yönetim tarafından, yerine aynı nitelikleri haiz bir hemşire görevlendirilmeden, bu görevlerini bırakamazlar. Enfeksiyon kontrol hemşirelerine, nöbet hizmetleri de dahil olmak üzere, enfeksiyon kontrolü dışında ilave bir görev verilemez. Yıllık ortalama yatak doluluk oranı dikkate alınarak her yüz elli dolu yatak için bir enfeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi zorunludur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Enfeksiyon kontrol hemşirelerinin sertifikaları görülmelidir.

SORU 3

Enfeksiyon Kontrol Komitesi yılda en az üç defa toplanarak alınan komite kararları, kayıt altına alınıyor mu?

DAYANAK

YTKEY Md. 6

AÇIKLAMA

Enfeksiyon kontrol komitesinin üyeleri, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan ve kendilerine önceden sunulan gündemi görüşmek üzere toplanır. Toplantı daveti, toplantı yeri, tarihi, saati ve gündemi ile birlikte, toplantıdan en az iki gün önce üyelere bildirilir. Olağanüstü durumlarda enfeksiyon kontrol komitesi, başkanın davetiyle veya üyelere birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın uygun görmesiyle toplanabilir. Herhangi bir sebeple, olağan ya da olağanüstü toplantılara katılamayacak olan üyeler, başkana yazılı mazeret bildirmekle yükümlüdür.

Enfeksiyon kontrol komitesi, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanır ve katılanların oy çokluğu ile karar alır. Komite kararları, karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelere imzalanır. Karara karşı olanlar, karşı görüş gerekçesini yazılı olarak belirtmek suretiyle karara imza atarlar.

İNCELEME YÖNTEMİ

Enfeksiyon Kontrol Komitesinin toplantı tutanakları görülmelidir.

ENFEKSİYON KONTROLÜ HİZMETLERİ

SORU 4	
Komite tarafından yıllık çalışma raporu düzenlenmekte midir?	
DAYANAK	
YTKEY Md. 6	
AÇIKLAMA	
Enfeksiyon kontrol komitesinin yıllık çalışma raporu, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanır ve Komite’de görüşüldükten sonra Yönetim’e sunulur.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Enfeksiyon Kontrol Komitesinin yıllık çalışma raporu tutanakları görülmelidir.	

SORU 5	
Hastanede çalışan personele Enfeksiyon Kontrol Standartlarının uygulanabilmesi için devamlı hizmet içi eğitim veriliyor mu?	
DAYANAK	
YTKEY Md. 7/c	
AÇIKLAMA	
Hastanelerde, işe yeni başlayan personel başta olmak üzere, tüm sağlık ve yardımcı hizmet personeline, eğitilecek hedef kitlenin yaptığı işe uygun olarak hazırlanacak programlar çerçevesinde, düzenli olarak eğitim verilmesi ve bu çalışanların hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hazırlanan eğitim programları hastanenin ihtiyacına göre ve tıbbi gelişmeler ışığında belirli aralıklarla gözden geçirilerek güncellenmeli ve eğitimler tekrarlanmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Personele, Enfeksiyon Kontrol Standartları eğitimi verildiğine ilişkin tutanak ve belgeler görülmelidir.	

SORU 6	
Komite eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirliyor mu?	
DAYANAK	
YTKEY Md. 10/c	
AÇIKLAMA	
Komite eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini kullanarak, yataklı tedavi kurumlarındaki antibiyotik kullanımını izler, yönlendirir ve enfeksiyon kontrol komitesine bilgi verir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Belirlenen antibiyotik kullanım politikalarına ilişkin evraklar görülmelidir.	

ENFEKSİYON KONTROLÜ HİZMETLERİ

SORU 7

Komite antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildiriyor mu?

DAYANAK

YTKEY Md. 7/f

AÇIKLAMA

Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, yataklı tedavi kurumunun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirmek, komitenin görevleri arasında sayılmıştır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımları arasından örneklem yoluyla seçilenlerde; alımla ilgili enfeksiyon komitesi görüşü olup olmadığı incelenmelidir.

SORU 8

Enfeksiyon kontrol ekibi, ilgili idari birimlerle koordinasyon halinde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetimi ilkelerini belirleyip denetimini yapıyor mu?

DAYANAK

YTKEY Md. 10/e;

YTKİY Md. 88;

SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Temizlik, baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, tabipler, başhemşire ve hemşireler tarafından devamlı kontrol edilir.

Temizlik yaparken tuvaletlerin, banyoların, enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılmasına itina edilir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yaptırılır. Bu hususlarda gerekli önlemleri almak ve yöntemleri sağlamak için ilgili bir uzman başkanlığında başhemşire, hastane müdürü, baştabibin lüzum göreceği diğer personelin katılmasıyla bir "Temizlik Komitesi" kurulur. Bu komitece, temizliğin birimlere göre kimler tarafından, ne zaman ve ne şekilde yapılacağı ile bunların ve temizlik maddelerinin sarf şeklinin kimler tarafından kontrolünün sağlanacağı hususları bir iç yönerge ile tespit edilir. Birimlerin temizlik sorumluları ait oldukları birimlerde bir çizelgede belirtilerek denetimde görülecek şekilde asılı bulundurulur. Bu komitenin sekreterliğini hastane müdürü yapar. Toplantı ve kararlar özel bir deftere kayıt ve imza edilerek kararın bir örneği uygulanmak üzere baştabibe verilir.

Yataklı tedavi kurumlarında temizlik hizmetleri yapılırken kokuların önlenmesi, çöplerin fenni şekilde yok edilmesi, haşaratın öldürülmesi gibi işler de birlikte yürütülür.

Kurumun yakılabilecek artıklarının ayrı toplanmak suretiyle yakılması sağlanır. Yiyecek gibi yakılması mümkün olmayan artıklar uygun kapalı kaplarda ve yerlerde toplanır. Bunların konulduğu kap ve yerler muntazaman dezenfektan ve insektisidlerle ilaçlanır.

Hastane mutfağının taban ve duvarları, hijyenik şartlarda yıkamaya ve dezenfeksiyona elverişli olmalıdır. Çamaşırhanein hijyenik ortama sahip olmasına yönelik olarak da taban ve duvarlarının yıkamaya elverişli olması gereklidir. Ayrıca, çamaşırları yıkama talimatı bulunmalı ve enfeksiyonların önlenmesi açısından kirli çamaşırlar kapalı saklama kabında taşınmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Enfeksiyon komitesinin hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetimi ilkelerini; ilgili idari birimlerle koordinasyon halinde belirlediğine ilişkin belgeler kontrol edilmelidir.

9. SERVİS HİZMETLERİ

1. Sağlık tesislerinde sabah ve akşam vizitini yapmakla görevli tabipler zamanında ve düzenli olarak bu hizmetleri yerine getiriyor mu?
2. Yatan hastalar için; tıbbi müşahede muayene kâğıdı, derece kağıdı ve hasta tabelası zamanında ve düzenli olarak tutulmakta mıdır?
3. Hastalara verilen ilaçlar ve uygulanan enjeksiyonlar, miktar ve zaman belirtilmek suretiyle hemşire defterine yazılarak imzalanıyor mu?
4. Taburcu edilen hastalara epikriz verilmekte midir?
5. Kliniklerde Acil Müdahale Seti bulunmakta mıdır?
6. İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenlemeler yapılmış mıdır?
7. Servislerde bulunan yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik tedbirleri alınmış mıdır?
8. Sağlık tesisinde yanık tedavi birimi kurulmuş mu?
9. Hasta odalarında çalışır durumda hemşire çağrı sistemi var mı?
10. Neonatal Tarama Programı kapsamında, yeni doğan bebeklerden tarama amaçlı kan alınmakta mıdır?
11. Doğum yapılan hastanelerde “İşitme Taraması Üniteleri” yapılandırılmış mı?
12. Sağlık tesisinde Bebek Ölümlerini İzleme Sorumlusu görevlendirilmiş midir?



SERVİS HİZMETLERİ

SORU 1

Sağlık tesislerinde sabah ve akşam vizitini yapmakla görevli tabipler zamanında ve düzenli olarak bu hizmetleri yerine getiriyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 40, 42, 43, 119, 180

AÇIKLAMA

Anılan yönetmeliğin belirtilen maddelerinde nöbetçi tabiplerin/uzman tabiplerin, servis uzmanlarının, uzmanlık eğitimi görenlerin, icap nöbeti tutmakla görevli hekimlerin sabah ve/veya akşam vizitlerini yapmaları gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Sabah ve akşam vizitlerinin yapıldığı günlük gözlem kayıtları, orderlar, hasta ve sağlık personeli beyanları ile değerlendirilmelidir.

SORU 2

Yatan hastalar için; tıbbi müşahade muayene kâğıdı, derece kağıdı ve hasta tabelası zamanında ve düzenli olarak tutulmakta mıdır?

DAYANAK

YTKİY Md. 71, 72;

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönerge Ek Md.1

AÇIKLAMA

Kurumlarda kağıt üzerinde tutulan, kurum dışına çıkmayan ve hukuken ıslak imza gerektirmeyen poliklinik defterleri, laboratuvar defterleri, yatan hasta takip kartları, anamnez formları, tedavi takip kartları gibi sağlık kayıtları ve belgeleri, lüzumu halinde istenilen içerik ve formatta çıktıkları alınacak şekilde olmak şartıyla, elektronik imza uygulamaları yaygınlaşana kadar, belirlenen standart ve kurallar çerçevesinde gerekli yedekleme ve güvenlik önlemleri alınarak yapılandırılan kurumlar sadece elektronik ortamda tutabilir, iş ve işlemler bu ortamda gerçekleştirilebilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yatan hastalar için; tıbbi müşahade muayene kâğıdı, derece kağıdı ve hasta tabelası görülmelidir; bilgisayar ortamında tutuluyor ise sistemden kontrol edilmelidir.

SORU 3

Hastalara verilen ilaçlar ve uygulanan enjeksiyonlar, miktar ve zaman belirtilmek suretiyle hemşire defterine yazılarak imzalanıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 71, 132/b

AÇIKLAMA

Hasta tabelasına, hastalara içerden ve dışardan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iâşe maddeleri yazılır. Tabelada yazılı ilaç, tedavi ve diğer tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlerler. Hemşireler; hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dahilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içerir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hemşire defteri kontrol edilmelidir.

SERVİS HİZMETLERİ

SORU 4	
Taburcu edilen hastalara epikriz verilmekte midir?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 76	
AÇIKLAMA	
Taburcu edilen hastalara amaca uygun bir epikriz verilmesi gerekir. Epikriz, hastaneden çıkarken verilen, hastalığın öyküsü, seyri, tedavisi ve yapılan tetkikler vb. bilgiler içeren, hastanın daha sonra aynı hekim veya başka hekim tarafından kontrolü sırasında kolaylık sağlayan kısa rapor olarak tanımlanabilir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Taburcu edilen hastalara epikriz verilip verilmediği irdelenmelidir.	

SORU 5	
Kliniklerde Acil Müdahale Seti bulunmakta mıdır?	
DAYANAK	
SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
Kliniklerde acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir. İlaç ve malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir. Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir. İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarına yılda en az bir kez CPR (Kardiyopulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Servislerin denetiminde acil müdahale setinin bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.	

SORU 6	
İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenlemeler yapılmış mıdır?	
DAYANAK	
SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
a) İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır. b) Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, listeler kullanım alanında bulunmalıdır. c) Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Söz konusu düzenleme görülmelidir.	

SERVİS HİZMETLERİ

SORU 7

Servislerde bulunan yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik tedbirleri alınmış mıdır?

DAYANAK

SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Hastanedeki tüm birimlerde (eczane, servisler, ameliyathane, acil servis vb.) bulunan yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar genel kullanıma açık olmayan kilitli alanlarda muhafaza edilmelidir.

- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimine ait yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Bu düzenleme; ilaçların nerede saklanacağı, ilaç eksikliğinde veya bir uygunsuzluk tespit edildiğinde (kayıp, kırılma vb.) ne yapılacağı, kime nasıl bilgi verileceği gibi ayrıntıları ve konuyla ilgili sorumluları içermelidir.
- Söz konusu ilaçlara ait devir teslim kayıtları tutulmalıdır.
- Bu kayıta ilacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, tarihi, ilacı kimin uyguladığı, kime kaç adet teslim edildiği gibi bilgiler kayıt edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Servislerin denetiminde güvenlik önlemleri yerinde görülmelidir.

SORU 8

Sağlık tesisinde yanık tedavi birimi kurulmuş mu?

DAYANAK

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hk. Yönerge Md. 14

AÇIKLAMA

Yanık tedavi birimi: Yanık odası, yanık ünitesi veya yanık tedavi merkezi için kullanılan genel tanımlamadır.

Yanık Odası: Yanık tedavi merkezi veya ünitesi bulunmayan sağlık tesislerinde, genel cerrahi, plastik ve rekonstrüktif cerrahisi veya çocuk cerrahisi kliniklerinden birinin bünyesinde en az iki hastaya aynı anda yanık tedavi hizmeti verebilecek nitelikte fizik, donanım ve personel şartlarını haiz yanık birimidir.

Yanık tedavi merkezi: Eğitim ve araştırma hastanelerinin idari ve tıbbi bütünlüğü içerisinde yer alan, ancak diğer birimlerden izole edilmiş veya müstakil binası olan, tüm yanık vakarlarının kabul edildiği, (çocuk sağlığı ve hastalıkları hastaneleri bünyesindeki yanık tedavi birimlerine sadece çocuk hastalar kabul edilir) ilk şok tedavilerinden rehabilitasyonlarına kadar olan tüm tedavi süreçlerinin gerçekleştirilebildiği, sterilizasyon koşullarının en yüksek seviyede sağlandığı, giriş ve çıkışlarının enfeksiyon kontrolü bakımından denetimli olduğu merkezdir.

Yanık ünitesi: Sağlık tesisi bünyesinde faaliyet gösteren, asgari sterilizasyon şartlarının oluşturulduğu, diğer birimlerden izole edilmiş, yatarak tedavisi gereken ancak nakil gerektirmeyen yanık hastalarının bakım ve tedavilerinin sağlandığı, en az 5 yatak kapasitesi bulunan yanık birimidir.

Yanık odaları haricindeki yanık tedavi birimleri Bakanlığın belirleyeceği planlamalar dahilinde ve Bakanlık onayı ile kurulur. Yanık odasının, genel cerrahi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi veya çocuk cerrahisi uzmanı bulunan her sağlık tesisi bünyesinde Yönerge Ek-1'deki asgari standartlara uygun olarak yapılandırılması ve Bakanlığa bildirilmesi zorunludur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yanık tedavi biriminin kurulmasına ilişkin belgeler görülmelidir.

SORU 9	
Hasta odalarında çalışır durumda hemşire çağrı sistemi var mı?	
DAYANAK	
SPKY/HKS	
AÇIKLAMA	
Hasta odalarında yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Hemşire çağrı sistemi servis denetiminde yerinde kontrol edilmelidir.	

AŞAĞIDAKİ SORULAR KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ OLAN HASTANELERDE SORGULANACAKTIR

SORU 10	
Neonatal Tarama Programı kapsamında, yeni doğan bebeklerden tarama amaçlı kan alınmakta mıdır?	
DAYANAK	
AÇS/AP Genel Müdürlüğünün 2006/130 Sayılı Genelgesi ve Ekleri	
AÇIKLAMA	
Neonatal Tarama Programı: Bakanlığımız tarafından tüm Türkiye genelinde uygulanan Neonatal Tarama Programı ile tüm yenidoğanların Konjenital Hipotiroidi, Fenilketonüri ve Biyotinidaz Eksikliği yönünden taranması hedeflenmektedir. Kan Alma Zamanı: Yenidoğan taraması için kan örneği ideal olarak doğumdan sonraki 3-5'inci günlerde alınmalıdır. Fenilketonüri taraması için bebeğin en az 24 saat beslenmiş olması gerekir. Ancak, mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda kan örneği alınmaya çalışılmalı, yeterince beslenmeden kan örneği alınmışsa hastaya ilk hafta içinde en yakın sağlık merkezine başvurarak yeni kan örneği aldırması gerektiği söylenmelidir. İldeki tüm sağlık birimlerinden toplanacak kan örnekleri İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi'nde toplanmaktadır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Hemşire çağrı sistemi servis denetiminde yerinde kontrol edilmelidir.	



SERVİS HİZMETLERİ

SORU 11

Doğum yapılan hastanelerde “İşitme Taraması Üniteleri” yapılandırılmış mı?

DAYANAK

Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin Kurulması ve Faaliyetleri Hk. Yönerge Md. 5-7, AÇS/AP Genel Müdürlüğünün 2007/5 Sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Yılda 1000’in üzerinde doğum yapılan tüm hastanelerimizde “İşitme Taraması Üniteleri”nin yapılandırılması gerekmektedir. Ünite, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ekli protokol dahilinde çalışması öngörülen kurum ve kuruluşlarda, ayrı bir ünite biçiminde yenidoğan işitme taraması ünitesi olarak erken teşhis hizmeti sunmak için kurulur (Yönerge Md. 5) . Doğum sonrası bebeklerin kaldığı bebek odasına yakın aynı zamanda ayaktan gelebilecek hastaların kolaylıkla ulaşabileceği Internet bağlantısı yapılabilecek altı ile sekiz metre kare ebadında sessiz bir oda olmalıdır (Yönerge Md. 6).

Ünite bünyesinde:

- İşitme Tarama cihazları; Tarama maksadıyla düzenlenmiş transientotoaküstikemasyon ve beyin sapı odyometrisi cihazları ile bunların birlikte bulunduğu cihazlardır.
- Bilgisayar sistemi,
- Bebek muayene yatağı,
- Yeterli mefruşat,
- Yeterli miktarda kayıt ve eğitim dokümanı bulunmalıdır.

Donanımı ünitenin kurulduğu sağlık kurumu tarafından karşılanır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Doğum yapılan hastanelerde işitme tarama ünitesi olup olmadığı yerinde görülmelidir.



SORU 12

Sağlık tesisinde Bebek Ölümlerini İzleme Sorumlusu görevlendirilmiş midir?

DAYANAK

AÇS/AP Genel Müdürlüğünün 2009/31 Sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Hastanelerimizde Bebek Ölümlerini İzleme Sorumlusu olarak bir personel belirlenmelidir. İldeki tüm kamu veya özel sağlık kuruluşları (poliklinikler, tıp merkezleri, özel hastaneler, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri vb.) o ay içerisinde kendi kuruluşlarında meydana gelen bebek ölümlerini İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarına bildireceklerdir. Büyükşehirler ve İl Merkezlerinde bildirim İl Sağlık Müdürlüğüne yapılmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu görevlendirme yazısı görülmelidir.

10. LABORATUVAR HİZMETLERİ

1. Kurumda hasta ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli, düzenli ve uygun laboratuvar hizmeti verilmekte midir?
2. Hastanede kurulmuş olan laboratuvarlar ilgili dal uzmanı sorumluluğunda çalıştırılıyor mu?
3. Hastanede normal çalışma saatleri dışında acil laboratuvar hizmeti verilmekte midir?
4. Tüm laboratuvar cihazları, düzenli olarak kontrol edilip, bakım ve kalibrasyonları yapılarak kayıtları tutuluyor mu?
5. Kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin mialları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden takip ediliyor mu?
6. Çalışılan parametrelerin panik değer bildirimleri yapılıyor mu?
7. Patoloji laboratuvarındaki raporlar, bloklar, lamalar ve elektronik kayıtların tümü arşivlenmekte midir?



LABORATUVAR HİZMETLERİ

SORU 1

Kurumda hasta ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli, düzenli ve uygun laboratuvar hizmeti verilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 15, 115

AÇIKLAMA

Laboratuvar hizmetleri; poliklinik ve servis hastaları ile gereğinde Bakanlığın halk sağlığı gibi diğer laboratuvar ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte ve ayrıca poliklinik laboratuvarı bulunmayan yataklı tedavi kurumlarında servis ve polikliniklere göre merkezi bir yerde düzenlenir.

Yataklı tedavi kurumlarında büyüklüğüne ve fonksiyonuna göre bakteriyoloji, biokimya, patolojik, anatomi, hormon, nükleer tıp, hematoloji ve radyoloji gibi çeşitli laboratuvarlardan birkaçı veya hepsi bulunabilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Laboratuvarlar yerinde görülerek, hizmetin yeterli olup olmadığı irdelenmelidir.

SORU 2

Hastanede kurulmuş olan laboratuvarlar ilgili dal uzmanı sorumluluğunda çalıştırılıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 112, 115

AÇIKLAMA

Laboratuvar hizmetleri, hastanenin hasta popülasyonu ve sunulan hizmetlere yönelik gereksinimleri doğrultusunda organize edilmelidir. Bu nedenle, hastanelerde büyüklüğüne ve fonksiyonuna göre bakteriyoloji, biyokimya, patolojik, anatomi, hormon, nükleer tıp, hematoloji ve radyoloji gibi çeşitli laboratuvarlardan birkaçı veya hepsi bulunabilir. Hastanelerin bakteriyoloji, biyokimya, hematoloji, patolojik anatomi radyoloji ve sair laboratuvarlarında görevli şef ve uzmanlar, laboratuvarlarına gelen kendi şubeleri ile ilgili bütün tetkik ve tahlilleri, serolojik ve biyolojik teamül ve testleri yapmakla yükümlüdürler.

İNCELEME YÖNTEMİ

Dal uzmanının görevlendirme yazısı görülmelidir.

SORU 3

Hastanede normal çalışma saatleri dışında acil laboratuvar hizmeti verilmekte midir?

DAYANAK

ASHY 15/d

AÇIKLAMA

Acil sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz sunulması gerektiğinden, bu hizmeti veren birimler fizikî altyapı, insan gücü, tıbbî cihaz, donanım, lüzumlu ilaç, serum, sarf malzemesi vs. yönünden hiçbir aksaklığa meydan verilmeyecek şekilde desteklenmelidir. Bu bağlamda, normal çalışma saatleri dışında acil laboratuvar hizmetlerinin de verilmesi gereklidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Acil laboratuvar hizmeti verilip verilmediği ilgili belgeler incelenerek görülmelidir.

LABORATUVAR HİZMETLERİ

SORU 4

Tüm laboratuvar cihazları, düzenli olarak kontrol edilip, bakım ve kalibrasyonları yapılarak kayıtları tutuluyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md 106/A;
SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Bu düzenleme kapsamında;

Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.

Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etikette; Kalibrasyonu yapan firmanın adı, kalibrasyon tarihi, geçerlilik süresi.

İNCELEME YÖNTEMİ

Bakım, kalibrasyon ve kontrole ilişkin belgeler görülmelidir.



SORU 5

Kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin miatları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden takip ediliyor mu?

DAYANAK

SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Laboratuvarda saklanan kit ve sarf malzemeleri son kullanma tarihlerine dikkat edilerek yerleştirilmelidir. Kitlerin ve sarf malzemelerinin miat takipleri periyodik olarak yapılmalı ve HBYS üzerinden takip edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden kit, kalibratör, kontrol serumları ve malzemelerin miatlarının takiplerinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

LABORATUVAR HİZMETLERİ

SORU 6

Çalışılan parametrelerin panik değer bildirimleri yapıyor mu?

DAYANAK

SHKGDDY;
SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Laboratuvarda çalışılan testlerde hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek sonuçlar elde edildiğinde ilgili hekimin veya hemşirenin en kısa zamanda bilgilendirilmesinin sağlanması amacıyla;

Hasta güvenliği açısından önem arz eden ve ilgili branş hekimine bildirilmesi gereken panik değerler listesi laboratuvar personeline kolay ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.

Laboratuvar personeline ilgili konularda eğitim verilmeli ve bu eğitime ilişkin kayıt tutulmalıdır.

Panik değer listesi otomasyonda tanımlanmalıdır. Bu değerler tespit edildiğinde ilgilileri uyaran bir sistem olmalıdır.

Ayrıca, Panik değer bildirim talimatı bulunmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Panik değer bildirimine ilişkin bilgiler kontrol edilmelidir.



SORU 7

Patoloji laboratuvarındaki raporlar, bloklar, lamlar ve elektronik kayıtların tümü arşivlenmekte midir?

DAYANAK

SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Bloklar en az 10 yıl, Lamlar en az 20 yıl; raporlar süresiz; elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz; hastaya ait kalan dokular ve sıvılar ise raporlama tarihinden itibaren en az bir ay saklanmalıdır. Blok ve lamlar 18-23 derece sıcaklıkta muhafaza edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Patoloji laboratuvarındaki kayıt arşivi yerinde ve sistemden görülmelidir.

11. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ VE DİĞER TETKİKLER

1. Hastane radyoloji hizmetleri; poliklinik ve servis hasta popülasyonu ile sunulan hizmetlere yönelik gereksinimleri kesintisiz olarak karşılayabilecek şekilde organize edilmiş mi?
2. Hastanede normal çalışma saatleri dışında acil radyoloji hizmeti verilmekte midir?
3. CT, MR, EKO, Ultrasonografi, EEG, EMG randevuları Bakanlıkça belirlenen sürelerde veriliyor mu?
4. Radyoloji Rapor (CT, MR, Ultrasonografi vb.) sonuçları, hastane tarafından belirlenen süre içerisinde veriliyor mu?
5. Nükleer tıp, radyasyon onkolojisi ve radyoloji uygulamalarının en az ikisinin yürütüldüğü bölümleri içeren sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde Radyasyon Güvenliği Komitesi kurularak Radyasyon Güvenlik Programı hazırlanmış mı?
6. Dozimetrelerin belirlenen dönemlerde kontrol edilmesi sağlanıyor mu?
7. Radyasyon ile çalışan personelin işe başlamadan önceki ve yıllık sağlık kontrolleri yönetmelik ekindeki form doğrultusunda yapılmakta mıdır?
8. Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perdeyle/paravanla ayrılmış soyunma alanı bulunuyor mu?
9. Radyolojik girişimsel işlemler için hastalardan onam alınıyor mu?
10. Tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda gerekli koruyucu önlemler alınmış mıdır?



GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ VE DİĞER TETKİKLER

SORU 1

Hastane radyoloji hizmetleri; poliklinik ve servis hasta popülasyonu ile sunulan hizmetlere yönelik gereksinimleri kesintisiz olarak karşılayabilecek şekilde organize edilmiş mi?

DAYANAK

YTKİY Md 15

AÇIKLAMA

Radyoloji hizmetleri, hasta grupları ve sunulan klinik hizmetlerin gereksinimleri doğrultusunda ilgili mevzuat ve düzenlemeleri karşılayacak şekilde temin ve organize edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Görüntüleme hizmetlerinin gereksinimleri karşılayacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği çalışma saatleri, konumlandırma, randevu süreleri v.b. yönlerden irdelenmelidir.

SORU 2

Hastanede normal çalışma saatleri dışında acil radyoloji hizmeti verilmekte midir?

DAYANAK

ASHY 15/d

AÇIKLAMA

Acil sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz sunulması gerektiğinden, bu hizmeti veren birimler fizikî altyapı, insan gücü, tıbbî cihaz, donanım, lüzumlu ilaç, serum, sarf malzemesi vs. yönünden hiçbir aksaklığa meydan verilmeyecek şekilde desteklenmelidir. Bu bağlamda, normal çalışma saatleri dışında acil radyoloji hizmetlerinin de verilmesi gereklidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

24 saat kesintisiz radyoloji hizmeti verilip verilmediği kontrol edilmelidir.

SORU 3

CT, MR, EKO, Ultrasonografi, EEG, EMG randevuları Bakanlıkça belirlenen sürelerde veriliyor mu?

DAYANAK

SPKY/HKS bilgilendirme tablosu 2

AÇIKLAMA

01/03/2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ekinde yer alan Görüntüleme Hizmet Süreleri Tablosuna göre:
CT için 10 iş günü, MR için 10 iş günü, EKO için 5 iş günü, USG için 3 iş günü, EEG için 20 iş günü, EMG için 20 iş gününü geçmeyecek şekilde randevu verilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

SPKY/HKS bilgilendirme tablosu 2’de belirtilen sürelerde randevu verilip verilmediği görülmelidir.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ VE DİĞER TETKİKLER

SORU 4	
Radyoloji Rapor (CT, MR, Ultrasonografi vb.) sonuçları, hastane tarafından belirlenen süre içerisinde veriliyor mu?	
DAYANAK	
SPKY/HKS bilgilendirme tablosu 2	
AÇIKLAMA	
Hastane, radyoloji test sonuçlarının raporlanması için zaman dilimi tanımlamalıdır. Sonuçlar, hastaların ve klinik ekibin ihtiyaçları temel alınarak belirli bir zaman dilimi içinde rapor edilmelidir. Acil testler, mesai dışı saatler ve hafta sonu radyoloji tetkik ihtiyaçları sürece dahil edilmelidir. Dışarıdan anlaşmayla yapılan radyoloji tetkik hizmetleri hastanenin politikaları ve anlaşma gereklerine göre rapor edilmelidir. CT ve MR çekilen her hasta için rapor verilme süresi çekimin yapıldığı gün hariç 3 iş gününü geçmemelidir. Raporların onaylanma tarihi kayıt altına alınmalıdır. USG raporları, her hasta için USG yapıldıktan sonra 30 dakika içerisinde verilmelidir. 01/03/2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ekinde yer alan Görüntüleme Hizmet Süreleri Tablosuna göre: CT için 3 iş günü, MR için 3 iş günü, EKO için 30 dakika, USG için 30 dakika, EEG için 3 iş günü, EMG için 3 iş gününün geçmeyecek şekilde sonuç verilmelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
SPKY/HKS bilgilendirme tablosu 2’de belirtilen sürelerde sonuçların veriliş verilmediği görülmelidir.	

SORU 5	
Nükleer tıp, radyasyon onkolojisi ve radyoloji uygulamalarının en az ikisinin yürütüldüğü bölümleri içeren sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde Radyasyon Güvenliği Komitesi kurularak Radyasyon Güvenlik Programı hazırlanmış mı?	
DAYANAK	
Kamu Sağ. Hiz. de İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Rad. Doz Limitleri Hk. Yön Md. 6	
AÇIKLAMA	
Bu kriter tıbbi amaçlı radyasyon uygulamalarında bulunan hastanelerde sorgulanacaktır. Hastanenin, karşılaşılan riskler ve tehlikelerin gerektirdiği derecede, aktif radyasyon güvenlik programı olmalıdır. Program, radyoloji ekibi, diğer ekip ve hastalar için güvenlik uygulamaları ve önleyici tedbirleri içermelidir. Radyasyon Güvenlik Programı; a) Yürürlükteki standartlar ve mevzuata uyumu destekleyen yazılı dokümanları, b) Uygulamalar ve karşılaşılan tehlikelere uygun, koruyucu güvenlik cihazlarının temin edilebilirliğini, c) Tüm radyoloji ekibinin güvenlik süreçleri ve uygulamalarına oryantasyonunu, d) Yeni süreçler ve yeni edinilen veya tanımlanan tehlikeli materyaller için hizmet içi eğitimi, e) Sağlık personeline ve dış ortamdaki hastaların sağlıklarına yönelik genel koruyucu önlemlerin alınmasını (kurşun duvar, havalandırma, uyarıcı levha, kurşun önlük vb.) içermelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Radyasyon Güvenliği Komitesi kuruluşuna ilişkin belgeler ve Radyasyon Güvenlik Programı görülmelidir.	

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ VE DİĞER TETKİKLER

SORU 6	
Dozimetrelerin belirlenen dönemlerde kontrol edilmesi sağlanıyor mu?	
DAYANAK	
RGY Md. 21	
AÇIKLAMA	
Dozimetreler, TAEK ve TAEK tarafından uygun görülen kuruluşlar tarafından verilir ve aynı kuruluşlarca kontrol edilir. Dozimetrik değerlendirme sonuçları merkezi doz kayıt sistemine işlenir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Dozimetre kullanan personeller belirlenerek; örneklem yoluyla seçilen personelin dozimetresinin kontrolünün yapılıp yapılmadığı görülmelidir.	

SORU 7	
Radyasyon ile çalışan personelin işe başlamadan önceki ve yıllık sağlık kontrolleri yönetmelik ekindeki form doğrultusunda yapılmakta mıdır?	
DAYANAK	
Kamu Sağ. Hiz. de İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Rad. Doz Limitleri Hk. Yönt. Md 8/2	
AÇIKLAMA	
Bunlara ilişkin sağlık raporlarının personelin kişisel özlük dosyalarında saklanması önem taşımaktadır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Dozimetre kullanan personelin işe başlamadan önceki ve yıllık sağlık kontrolü belgeleri incelenmelidir.	

SORU 8	
Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perdeyle/paravanla ayrılmış soyunma alanı bulunuyor mu?	
DAYANAK	
SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma/giyinme odası/kabini bulunmalıdır. Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Denetimlerde soyunma odası veya perdeyle/paravanla ayrılmış soyunma alanı olup olmadığı görülmelidir.	

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ VE DİĞER TETKİKLER

SORU 9

Radyolojik girişimsel işlemler için hastalardan onam alınıyor mu?

DAYANAK

SPKY/ HKS

AÇIKLAMA

Hasta bilgilendirmesi ile ilgili süreç belirlenmeli, görüntüleme sistemlerinin eşliğinde tanıya veya tedaviye yönelik riskli girişimsel işlemler öncesinde; işlemi kimin yapacağı, işlemin amacı, süresi, komplikasyonları gibi konularda hasta ve yakınları bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmeli, bu kişilerin anlatılanları tam olarak anladığından emin olunmalı, onamı alınarak kayıtları tutulmalıdır. Bu bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin isim ve unvanı da kayıtlarda yer almalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yöntemiyle hastaların onam formları görülmelidir.

SORU 10

Tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda gerekli koruyucu önlemler alınmış mıdır?

DAYANAK

SHKGDDY;

SPKY/HKS-Nükleer Tıp Hizmetleri

AÇIKLAMA

Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.

Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir. Gebe ve gebelik şüphesi olanlarda bebeği koruyucu önlemler alınmalıdır.

Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. Radyasyon koruyucular kullanılmalı, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır. Radyasyon koruyucularının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir. Kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.

Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır. Bu hastaların; kullandıkları odalar zırlı olmalı, kullandıkları lavabo ve tuvaletler bağımsız olmalı, radyasyon değeri kabul edilebilir sınırlara düştükten sonra kan, dışkı ve idrar gibi çıktılar kanalizasyona verilmelidir.

Radyoaktif madde alan hastalarla ilgili; hastalara verilen aktivite miktarı, taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı, hastadan bir metre mesafedeki doz hızı kayıt edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Açıklamada belirtilen gerekli koruyucu önlemlerin alınıp alınmadığı yerinde görülerek kontrol edilmelidir.

12. ECZANE HİZMETLERİ

1. Eczanede bulunan ilaçların uygun ısı ve ışık koşullarında saklanması ile buzdolabı sıcaklıklarının termometre ile günlük olarak takibi yapılarak kayıtları tutuluyor mu?
2. Hastanenin ilaç, serum ve sarf malzemesi ihtiyaçları yıllık olarak belirleniyor mu?
3. Az kullanılan eşdeğer ilaçların eczane mevcutları sık sık servislere duyurularak, bu ilaçların sarfının temini sağlanıyor mu?
4. Hastane eczane ve depolarına giren ve eczaneden çıkan ilaç ve tıbbi sarf malzemesi kayıtları günlük olarak, düzenli bir şekilde tutuluyor mu?
5. Her mali yılsonunda eczane ve depolarında sayım yapıp sayım cetvelleri düzenlenerek kayıtlı ve fiilen mevcut miktarların karşılaştırılması yapılıyor mu?
6. Miadının dolması yaklaşan ilaçların tüketim imkânı olmadığı takdirde başka kurumlara devri yapılıyor mu veya süresinde değiştirilmek üzere yüklenicilere bildiriliyor mu?
7. Miadı dolan, bozulan ilaç ve sarf malzemesinin Taşınır Mal Yönetmeliği ile Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak imhası yapılıyor mu?
8. Uyuşturucu maddelerin giriş ve çıkışları usulüne uygun olarak kaydedilmekte midir?
9. Uyuşturucu ilaçlar kilitli dolaplarda muhafaza ediliyor mu?
10. Hastalar için kliniklerde kullanılan uyuşturucu ve psikotrop ilaçların sarfiyat kontrolü eczacı ve klinik sorumlularınca yapılıyor mu?



ECZANE HİZMETLERİ

SORU 1

Eczanede bulunan ilaçların uygun ısı ve ışık koşullarında saklanması ile buzdolabı sıcaklıklarının termometre ile günlük olarak takibi yapılarak kayıtları tutuluyor mu?

DAYANAK

Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hk. Yön. Md. 15;
İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu

AÇIKLAMA

Oda sıcaklığında (25C°) saklanması gereken ilaçlar için tıbbi müstahzarlar, aşı ve serumlar, kodeksteiki özellikleri ve ambalaj üzerindeki saklama koşulları göz önüne alınarak, gerektiği gibi saklanmalıdır. Bu sebeple eczanenin sıcaklığı gerekli ölçüler içinde tutulmalıdır. Isı ve nem ölçer bulunmalıdır.

Isı ve nem ölçerin çalışıp çalışmadığı kontrol edilerek, kayıtların tutulup tutulmadığına bakılmalıdır. Buzdolabı sıcaklığı +2° C ile +8° C arasında olmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Eczanede bulunan ilaçların uygun ısı ve ışık koşullarında saklanması ile buzdolabı sıcaklıklarının termometre ile günlük ölçümü sonucu tutulan kayıtlar görülmelidir.

SORU 2

Hastanenin ilaç, serum ve sarf malzemesi ihtiyaçları yıllık olarak belirleniyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md 17

AÇIKLAMA

Kurum eczaneleri yatan hastalarla, kanun, tüzük, yönetmelik ve emirler gereğince yatırılmadan ilaç verilmesine lüzum görülen hastalara ilaç ve sıhhi malzeme sağlanan yerlerdir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yıllık olarak belirlenen ihtiyaçlara ilişkin belgeler görülmelidir.

SORU 3

Az kullanılan eşdeğer ilaçların eczane mevcutları sık sık servislere duyurularak, bu ilaçların sarfının temini sağlanıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md 17

AÇIKLAMA

Eczane hizmetleri; az kullanılan eşdeğer ilaçların sarfını sağlamak için eczane mevcutlarını sık sık servislere duyurarak, bu ilaçların kullanılmalarının teminini sağlamak gibi hizmetleri kapsar.

İNCELEME YÖNTEMİ

İlaçların sarfının teminine ilişkin işlemler irdelenmelidir.

ECZANE HİZMETLERİ

SORU 4

Hastane eczane ve depolarına giren ve eczaneden çıkan ilaç ve tıbbi sarf malzemesi kayıtları günlük olarak, düzenli bir şekilde tutuluyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md 17

AÇIKLAMA

Eczane hizmetlerinin yürütülmesi için;

a) Taşınır Mal Yönetmeliğine uygun kayıt ve defterler tutulur.

b) Eczaneye ilaç baş eczacı tarafından düzenlenen ilaç istek belgesi ile depodan alınır ve ilgili deftere giriş kaydedilerek, usulüne göre sarf işlemi yapılır. Eczaneye alınan alet, demirbaş malzemeler özel defterine kaydedilir.

c) Servis, ameliyathane, poliklinik ve laboratuvarlar için gerekli ilaçlar eczaneden, sıhhi malzeme ise eczane deposundan alınır. Bunlar için ilaç ve sıhhi malzeme istek belgeleri ilgili uzmanlarca düzenlenir. Sıhhi malzeme istek belgesi, başeczacının denetim ve uygun görmesi baştabibin onayı ile geçerli olur.

d) İstek belgesi ile depodan eczaneye ve servislere verilen ilaç, malzeme için depo defterinde çıkış işlemi uygulanır. İstek belgeleri de musbit evrak olarak saklanır. Bunlar üzerinden ayniyat işlemleri yürütülür

İNCELEME YÖNTEMİ

İlgili kayıtlar kontrol edilmelidir.

SORU 5

Her mali yılsonunda eczane ve depolarında sayım yapıp sayım cetvelleri düzenlenerek kayıtlı ve fiilen mevcut miktarların karşılaştırılması yapılıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 121

AÇIKLAMA

Başeczacı tarafından, her mali yıl sonunda, o yıl içinde eczane deposuna ve eczaneye giriş ve çıkış kayıtlarına göre ertesi yıla devreden ilaçlar ve miktarlarını gösterir cetveller düzenlenir. Kayden devreden miktarlarla, fiilen mevcut olanların uygunluğu araştırılır ve bunlarla ilgili işlemler yapılır. Sonucu bir sonraki yıla ait ilaç ve malzeme ihtiyaç listesiyle birlikte baştabibe verilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yıl sonunda yapılan sayıma ilişkin tutanaklar görülmelidir.

ECZANE HİZMETLERİ

SORU 6

Miadının dolması yaklaşan ilaçların tüketim imkânı olmadığı takdirde başka kurumlara devri yapılıyor mu veya süresinde değiştirilmek üzere yüklenicilere bildiriliyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md 17

AÇIKLAMA

Miadının dolması yaklaşan ilaçların tüketimini, imkan olmadığı takdirde başka kurumlara devrini sağlamak eczane hizmetleri arasında yer almaktadır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Tüketim imkanı olmayan ilaçların başka kurumlara devri ve değiştirilmek üzere yüklenicilere bildirimine ilişkin belgeler görülmelidir.

SORU 7

Miadı dolan, bozulan ilaç ve sarf malzemesinin Taşınır Mal Yönetmeliği ile Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak imhası yapılıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 121,
Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

AÇIKLAMA

Kayıttan düşme ve imha işlemi istisnai bir durum olmalıdır. Bununla ilgili olarak Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 5, 10 ve 27. Madde hükümleri dikkate alınmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

İmhaya ilişkin tutanaklar incelenmelidir.

SORU 8

Uyuşturucu maddelerin giriş ve çıkışları usulüne uygun olarak kaydedilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 121

AÇIKLAMA

Uyuşturucu ilaçların gelir ve giderleri (giriş-çıkışları) Bakanlıkça hazırlanmış Uyuşturucu İlaç Kayıt Defterlerine veya uygun şekilde otomasyon sistemine kaydedilir. Bu kayıtlarda her uyuşturucu ilaç için bölümler ayrılır ve bölüm başlarına geçen yıldan devir ve yıl içinde alınan miktarlar işlendikten sonra ilaçların sarfiyatları günlük olarak işlenmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Giriş çıkış kayıtları kontrol edilmelidir.

SORU 9

Uyuşturucu ilaçlar kilitli dolaplarda muhafaza ediliyor mu?

DAYANAK

İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu

AÇIKLAMA

Kırmızı reçeteye tabi ilaçlar çelik kasada saklanmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Kilitli dolaplar yerinde görülmelidir.



SORU 10

Hastalar için kliniklerde kullanılan uyuşturucu ve psikotrop ilaçların sarfiyat kontrolü eczacı ve klinik sorumlularınca yapılıyor mu?

DAYANAK

İEGM'nin 2005/119 no'lu Genelgesi

AÇIKLAMA

Sağlık tesislerinde uyuşturucu ve psikotrop ilaçların kullanımının kontrolü ve takibinin yapılabilmesi için; her klinikçe talep edilen uyuşturucu ve psikotrop ilaçlara ait çıkış bilgilerinin hastane eczanesince, klinik sorumlularına gönderilmesi; klinik sorumlularınca da gerekli kontroller yapılarak söz konusu ilaçların kullanımına ait sarf ve stok bilgilerinin hastane eczanesine bildirilmesi, ayrıca bu bilgilerin de hastane eczanesi tarafından kontrol edilmesi gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Uyuşturucu ve Psikotrop ilaçların sarfiyat kontrolüne ilişkin yapılan takip ve çalışmalar açıklamadaki hususlar çerçevesinde irdelenmelidir.

13. MUTFAK - TEMİZLİK HİZMETLERİ

1. Servis sorumlu hemşirelerince, çıkacak normal ve rejim yemeklerinin tür ve miktarları, bir cetvel halinde idareye verilmekte midir?
2. Sağlık tesisinin temizlik hizmetleri, genel itibarıyla yeterli düzeyde midir?
3. Mutfak ve gıda üretim işlerinde çalışan personelin hijyen eğitim belgesi mevcut mudur?



MUTFAK - TEMİZLİK HİZMETLERİ

SORU 1

Servis sorumlu hemşirelerince, çıkacak normal ve rejim yemeklerinin tür ve miktarları, bir cetvel halinde idareye verilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 91

AÇIKLAMA

Her gün hasta tabelalarına yazılan normal ve rejim yemekleri, servis sorumlu hemşiresi tarafından, hasta mevcudu, çıkacak yemeklerin tür ve miktarlarını gösterir şekilde değerlendirilmesi kolay bir cetvel halinde toplanarak imza edilmek suretiyle idareye verilir (Yönetmelik Ek 41 Form 92).

İNCELEME YÖNTEMİ

İdareye verilen cetveller kontrol edilmelidir.



SORU 2

Sağlık tesisinin temizlik hizmetleri, genel itibariyle yeterli düzeyde midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 88

AÇIKLAMA

Poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, mutfak, çamaşırhane, bahçe gibi hizmet birimlerinin temizliği, hastane personeli tarafından veya hizmet alımı yoluyla yapılır. Temizlik yaparken tuvaletlerin, banyoların, enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılmasına itina edilir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yaptırılır. Yataklı tedavi kurumlarında temizlik hizmetleri yapılırken kokuların önlenmesi, çöplerin fenni şekilde yok edilmesi, haşaratın öldürülmesi gibi işler de birlikte yürütülür. Kurumun yakılabilecek artıklarının ayrı toplanmak suretiyle yakılması sağlanır. Yiyecek gibi yakılması mümkün olmayan artıklar uygun kapalı kaplarda ve yerlerde toplanır. Bunların konulduğu kap ve yerler muntazaman dezenfektan ve insektisidlerle ilaçlanır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yapılan denetimlerde temizlik hizmetleri değerlendirilmelidir.

SORU 3

Mutfak ve gıda üretim işlerinde çalışan personelin hijyen eğitim belgesi mevcut mudur?

DAYANAK

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Md. 126,
YTKİY Md. 124/a-6,
Hijyen Eğitimi Yönetmeliği,
07/05/2014 tarihli ve 355 sayılı THSK Genel Yazısı

AÇIKLAMA

Mutfak personelinin sağlıklı olması diyetisyenin kontrolü ve sorumluluğundadır. Hijyen eğitim Yönetmeliğinin 2nci maddesinde belirtilen iş yerleri ile 4üncü maddesinin 1inci fıkrasının (f) bendinde “perakende iş yerleri” olarak belirtilen “.... hazır yemek hizmeti, iş yeri ve kurum yemekhaneleri, iş yerleri”nde doğrudan hizmetin içinde olan çalışanların, bizzat çalışmaları durumunda iş yeri sahiplerinin ve işletenlerinin, hijyen eğitimlerini almaları gerekmektedir. MEB Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğe bağlı eğitim kurumlarınca, katılımcılara, eğitim sonunda “e-yaygın otomasyon sistemi” üzerinde kurs bitirme belgesi verilecektir. Belgeler, kişi aynı iş kolunda hizmet verdiği sürece geçerli kabul edilecektir. 05.07.2014 tarihine kadar çalışanlarına hijyen eğitim belgesini aldırıp bu tarihten sonra belge almamış kişileri çalıştıran iş yerleri hakkında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 282 nci maddesine göre işlem yapılacağı ön görülmüştür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Mutfak ve gıda üretim işlerinde çalışan personelin hijyen eğitim belgesi görülmelidir.



14. MORG

1. Hastanede ölmüş olanların, ölüm sebebi ve zamanı tespit edilerek, Ölüm Bildirim Sistemine'ye ilgili hekim tarafından kayıt edilmekte midir?
2. Ölü doğan veya canlı doğup da sonradan ölen bebeklerin cenazeleri ailelerine uygun şekilde teslim edilmekte midir?



SORU 1

Hastanede ölmüş olanların, ölüm sebebi ve zamanı tespit edilerek, Ölüm Bildirim Sistemine'ye ilgili hekim tarafından kayıt edilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 81, 82,
THSK 2012/05 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Ölüm vukuunda servis veya nöbetçi tabibi ölüm sebebini ve zamanını tespitle tabelasına kayıt ve altına imza eder. Ölümle ilgili belge düzenlemesi gecikmeye sebebiyet vermeden, OBS'de, süratle yapılmalıdır. Ülkemizde ölen kişilere ait bilgilerin elektronik ortama aktarılmasını sallayacak "Ölüm Bildirim Sistemi (OBS) yazılım programı geliştirilmiş olup, www.obs.gov.tr adresinde hizmete sunulan bu sistem 01/01/2013 tarihinden itibaren ülke genelinde kullanılmaktadır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ölüm bildirim sistemine girilen kayıtlar bilgisayar ortamında kontrol edilmelidir.

SORU 2

Ölü doğan veya canlı doğup da sonradan ölen bebeklerin cenazeleri ailelerine uygun şekilde teslim edilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 84,
THGM'nin 2009/38 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Ölenin ailesi, yakınları cenazelerini almak isterlerse kendilerine imza karşılığı teslim edilir. Ancak cenazeyi gömecekleri yer ölümün vuku bulunduğu belediye sınırları dışında ise, nakli için gerekli işlem yapılarak, alınan belgenin kurum idaresine ibrazı mecburidir.

Tıbbi ve hukuki sakınca bulunduğu hallerde cenaze, sahiplerine verilmez. Gerekenler kurum tarafından yapılır ve cenaze sahiplerine bilgi verilir.

Polikliniklerde veya kurum dışında ölenler, baştabibin muvafakatı ile kurum morguna kabul edilebilir.

Ölü doğan veya canlı doğan fakat daha sonra ölen bebeklerin ailesi veya yakınları cenazelerini almak isterlerse ilgililere, hastanece temin edilen içinde cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğin bulunduğu portatif bebek taşıyıcısı içerisinde ve imza karşılığı teslim edilmesi, Cenaze il dışına çıkartılacak ise Yönetmelikte belirtilen esaslar dahilinde cenaze sahibine yine hastanece temin edilen tabut ile birlikte teslim edilmesi,

Şayet cenaze sahipleri tarafından teslim alınmak istenmiyor ise gömme izin formu imzalatılarak vekalet alınmasını müteakip tüm dini vecibelerin yerine getirilerek defin işlemlerinin ilgili hastane yönetimi ve Belediye Mezarlık Müdürlüğüne ortaklaşa yapılması, sağlanmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

İlgili teslim tutanakları kontrol edilmelidir.

15. TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ

1. Atıkları geçici depolamak amacıyla geçici atık deposu inşa edilmiş mi?
2. Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutuluyor mu?
3. Tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen personele özel giysiler sağlanmış mı?
4. Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına alınıyor mu?



TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ

SORU 1

Atıkları geçici depolamak amacıyla geçici atık deposu inşa edilmiş mi?

DAYANAK

Tıb. Atık Kont. Yönet. Md. 8/f

AÇIKLAMA

Atıkları geçici depolamak amacıyla geçici atık deposu inşa etmek veya konteyner bulundurmakla, yataksız ünite olması durumunda ise atıklarını en yakındaki geçici atık deposuna/ konteynerine götürmek veya bu atıkları toplama aracına vermekle tıbbi atık üreticileri yükümlüdür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Geçici atık deposu yerinde görülmelidir.

SORU 2

Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutuluyor mu?

DAYANAK

Tıb. Atık Kont. Yönet. Md. 19/f

AÇIKLAMA

Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli olmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yapılan denetimlerde depo kapılarının durumu görülmelidir.

SORU 3

Tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen personele özel giysiler sağlanmış mı?

DAYANAK

Tıb. Atık Kont. Yönet. Md. 8, 26

AÇIKLAMA

Tıbbi atık üreticileri, Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelinin özel giysilerini sağlamakla yükümlüdür.

Tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske kullanır; çizme ve özel koruyucu turuncu renkli elbise giyer. Taşıma işleminde kullanılan özel giysi ve ekipmanlar ayrı bir yerde muhafaza edilir. Bunların temizlenmesi belediyece veya belediyenin görevlendireceği kuruluşça yapılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Personelin özel giysiler giyip giymediği kontrol edilmelidir.

SORU 4

Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına alınıyor mu?

DAYANAK

Tıb. Atık Kont. Yönet. Md. 8

AÇIKLAMA

Tıbbi atık üreticileri, oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almak, yıl sonu itibari ile valiliğe (Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne) göndermek, bu bilgileri en az üç yıl süre ile muhafaza etmek ve talep edilmesi halinde Bakanlığın incelemesine açık tutmakla, yükümlüdürler.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu kayıtlar kontrol edilmelidir.

16. MESAI VE NÖBET HİZMETLERİ

1. Personelin mesaiye riayetleri, çalışma saatleri başlangıcı ve bitiminde, ayrıca mesai içerisinde kontrol edilmekte midir?
2. Hastanede uzman durumu müsait olan branşlarda acil branş nöbeti tutuluyor mu?
3. Kurumun Eczacı mevcuduna uygun “Eczacı Nöbeti” tutulmakta mıdır?
4. Başhekim yardımcıları nöbet hizmetine dâhil edilmekte midir?
5. İcapçı (ev nöbeti) nöbeti ile yükümlü olan hekimler bu nöbetle ilgili görevlerini eksiksiz yapmakta mıdır?
6. Nöbet esaslarının uygulanmasında mevzuat hükümlerine uyulmakta mıdır?



SORU 1

Personelin mesaiye riayetleri, çalışma saatleri başlangıcı ve bitiminde, ayrıca mesai içerisinde kontrol edilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 12, 14, 37-38,
TKHK Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Md. 17,
THGM'nin 2010/65 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Bu yönetmelik hükümlerine uygun olarak düzenlenen çalışma saatlerinde bütün personelin görevleri başında bulunmalarını, belirli saatte görevlerine başlamalarını yakından izler, bunun için de çalışma saatinin başlangıç ve bitiminde olmak üzere iki defa devam cetvelini imza ettirerek düzenli devamlarını sağlar ve kontrol eder.

Buna göre, 30 Temmuz 2010 tarihi itibarıyla sağlık personelinin haftalık çalışma süresinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesi uyarınca haftalık 40 saat olarak uygulanması gerekmektedir. Bakanlığımıza ait hastanelerde çalışma saatlerinin tespitinde de 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “günlük çalışma saatlerinin tespiti” başlıklı 100 üncü maddesinin ve 13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin çalışma düzeni ve saatleri ile ilgili maddelerinin dikkate alınması icab etmektedir.

Aynı yönetmeliğin 12 inci maddesinde, poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin baştabiplikçe belirlenerek duyurulacağı ve belirlenen saatler içerisinde kesintisiz olarak sürdürüleceği, 14 üncü maddesinde ise acil hizmetlerin 24 saat süre ile kesintisiz olarak yürütüleceği hükme bağlanmıştır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Mesai takibinin yeterli olup olmadığı mesai cetvelleri veya varsa mesaiye başlayış ve ayrılış tespiti için yapılan diğer sistemler üzerinden kontrol edilmelidir.



MESAI VE NÖBET HİZMETLERİ

SORU 2	
Hastanede uzman durumu müsait olan branşlarda acil branş nöbeti tutuluyor mu?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 42, Acil Tebliğ Md. 12	
AÇIKLAMA	
Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır. Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur. Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir. Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur. Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir. Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Nöbet listeleri ve nöbet ücretlerinin ödenmesine ilişkin belgeler üzerinden kontrol edilmelidir.	



MESAI VE NÖBET HİZMETLERİ

SORU 3	
Kurumun Eczacı mevcuduna uygun “Eczacı Nöbeti” tutulmakta mıdır?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 45	
AÇIKLAMA	
Başeczacı dahil bilfiil eczanede görevli dört eczacı bulunan kurumlarda eczacı nöbeti tutturulur. Beş ve daha fazla eczacı bulunan kurumlarda başeczacı nöbete girmez kurumun iş hacmine, acil vak'a durumuna ve eczacı adedine göre kaç eczacının nöbete kalacağına baştabib karar verir. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığının Taşınır Kayıt ve Kontrol yetkilileri hakkındaki 18/06/2009 tarihli ve 6018 sayılı yazısında; taşınır kayıt ve kontrol yetkililerine gece nöbeti ve harici iş verilmemesinin uygun olacağı belirtildiğinden, taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi eczacının dışında dört eczacı bulunan kurumlarda eczane nöbeti tutturulur.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Eczacı nöbetine ilişkin kayıtlar kontrol edilmelidir.	

SORU 4	
Başhekim yardımcıları nöbet hizmetine dâhil edilmekte midir?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 42/B, THGM'nin 2007/10 sayılı Genelgesi	
AÇIKLAMA	
Eğitim hastaneleri dışında uzman baştabip yardımcısı ile birlikte uzman tabip adedi normal nöbet tutmaya müsait kurumlarda baştabip yardımcıları da normal nöbete girerler. Bu bağlamda, Baştabip Yardımcılarının gerek idari gerek tıbbi (acil, branş nöbetleri) nöbet hizmetlerine dahil edilmesi ve nöbet hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesi gerekmektedir. Not: Eğitim hastanelerinde bu kritere uyum aranmaz.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Eğitim hastaneleri dışındaki hastanelerde başhekim yardımcılarının nöbet tutup tutmadığı nöbet listeleri üzerinde kontrol edilmelidir.	

MESAI VE NÖBET HİZMETLERİ

SORU 5

İcapçı (ev nöbeti) nöbeti ile yükümlü olan hekimler bu nöbetle ilgili görevlerini eksiksiz yapmakta mıdır?

DAYANAK

YTKİY Md. 42/A

AÇIKLAMA

İcapçı nöbeti (Ev nöbeti): Uzman adedi nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutarlar. Bunun için aylık ev nöbet listeleri hazırlanır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerinden sorumludur. Ev nöbetçisi akşam vizitlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Aylık icapçı nöbet listeleri görülmelidir.

SORU 6

Nöbet esaslarının uygulanmasında mevzuat hükümlerine uyulmakta mıdır?

DAYANAK

YTKİY Md. 41

AÇIKLAMA

Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kasalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder.

Nöbet Saat 8.00 den ertesi gün 8.00 e kadar devam eder. Nöbetçi olanlar hiçbir surette kurumdan ayrılamazlar.

Nöbetçi personel nöbeti teslim alacak personel gelmeden ve nöbetinde geçen önemli olaylar, izlenecek hususlar hakkında gerekli bilgiyi vermeden ayrılamaz.

Nöbeti teslim alacak vaktinde gelmediği takdirde, durum baştabibe bildirilir, gerekli tedbir alındıktan sonra eskisi ayrılabilir.

Nöbet günleri ancak baştabiplik müsaadesiyle değiştirilir.

Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez.

Nöbet listeleri normal günler için ayrı, Cumartesi, Pazar, bayram ve tatil günleri için de ayrı olarak düzenlenir. Nöbet listelerinin düzenlenmesinde yıllık izinler dikkate alınır.

Nöbet tutan her meslek grubu için sayfeleri numaralı ve tasdikli bir nöbet defteri tutulur. Nöbetçiler bu deftere nöbetlerinde geçen önemli olayları saat belirleyerek ve bir sonraki nöbetçiye devredilen tıbbi, idari ve teknik işlerle ilgili önerilerini kaydeder. Nöbet defterleri her gün idari ve mali işler müdürü tarafından tetkik edilerek gerekleri yapılır. Önemli hususlarda baştabibe iletilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Nöbetlerin mevzuata uygunluğu özellikle açıklamadaki hususlar yönünden irdelenmelidir.

17. SAĞLIK KURULU HİZMETLERİ

1. Sağlık kurulu raporu için başvuran hastalara ilişkin kayıtlar mevzuatın öngördüğü esas ve usullere uygun yapılıyor mu?
2. Hastanede kalan sağlık kurulu raporu nüshası ekinde laboratuvar tetkik sonuçları ve filmler saklanıyor mu?
3. Sağlık kuruluşu özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili ise Özürlü sağlık kurulu raporlarına ait bilgiler Başbakanlık Özürölüler İdaresi Başkanlığına düzenli olarak bildiriyor mu?
4. Sağlık kuruluşu özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili ise Hastanede ayrıca Özürlü Sağlık Kurulu Defteri tutuluyor mu?
5. Sağlık kurulu raporlarının ücretlendirilmesi işlemlerinde ilgili mevzuat hükümlerine uyuluyor mu?



SORU 1

Sağlık kurulu raporu için başvuran hastalara ilişkin kayıtlar mevzuatın öngördüğü esas ve usullere uygun yapılıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 27,
2014/29 sayılı SHGM Genelgesi

AÇIKLAMA

Sağlık Kurulu muayeneleri, ilgili uzmanlık dallarına ait polikliniklerde yapılarak önceden tespit edilen poliklinik muayene tarihi, poliklinik kayıt numarası kayıt edilmek suretiyle, bulgular ve teşhis yazılarak imza edilir. Laboratuvar tetkik sonuçları ve filmleri bu forma eklenir. Kurul kararlarının kaydı için bir defter tutulur. Bu defterin her sahifesi numaralanarak hastane yöneticiliğince önceden mühürlenir. Kurul üyeleri deftere kaydedilen rapor suretlerini de imza ederler. Kararlara muhalefet edenler raporun kurumda kalan nüshasına ve bu deftere muhalefet nedenlerini yazarak imzalarlar.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla incelenen sağlık raporlarında mevzuata uygunluk hususu irdelenmelidir.

SORU 2

Hastanede kalan sağlık kurulu raporu nüshası ekinde laboratuvar tetkik sonuçları ve filmler saklanıyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 27

AÇIKLAMA

Sağlık Kurulu muayeneleri, ilgili uzmanlık dallarına ait polikliniklerde yapılır. Önceden tespit edilen Form, poliklinik muayene tarihi, poliklinik kayıt numarası kayıt edilmek suretiyle, bulgular ve teşhis yazılarak imza edilir. Laboratuvar tetkik sonuçları ve filmleri bu forma eklenir.

Kurul buna göre, gereğinde hastayı veya rapor isteyen kişiyi bizzat da görerek karar verir.

Kurul kararlarının kaydı için bir defter tutulur. Bu defterin her sahifesi numaralanarak hastane baştabipliğince önceden mühürlenir. Kurul üyeleri deftere kaydedilen rapor suretlerini de imza ederler. Kararlara muhalefet edenler raporun kurumda kalan nüshasına ve bu deftere muhalefet nedenlerini yazarak imzalarlar. İlgiliye verilecek veya kurumuna gönderilecek rapor nüshaları kurula katılan bütün üyeler tarafından muhalefet nedeni yazılmadan imzalanır.

Kararın oybirliği veya çoğunlukla verildiği raporların karar bölümüne mutlaka yazılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilecek sağlık kurulu raporlarının ekinde laboratuvar tetkik sonuçları ve filmlerin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 3

Sağlık kuruluşu özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili ise Özürlü sağlık kurulu raporlarına ait bilgiler Başbakanlık Özürhüleri İdaresi Başkanlığına düzenli olarak bildiriyor mu?

DAYANAK

Özürhüleri Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürhüleri Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik Md. 14/4

AÇIKLAMA

Özürhüleri sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurumları, özürhüleri sağlık kurulu raporlarına ait bilgileri Sağlık Bakanlığı veri tabanına aktarır. Sağlık Bakanlığı, veri tabanındaki bu bilgileri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının belirlediği veri yapısında Ulusal Özürhüleri Veri tabanına aktarılmak üzere her ayın ilk haftası Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığında elektronik ortamda gönderir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı bu bilgilerin Ulusal Özürhüleri Veri tabanına aktarılması amacıyla uygun servisler hazırlar. Özürhüleri bilgilerinin Ulusal Özürhüleri Veri tabanına aktarılmasına yönelik teknik yöntem ile özürhüleri bilgilerinin elektronik ortamda alınmasına ilişkin usul ve esaslar Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından belirlenir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Özürhüleri sağlık kurulu raporlarına ait bilgilerin Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığında bildirimine ait kayıtlar kontrol edilmelidir.

SORU 4

Sağlık kuruluşu özürhüleri sağlık kurulu raporu vermeye yetkili ise Hastanede ayrıca Özürhüleri Sağlık Kurulu Defteri tutuluyor mu?

DAYANAK

Özürhüleri Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürhüleri Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik Md. 12

AÇIKLAMA

Kurul kararlarının kaydı için özürhüleri sağlık kurulu raporu vermeye yetkili her hastanede *ayrı bir özürhüleri sağlık kurulu kaydı tutulur*. Kurul üyeleri, kaydedilen özürhüleri sağlık kurulu raporlarının suretlerini de imza ederler. Kararlara muhalefet edenler, raporun kurumda kalan nüshasına ve bu kayıt ortamına gerekçeli olarak muhalefet şerhini yazarak imza ederler.

İNCELEME YÖNTEMİ

Özürhüleri Sağlık Kurulu Defteri görülmelidir.

SORU 5

Sağlık kurulu raporlarının ücretlendirilmesi işlemlerinde ilgili mevzuat hükümlerine uyuluyor mu?

DAYANAK

31.05.2013 tarihli ve 28663 sayılı R.G.'de yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı,
2014/29 sayılı SHGM Genelgesi Md: 19,
Mali Hizmetler KBY'nin 31.03.2015 tarihli ve 382 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Türk Silahlı Kuvvetleri eğitim kurumlarına alınacak askeri öğrenci adayları, ilk defa işe başlayacak olan muvazzaf ve sözleşmeli subay/astsubay adayları, uzman jandarma ve uzman erbaş adayları ve sözleşmeli er/erbaş adaylarından istenilecek sağlık kurulu raporları için asker hastanelerinde verilen sağlık hizmetleri ile Emniyet Genel Müdürlüğü eğitim kurumlarına alınacak öğrenci adayları ve ilk defa işe başlayacak olan Emniyet Hizmetleri Sınıfı adaylarından istenilecek sağlık kurulu raporları için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularında verilen sağlık hizmetlerinden ücret alınmaz.

Kamu kurum ve kuruluşlarınca ilgili mevzuatı gereğince görevde bulunan personel ile askeri öğrencilerden talep edilen sağlık raporları için kurumlarınca sevk edilmesi kaydıyla Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularında veya asker hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinden ücret alınmaz.

Bakanlar Kurulu Kararı kamu personellerini kapsamaktadır. Hizmet alımı amacıyla yapılan sözleşmeler gereğince yüklenici aracılığıyla çalıştırılanlar ise kamu personeli olarak değerlendirilemez. Bu kişilerden sağlık raporlarına yönelik işlemlerden ücret talep edilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilen sağlık kurulu raporlarının ücretlendirilmesi açıklamadaki hususlar yönünden kontrol edilmelidir.



18. ARŞİV HİZMETLERİ

1. Merkezi Tıbbi Arşiv oluşturulmuş mudur?
2. Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların saklanması, değiştirilmesi, dışarıdan yapılacak müdahalelerin veya silinmesinin önlenmesi amacıyla yönergede öngörülen tedbirler alınmış mıdır?
3. Kurum arşivlerinde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri için, Ayıklama ve İmha Komisyonu oluşturulmuş mudur?



ARŞİV HİZMETLERİ

SORU 1	
Merkezi Tıbbi Arşiv oluşturulmuş mudur?	
DAYANAK	
YTKİY Md. 32; Yat. Ted. Kur. Tıbbi Arşiv Hiz. Yöner. Md. 5	
AÇIKLAMA	
Her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur. Bütün servislerin ve olanakları ölçüsünde polikliniklerin işi biten dosyaları, bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir. Dosyanın çabuk ve kolay bulunması için; isme, hastalığa ve protokol numarasına göre lüzumlu görülen çeşitli bulma kolaylıkları sağlayacak kartoteks sistemleri uygulanır. Merkezî tıbbî arşivin çalışma şekli ile hastanede tutulan tüm kayıtların bilgisayar ortamında tutulabilmesine ilişkin usul ve esaslar Yönerge ile belirlenir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Merkezi tıbbi arşiv oluşturulup oluşturulmadığı yerinde görülmelidir.	

SORU 2	
Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların saklanması, değiştirilmesi, dışarıdan yapılacak müdahalelerin veya silinmesinin önlenmesi amacıyla yönergede öngörülen tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge Ek Md. 1	
AÇIKLAMA	
Fiziki, manyetik veya elektronik müdahalelere karşı hastane idaresince gerekli teknik ve idari önlemler alınır, alınan önlemlerin periyodik olarak denetlenmesinden Baştabip sorumludur. Bu işler için görevlendirilen personel, mevcut yedekleme sisteminden (yok ise derhal kurulmalı) günlük, haftalık, aylık ve yıllık olmak üzere verilerin yedeklenmesi (back-up) işini yürütür. Yedekler hem elektronik (veritabanının bulunduğu disk ünitesinden farklı bir disk ünitesine, örneğin veritabanı C:'de ise D:'ye) hem de fiziksel olarak düzenli bir şekilde (CD, DVD) farklı ortamlara alınır. Adli vakalara ve adli raporlara ait kayıtların gizliliği ve güvenliği açısından, vakayı takibenden hekim dışında vaka hakkında veri girişi yapılamaması ya da Adli Raporu tanzim eden Hekimin onayından sonra kendisi dâhil hiç kimsenin rapor ile ilgili değişiklik yapamaması için gerekli yazılım düzenlemeleri yapılmış olmalıdır. Adli vaka kayıtlarına ve adli raporlara sadece Başhekimlik tarafından yetkilendirilmiş kişiler erişebilir. Resmi olarak istenmesi halinde yeni çıktı alınarak suret olduğu belirtilmek kaydıyla tasdiklenebilir. Ancak bu yetkililerin, hiçbir şekilde rapor üzerinde değişiklik yapmasına izin verilmez. Depo, ambar, stok kontrol, eczane çalışmalarında da Adli Vaka ve Adli Rapor prosedürleri aynen geçerlidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların saklanması için alınan tedbirler açıklamadaki hususlar yönünden değerlendirilmelidir.	

ARŞİV HİZMETLERİ

SORU 3

Kurum arşivlerinde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri için, Ayıklama ve İmha Komisyonu oluşturulmuş mudur?

DAYANAK

3473 S. Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun Md. 4;
Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik Md. 33-40;
Sağlık Bakanlığı Arşiv Yönetmeliği Md. 33-40

AÇIKLAMA

Taşra, bölge ve yurt dışı arşivlerinde yapılacak ayıklama ve imha işlemi için, arşiv hizmetlerinin düzenlenmesi ve yürütülmesinden sorumlu ünite âmirinin başkanlığında, varsa birim arşiv sorumlusu ve birim arşivinden, görevlendirilecek bir memur, yoksa bu işlerde görevlendirilmiş sorumlu kişi ile malzemeleri ayıklanacak ve imha edilecek ilgili daire veya ünitenin âmiri tarafından görevlendirilecek kamu idaresi ve evrak yönetimi konusunda bilgi ve tecrübe sahibi iki temsilciden teşkil olunacak 5 veya 4 kişilik bir “Ayıklama ve İmha Komisyonu” kurulur. Yeterli personelin olmaması hâlinde, bu komisyon en az 3 kişiden teşkil olunur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ayıklama ve İmha Komisyonu görevlendirme yazısı görülmelidir.



19. GENEL İDARİ İŞLEMLER

1. Resmi yazışmalarda ilgili yönetmelikteki esas ve usullere uyulmakta mıdır?
2. Başhekim yardımcıları ve müdür yardımcıları arasında yazılı görev dağılımı yapılmış mıdır?
3. Personele kullandırılan izinlerde mevzuat hükümlerine uyulmakta mıdır?
4. Hastane personeli ilgilendiren ve hastane içerisinde duyurulması gereken afiş, ilan ve duyurular, personelin yoğun ve toplu bulunduğu yemekhane salonlarında oluşturulan panolarda ilan ediliyor mu?



GENEL İDARİ İŞLEMLER

SORU 1

Resmi yazışmalarda ilgili yönetmelikteki esas ve usullere uyulmakta mıdır?

DAYANAK

Resmi Yazışmalarda Uygulanacak Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik

AÇIKLAMA

Resmi yazılar 02/02/2015 tarihli ve 29255 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Resmî Yazışmalarda Uygulanacak Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak hazırlanmalıdır. Kuruma ait tüm yazışmalarda ilgili yazının evrak kayıt defterine göre tarih ve sayı almış olması, hiçbir evrakın kayıt dışı kalmaması aranmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Seçilen resmi yazışmaların yönetmeliğe uygunluğu kontrol edilmelidir.

SORU 2

Başhekim yardımcıları ve müdür yardımcıları arasında yazılı görev dağılımı yapılmış mıdır?

DAYANAK

TKHK Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Md. 18, 19, 20, 21

AÇIKLAMA

Baştabip varsa yardımcılarının birini, gerekirse bir kaçını yoksa uzmanlardan bir veya birkaçını personel için daire tabipliği yapmak üzere görevlendirir.

Baştabip yardımcısı her hususta baştabibe yardım eder ve ona karşı sorumludur.

Baştabibin hizmetle ilgili konularda vereceği emirleri yerine getirmekle yükümlüdür.

Baştabip yardımcısının birden fazla olduğu kurumlarda baştabip bunlar arasında görev bölümü yaparak, bir tanesini adli vak'a veya işlemlerin takip ve süratle sonuçlandırılması için görevlendirir.

İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı; İMİ Müdürünün görevlerine yardım eder. İMİ müdürünün kendisine vereceği idari, mali ve teknik görevlerde kanun, tüzük, yönetmelik ve diğer mevzuata göre hizmet görür. İMİ Müdürünün yokluğunda onun görevini yapar.

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı, SBH Müdürünün vereceği görevleri yapmakla ve SBH Müdürünün bulunmadığı hallerde de kendisine vekalet etmekle yükümlüdür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yapılan görev dağılımına ilişkin belgeler görülmelidir.

GENEL İDARİ İŞLEMLER

SORU 3

Personele kullandırılan izinlerde mevzuat hükümlerine uyulmakta mıdır?

DAYANAK

657 sayılı DMK Md. 102, 104, 105, 108;
2 no'lu Kamu Personeli Genel Tebliği,
Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi

AÇIKLAMA

Devlet memurları, duruma göre 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununda belirtilen “Yıllık İzin”, “Mazeret İzni”, “Hastalık İzni” ve “Aylıksız İzin” türlerinden birini kullanabilirler. Hangi durumlarda hangi iznin kullanılabileceği ve bu izinlerin süreleriyle ilgili açıklamalar, Devlet Memurları Kanununun 102, 104, 105 ve 108. Maddelerinde detaylı bir şekilde belirtilmiştir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Kullandırılan izinler arasından örneklem yöntemiyle seçilenlerin mevzuata uygunluğu kontrol edilmelidir.

SORU 4

Hastane personelini ilgilendiren ve hastane içerisinde duyurulması gereken afiş, ilan ve duyurular, personelin yoğun ve toplu bulunduğu yemekhane salonlarında oluşturulan panolarda ilan ediliyor mu?

DAYANAK

THGM'nin 2006/113 No'lu Genelgesi Md. 7

AÇIKLAMA

4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu hükümleri gereği hastane içinde duyurulması gereken afiş, ilan ve duyuruların sadece personelin yoğun ve toplu bulunduğu yemekhane salonlarında oluşturulacak panolarda asılması gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Konuyla ilgili panolar yerinde görülmelidir.

20. DİSİPLİN İŞLEMLERİ

1. Devlet memurlarının amirleri veya kurumları tarafından kendilerine uygulanan idari eylem ve işlemlerden dolayı şikâyet haklarını kullanmalarında ilgili mevzuat hükümleri uygulanmakta mıdır?
2. Disiplin cezasını gerektiren bir fiil veya durumun öğrenilmesi üzerine gerekli disiplin soruşturması zamanaşımı süreleri de dikkate alınarak yetkili disiplin amirlerince başlatılmakta mıdır?
3. Disiplin Soruşturması neticesinde kendisine disiplin cezası verilmesi öngörülen personelin cezası, disiplin cezası vermeye yetkili amirler tarafından verilmekte midir?
4. Disiplin amirleri; uyarma, kınama ve aylıktan kesme cezalarını soruşturmanın tamamlandığı günden itibaren 15 günlük süre içinde veriyorlar mı?
5. Hakkında disiplin soruşturması yürütülen memura yasa uyarınca savunma hakkı tanınmakta mıdır?



DİSİPLİN İŞLEMLERİ

SORU 1

Devlet memurlarının amirleri veya kurumları tarafından kendilerine uygulanan idari eylem ve işlemlerden dolayı şikâyet haklarını kullanmalarında ilgili mevzuat hükümleri uygulanmakta mıdır?

DAYANAK

657 sayılı DMK Md. 21,
Devlet Memurlarının Şikayet ve Müracaatları Hakkında Yönetmelik

AÇIKLAMA

Şikayetler söz veya yazı ile en yakın amirden başlanarak silsile yolu ile ve şikayet edilen amirler atlanarak yapılır. Yazılı şikayetler maksadı en iyi ifade edecek şekilde ve mevzuat hükümlerine uygun olarak yazılan bir dilekçe ile yapılır. Dilekçede tespit edilen eksiklikler ile suç teşkil etmeyen usulsüzlüklerin giderilmesi şikayeti kabul eden amirlerce sağlanır. Sözlü şikayetlerde de bu esaslara uyulur. Sözlü olarak yapılan şikayetler, şikayeti yapanın istemi halinde yapıldıkları anda şikayetçi ile şikayeti kabul eden amir tarafından birlikte imzalanan bir tutanakla tespit olunur ve iki tarafa verilir. Amir de şikayetin tutanağa geçirilmesini isteyebilir. Şikayetçi tutanak düzenlenmesinden kaçınırsa şikayet yapılmamış sayılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yapılan bu tür şikayetlerden seçilenlerin, mevzuata uygun olarak işleme konulup konulmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 2

Disiplin cezasını gerektiren bir fiil veya durumun öğrenilmesi üzerine gerekli disiplin soruşturması zamanaşımı süreleri de dikkate alınarak yetkili disiplin amirlerince başlatılmakta mıdır?

DAYANAK

657 s. DMK Md. 124, 125, 126, 127,
TKHK Disiplin Yönetmeliği

AÇIKLAMA

Uyarma, kınama ve aylıktan kesme cezaları disiplin amirleri tarafından; kademe ilerlemesinin durdurulması cezası, memurun bağlı olduğu kurumdaki disiplin kurulunun kararı alındıktan sonra, atamaya yetkili amirler il disiplin kurullarının kararlarına dayanan hallerde Valiler tarafından verilir. Devlet memurluğundan çıkarma cezası amirlerin bu yoldaki isteği üzerine, memurun bağlı bulunduğu kurumun yüksek disiplin kurulu kararı ile verilir.

Disiplin kurulu ve yüksek disiplin kurulunun ayrı bir ceza tayinine yetkisi yoktur, cezayı kabul veya reddeder. Ret halinde atamaya yetkili amirler 15 gün içinde başka bir disiplin cezası vermekte serbesttirler.

Özel kanunların disiplin cezası vermeye yetkili amir ve kurullarla ilgili hükümleri saklıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilen disiplin soruşturma dosyalarında zamanaşımı sürelerinin uygunluğu kontrol edilmelidir.

DISİPLİN İŞLEMLERİ

SORU 3

Disiplin Soruşturması neticesinde kendisine disiplin cezası verilmesi öngörülen personelin cezası, disiplin cezası vermeye yetkili amirler tarafından verilmekte midir?

DAYANAK

T.K.H.K. Disiplin Yönetmelik Eki III sayılı Cetvel

AÇIKLAMA

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu merkez, taşra ve döner sermaye teşkilatında görevli Devlet memurları ve sözleşmeli personelin disiplin amirleri Yönetmeliğine ekli I, II ve III sayılı cetvellerde gösterilmiştir.

Devlet memuru veya sözleşmeli personelin kadrosunun bulunduğu yerden başka bir yere görevlendirilmesi durumunda görevlendirildiği yerdeki disipline aykırı fiilleri sebebiyle verilecek disiplin cezası memurun görevlendirildiği yerdeki disiplin amirince takdir edilir.

Kurum Başkanı her kademedeki Devlet memuru ve sözleşmeli personelin üst disiplin amiridir. Valiler il, kaymakamlar ise ilçe sınırları içerisinde görevli Devlet memuru ve sözleşmeli personel hakkında, disipline aykırı fiillerinden dolayı doğrudan disiplin cezası vermeye yetkilidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilen disiplin soruşturma dosyalarında; personele verilecek cezaların yetkili amirler tarafından uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 4

Disiplin amirleri; uyarma, kınama ve aylıktan kesme cezalarını soruşturmanın tamamlandığı günden itibaren 15 günlük süre içinde veriyorlar mı?

DAYANAK

657 s. DMK Md. 128,
Disiplin Kurulları ve Disiplin Amirleri Hk. Yönetmelik Md. 18, 19/b

AÇIKLAMA

Disiplin amirleri uyarma, kınama ve aylıktan kesme cezalarını soruşturmanın tamamlandığı günden itibaren 15 gün içinde vermek zorundadırlar. (Bu süre geçirildikten sonra ceza verilemez.)

İNCELEME YÖNTEMİ

Seçilen dosyalarda süreler kontrol edilmelidir.

SORU 5

Hakkında disiplin soruşturması yürütülen memura yasa uyarınca savunma hakkı tanınmakta mıdır?

DAYANAK

657 s. DMK Md. 130

AÇIKLAMA

Devlet memuru hakkında savunması alınmadan disiplin cezası verilemez. Soruşturmayı yapanın veya yetkili disiplin kurulunun 7 günden az olmamak üzere verdiği süre içinde veya belirtilen bir tarihte savunmasını yapmayan memur, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Seçilen dosyalarda hakkında disiplin soruşturması yürütülen memura yasa uyarınca savunma hakkı verilip verilmediği kontrol edilmelidir.

21. SİVİL SAVUNMA HİZMETLERİ, TESİS VE ÇEVRE GÜVENLİĞİ İLE YÖNETİMİ

1. Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi hazırlanmış mıdır?
2. Yangın algılama ve uyarı sistemi mevcut ve çalışır durumda mı?
3. Yangın söndürme ve tahliye tatbikatı yapılıyor mu?
4. Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesine yönelik tedbirler alınmış mıdır?
5. Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmış mıdır?
6. Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda yapılması gerekenler ile ilgili tedbirler alınmış mıdır?



SORU 1

Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi hazırlanmış mıdır?

DAYANAK

Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 136

AÇIKLAMA

Belediyeler, kamu kurum ve kuruluşları ve özel kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişiler; bulundukları yer, yapı, bina, tesis ve işletmelerin özelliklerini ve Yönetmelik hükümlerini dikkate alarak yangın önleme ve söndürme konusunda iç düzenlemelerde bulunurlar.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi görülmelidir.

SORU 2

Yangın algılama ve uyarı sistemi mevcut ve çalışır durumda mı?

DAYANAK

Binaların Yangından Korunması Hakkındaki Yönetmelik Md. 75,
Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi Md. 75

AÇIKLAMA

Yangın algılama ve uyarı sisteminin, el ile, otomatik olarak veya bir söndürme sisteminden aldığı uyarılardan biri veya birkaçı ile devreye girmesi gerekir. Tüm yangın uyarı butonlarının görülebilir ve kolayca erişilebilir olması gerekir. Yangın uyarı butonları, yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilir. Aşağıda belirtilen binalarda yangın uyarı butonlarının kullanılması mecburidir:

- a) Konutlar hariç, kat alanı 400 m²'den fazla olan iki kat ile dört kat arasındaki bütün binalarda,
- b) Konutlar hariç, kat sayısı dörtten fazla olan bütün binalarda,
- c) Konutlar dâhil bütün yüksek binalarda.

Bütün algılama cihazlarının periyodik testler ve bakımlar için ulaşılabilir olması gerekir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yangın algılama ve uyarı sistemi yerinde kontrol edilmelidir.

SORU 3

Yangın söndürme ve tahliye tatbikatı yapılıyor mu?

DAYANAK

Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi Md. 129

AÇIKLAMA

Acil durum ekiplerinin personeli; Bakanlık Merkez Teşkilatında Savunma Sekreterliğinden, Taşra Teşkilatında ve bağlı kuruluşlarda Sivil savunma Uzmanlarının koordinesinde, İl Sivil Savunma Müdürlüğü ve İtfaiye Teşkilatının gerekirse yardım ve desteği alınarak, yönetici veya amirinin sorumluluğunda yangından korunma, yangının söndürülmesi, can ve mal kurtarma, ilk yardım faaliyetleri, itfaiye ile işbirliği ve organizasyon sağlanması konularında, mahalli itfaiye ve sivil savunma teşkilatlarından yararlanılarak eğitilir ve yapılan tatbikatlar ile bilgi ve becerileri artırılır. Ekip personeli ile binadaki diğer görevliler, yangın söndürme alet ve malzemelerinin nasıl kullanılacağı ve en kısa zamanda itfaiyeye nasıl ulaşılacağı konularında tatbikî eğitimden geçirilir. Binada senede en az 1 kez söndürme ve tahliye tatbikatı yapılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yapılan tatbikatlara ilişkin belgelere bakılmalıdır.

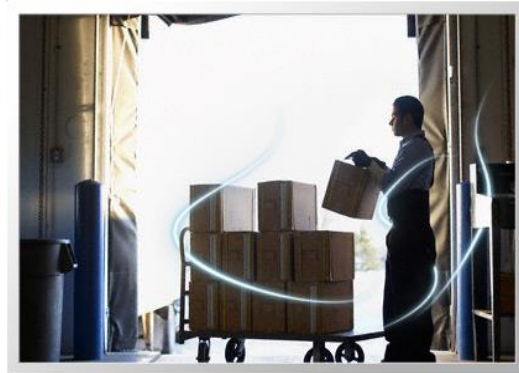
SORU 4	
Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesine yönelik tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
İçme suyu, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak sunulmalıdır. Bu bağlamda elektrik, kalorifer, medikal gaz ve atık su sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır. Bu hizmetlerin kesintiye uğraması durumunda diğer alternatiflerin ihtiyacı karşılama kapasiteleri belirlenmeli, gerektiğinde bu hizmetlerin hangi yolla temin edileceği planlanmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Elektrik, kalorifer, medikal gaz ve atık su sistemlerinin periyodik bakımının yapıldığına dair belgeler incelenmelidir.	

SORU 5	
Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmış mıdır?	
DAYANAK	
SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
Asansör kullanım uygunluk belgesi bulunmalıdır. Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalı, engellilere yönelik düzenlemelerle birlikte asansör bakımları aylık olarak ve gerektiğinde yapılmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Asansörlerin kullanım uygunluk ve asansör bakımlarının yapıldığına dair belgeler görülmelidir.	

SORU 6	
Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda yapılması gerekenler ile ilgili tedbirler alınmış mıdır?	
DAYANAK	
SPKY/ HKS	
AÇIKLAMA	
Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması için yapılacak işlemler şunlardır: Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır. Acil durum ve afet planı; koruyucu önlemleri, kontrolü, erken teşhis ve tespiti, tesisin tahliyesini, kullanılacak alternatif alanları, kullanılacak malzemelerin teminini, işbirliği yapılacak kurumlarla organizasyonu kapsamalıdır. Plana ilişkin görevlendirmeler yapılmalı, acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar belirlenmelidir. Acil durum yönetimine yönelik eğitim verilmelidir. Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir. Tüm hastane çalışanlarına yangın söndürücülerini ve hortumlarının kullanımına yönelik uygulamalı eğitim verilmelidir. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tatbikat yapılmalıdır. Tesis tahliye tatbikatı yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tesis tahliye tatbikatı; yoğun bakım ve psikiyatri klinik/servis tahliyesini de kapsamalıdır. Yangın tatbikatı yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. Tatbikat raporu hazırlanmalıdır. Tatbikat raporuna göre gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Afetlerle ilgili planlar görülerek, gerekli tatbikatların yapıp yapılmadığı belgeler üzerinde kontrol edilmelidir.	

22. TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ

1. Kurum kapasitesi doğrultusunda gerekli birimlerde yeterli sayıda Taşınır Kayıt Yetkilisi ve Taşınır Kontrol Yetkilisi görevlendirilmiş midir?
2. Taşınırların tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak belge ve cetveller Yönetmelikte belirtilen defterlere (otomasyon sisteminde) usulüne uygun olarak kayıt edilmekte midir?
3. Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre Yönetmelikte belirtilen belge ve cetveller kullanılmakta mıdır?
4. Yapılan sayım sonucunda fazla bulunan taşınırlar, taşınır işlem fişi ile kayıtlara alınmakta mıdır?
5. Taşınır İşlem Fişi düzenlenmeden tüketim malzemesi çıkışı yapılmamasına dikkat edilmekte midir?
6. Taşınır işlem fişleri gerekli muhasebe kayıtlarının yapılabilmesi için Muhasebe birimine zamanında gönderilmekte midir?
7. Taşınır sayımları, sayım kurulu tarafından yönetmelik hükümleri doğrultusunda yürütülmüş müdür?
8. Taşınır konsolide görevlilerince, İdare Taşınır Mal Yönetimi Ayrıntılı Hesap Cetveli ile İdare Taşınır Mal Yönetim Hesabı İcmal Cetveli usulüne uygun olarak hazırlanıyor mu?
9. Dayanıklı Taşınırlar Listesinde yer alan taşınırlar, ortak kullanım alanının sorumlusu veya yöneticisine imzası alınmak suretiyle teslim edilmiş midir?
10. Ambar veya depolarda yer alan malzemeler, düzenli bir biçimde ve uygun şartlarda muhafaza edilmekte midir?
11. Her bir tıbbi malzeme ve ilaç için belirlenen Azami Stok Miktarına (ASM) uyuluyor mu?
12. Muayene ve kabul işlemleri Kurum merkezi tarafından yapıldıktan sonra sağlık tesislerine gönderilen cihazların teslim alınması ve taşınır kayıt işlemleri usulüne uygun olarak yapılıyor mu?



TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ

SORU 1

Kurum kapasitesi doğrultusunda gerekli birimlerde yeterli sayıda Taşınır Kayıt Yetkilisi ve Taşınır Kontrol Yetkilisi görevlendirilmiş midir?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 5, 6;
Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 02/11/2007 tarih ve 012768 sayılı yazısı,
Mali Hizmetler KBY'nin 17/01/2014 tarihli ve 11651 sayılı yazısı
Mali Hizmetler KBY'nin 13/05/2016 tarihli ve 455 sayılı Genel Yazısı

AÇIKLAMA

Taşınır kayıt yetkilileri, harcama yetkililerince, memuriyet veya çalışma unvanına bağlı kalmaksızın, taşınır kayıt ve işlemlerini bu Yönetmelikte belirtilen usule uygun şekilde yapabilecek bilgi ve niteliklere sahip personel arasından görevlendirilir. Taşınır işlemleri yoğun olan harcama birimlerinde birden fazla taşınır kayıt yetkilisi görevlendirilebilir. Kamu idarelerince ihtiyaç duyulması halinde birden fazla harcama biriminin taşınır kayıtları harcama birimleri itibarıyla ayrı ayrı tutulmak kaydıyla, bir taşınır kayıt yetkilisi tarafından yürütülebilir.

Taşınır kontrol yetkilileri, harcama yetkililerince, taşınır kayıt yetkilisinin yapmış olduğu kayıt ve işlemleri kontrol etmek üzere yardımcılarından veya bunların bir alt kademesindeki yöneticileri arasından görevlendirilir. Personel yetersizliği nedeniyle taşınır kontrol yetkilisi görevlendirilemeyen harcama birimlerinde ise bu görev harcama yetkilisi tarafından yerine getirilir.

Taşınır kontrol yetkilisi ile taşınır kayıt yetkilisi görevi aynı kişide birleşemez.

Taşınır kayıt yetkilisi olarak medikal depoda tercihen eczacı veya sağlık memuru/hemşire; biyomedikal depoda tercihen biyomedikal mühendisi/teknikeri/teknisyeni, tıbbi teknolog, tıp elektroniği bölümü mezunları; ayniyat depoda tercihen V.H.K.İ/memur görevlendirilmesine dikkat edilir. Medikal depo, biyomedikal depo ve ayniyat depo sorumluluk alanlarından aynı kişi sorumlu olamaz.

Medikal Depo; ilaç, tıbbi sarf, cerrahi alet ve laboratuvar depolarından, Biyomedikal Depo; biyomedikal tüketim ve biyomedikal dayanıklı taşınır depolarından, Ayniyat Depo ise ayniyat tüketim ve ayniyat dayanıklı taşınır depolarından oluşmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Görevlendirme yazıları incelenerek, gerekli şartları taşıyıp taşımadıkları kontrol edilmelidir.

SORU 2

Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak belge ve cetveller Yönetmelikte belirtilen defterlere (otomasyon sisteminde) usulüne uygun olarak kayıt edilmekte midir?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 9, 11

AÇIKLAMA

Taşınır işlemlerinde, özelliklerine göre Tüketim Malzemeleri Defteri, Dayanıklı Taşınır Defteri gibi defterler tutulmalıdır.

Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır.

Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Taşınırın giriş ve çıkış kayıtlarının sistem üzerinden uygunluğu incelenmelidir.

TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ

SORU 3

Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre Yönetmelikte belirtilen belge ve cetveller kullanılmakta mıdır?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 10

AÇIKLAMA

Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre aşağıda belirtilen belge ve cetveller kullanılır.

- Taşınır İşlem Fişi (Örnek: 5; 5/A),
- Taşınır Teslim Belgesi (Örnek: 6; 6/A)
- Taşınır İstek Belgesi (Örnek: 7), ç) Dayanıklı Taşınır Listesi (Örnek: 8)
- Taşınır Geçici Alındısı (Örnek: 9),
- Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı (Örnek: 10)
- Ambar Devir ve Teslim Tutanağı (Örnek: 11)
- Sayım Tutanağı (Örnek: 12), ğ) Taşınır Sayım ve Döküm Cetveli (Örnek: 13)
- Harcama Birimi Taşınır Mal Yönetim Hesabı Cetveli (Örnek: 14)
- Taşınır Hesap Cetveli (Örnek: 15):
- İdare Taşınır Mal Yönetimi Ayrıntılı Hesap Cetveli (Örnek: 16):
- İdare Taşınır Mal Yönetim Hesabı İcmal Cetveli (Örnek: 17):
- Müze/Kütüphane Yönetim Hesabı Cetveli (Örnek: 18):
- Tesis Bileşenleri Cetveli (Örnek: 19):

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme olarak seçilecek taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre Yönetmelikte belirtilen belge ve cetvellerin kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 4

Yapılan sayım sonucunda fazla bulunan taşınır, taşınır işlem fişi ile kayıtlara alınmakta mıdır?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 17

AÇIKLAMA

Yapılan sayım sonucunda fazla bulunan taşınır, Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlara alınır. Sayım fazlası taşınırın giriş kaydedilmesinde; söz konusu taşınır aynı nitelikte son bir yıl içinde girişi yapılan taşınır varsa bu değer, aksi halde değer tespit komisyonu tarafından belirlenecek değer esas alınır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Yapılan son sayım tutanakları kontrol edilerek fazla bulunan taşınır varsa bunların kayıt altına alınmasıyla ilgili düzenlenen taşınır işlem fişi görülmelidir.

SORU 5

Taşınır İşlem Fişi düzenlenmeden tüketim malzemesi çıkışı yapılmamasına dikkat edilmekte midir?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 22

AÇIKLAMA

Taşınır İşlem Fişi düzenlenmeden hiçbir şekilde tüketim malzemesi çıkışı yapılamaz. Tüketim malzemelerinin çıkış kayıtları, ambarlara girişlerindeki öncelik sırası dikkate alınarak "ilk giren-ilk çıkar" esasına göre ve giriş bedelleri üzerinden yapılır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Çıkış yapıldığı görülen tüketim malzemeleri için taşınır işlem fişi kesilip kesilmediği kontrol edilmelidir.

TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ

SORU 6

Taşınır işlem fişleri gerekli muhasebe kayıtlarının yapılabilmesi için Muhasebe birimine zamanında gönderilmekte midir?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 30/1

AÇIKLAMA

Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, kamu idarelerinin muhasebe kayıtlarında ilgili stok ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırlardan; satınalma suretiyle edinilenlerin giriş işlemleri ile değer artırıcı harcamalar için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde, muhasebe birimine gönderilir. Diğer şekillerde edinilen taşınırların girişleri ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırların çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin birer nüshasının, düzenleme tarihini takip eden en geç on gün içinde ve her durumda mali yıl sona ermeden önce muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ancak aynı muhasebe biriminden hizmet alan, aynı kamu idaresinin harcama birimleri arasında yapılan taşınır devirlerinde, devreden harcama birimince düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yoluyla seçilen taşınır işlem fişlerinin Yönetmelik Md. 30/1’de belirtilen süreler dikkate alınarak muhasebe birimine gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

SORU 7

Taşınır sayımları, sayım kurulu tarafından yönetmelik hükümleri doğrultusunda yürütülmüş müdür?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 32

AÇIKLAMA

Kamu idarelerine ait taşınırların, taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmasında, yıl sonlarında ve harcama yetkilisinin gerekli gördüğü durum ve zamanlarda sayımı yapılır.

Taşınır sayımları, harcama yetkilisince, kendisinin veya görevlendireceği bir kişinin başkanlığında taşınır kayıt yetkilisinin de katılımıyla, en az üç kişiden oluşturulan sayım kurulu tarafından yapılır.

Sayımda bulunan miktar ile kayıtlı miktar arasında fark bulunması halinde miktarlarında farklılık bulunan taşınırların sayımı bir kez daha tekrarlanır. Yine farklı çıkarsa bu miktar "Fazla" veya "Noksan" sütununa kaydedilir.

Sayım kurulunca, taşınırların fiili miktarlarının kayıtlı miktarlardan eksik oluşunun tespit edilmesi halinde Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi; fazla olduğunun tespit edilmesi halinde ise Taşınır İşlem Fişi düzenlettirilerek, defter kayıtlarının sayım sonuçlarıyla uygunluğu sağlanır.

Düzenlenen giriş ve çıkış belgelerinin bir örneği, muhasebe kayıtlarının yapılması için muhasebe birimine gönderilir.

Kayıtların sayım sonuçlarıyla uygunluğu sağlandıktan sonra sayım kurulu tarafından Taşınır Sayım ve Döküm Cetveli düzenlenir. Cetvel, sayım kurulu ile taşınır kayıt yetkilisi tarafından imzalanır.

Bu Cetvel ve eki sayım tutanağı ile sayım sonuçlarına göre düzenlenen giriş ve çıkış belgeleri, taşınır kayıt yetkilisinin yıl sonu hesabını oluşturur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Taşınır sayımlarının açıklamada belirtilen hususlar çerçevesinde mevzuata uygunluğu kontrol edilmelidir.

TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ

SORU 8

Taşınır konsolide görevlilerince, İdare Taşınır Mal Yönetimi Ayrıntılı Hesap Cetveli ile İdare Taşınır Mal Yönetim Hesabı İcmal Cetveli usulüne uygun olarak hazırlanıyor mu?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 35/1

AÇIKLAMA

Merkezdeki taşınır konsolide görevlilerince; dış temsilcilikler ile merkez ve taşra harcama birimleri itibarıyla düzenlenen harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetvelleri öncelikle I inci düzey detay kodu itibarıyla ayrı ayrı birleştirilmek suretiyle İdare Taşınır Mal Yönetimi Ayrıntılı Hesap Cetveli, taşınır hesap grupları itibarıyla birleştirilmek suretiyle de İdare Taşınır Mal Yönetim Hesabı İcmal Cetveli hazırlanır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Adı geçen cetvellerin usulüne uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 9

Dayanıklı Taşınır Listesinde yer alan taşınır, ortak kullanım alanının sorumlusu veya yöneticisine imzası alınmak suretiyle teslim edilmiş midir?

DAYANAK

Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 23/5

AÇIKLAMA

Taşınır; oda, büro, bölüm, geçit, salon, atölye, garaj ve servis gibi ortak kullanım alanlarına Dayanıklı Taşınır Listesi düzenlenmek ve istek yapan birim yetkilisinin ve/veya varsa ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınmak suretiyle verilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Dayanıklı taşınır listesi düzenlenen taşınırın tesliminde düzenlenen teslim-tesellüm belgesinde, istek yapan birim yetkilisinin ve/veya varsa ortak kullanım alanı sorumlusunun imzasının bulunup bulunmadığına bakılmalıdır.

SORU 10

Ambar veya depolarda yer alan malzemeler, düzenli bir biçimde ve uygun şartlarda muhafaza edilmekte midir?

DAYANAK

YTKİY Md. 102

AÇIKLAMA

Ambar veya depoya giren her türlü malzeme, yiyecek, ilaç ve giyecek düzenli bir şekilde tasnif edilerek yerleştirilir. Haşarat, sıcak, soğuk, yangın vb. durumlara karşı her türlü tedbir alınmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ambar veya depolar denetimlerde yerinde görülerek malzemelerin düzenli yerleştirilip yerleştirilmediği, Haşarat, sıcak, soğuk, yangın gibi durumlara karşı yeterli tedbirlerin alındığı görülmelidir.

TAŞINIR MAL İŞLEMLERİ

SORU 11

Her bir tıbbi malzeme ve ilaç için belirlenen Azami Stok Miktarına (ASM) uyuluyor mu?

DAYANAK

TKHK'nın 2013/09 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Birlikler ve bağlı sağlık tesisleri için **azami stok miktarı 60 (altmış) gün** yetecek stok miktarı olarak belirlenmiştir. Azami stok miktarı ilgili malzeme için günlük talep hızının 60 (altmış) ile çarpımı suretiyle elde edilir.

“Azami Stok Miktarı Uygulaması” ile stok fazlası ve ihtiyaç fazlası ürünlerin ihtiyacı olan diğer sağlık tesislerine/kurumlara devredilmesi öngörülmüştür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Depolarda yapılan sayımlarda, bahse konu stok miktarına uyulup uyulmadığı kontrol edilmelidir.



SORU 12

Muayene ve kabul işlemleri Kurum merkezi tarafından yapıldıktan sonra sağlık tesislerine gönderilen cihazların teslim alınması ve taşınır kayıt işlemleri usulüne uygun olarak yapılıyor mu?

DAYANAK

17/12/2014 tarihli ve 949 sayılı Mali Hizmetler KBY Yazısı

AÇIKLAMA

Kurum tarafından Muayene ve Kabul İşlemleri merkezden yapılarak sağlık tesislerine gönderilen cihazların, sağlık tesisinde görevli bir yönetici (Başhekim Yrd., İdari ve Mali İşler Müdürü, Müdür Yardımcıları vb.) ve ilgili cihaz konusunda deneyimli en az bir uzman hekimin nezaretinde, Taşınır Kayıt Yetkilisi veya görevlendirilen personeller tarafından teslim alınması; gönderilen tıbbi cihazların montajının yapılıp çalışır halde kuruma teslim edilmesine müteakip Taşınır İşlem Fişlerinin düzenlenmesi, eğer montaj ve kurulum gerçekleştirilemiyorsa gerekçelerinin ayrıntılı bir şekilde yazılı olarak Kurumumuza bildirilmesi gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Bu kapsamda yapılan muayene kabul işlemleri belge üzerinde kontrol edilmelidir.

23. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEMELER

1. Kurumda görevli personele yapılan ek ödeme toplamının kurumun o dönemdeki döner sermaye gelirinden yasal kesintiler düşüldükten sonra kalan miktarın %50'sini aşmamasına dikkat ediliyor mu?
2. Girişimsel işlemlerin, bütçe uygulama talimatı/tebliği ilkelerine uygunluğu ile bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyeti oluşturulmuş mu?
3. Döner sermaye komisyonunun çalışmaları yönetmelik hükümlerine uygun olarak gerçekleştirilmekte midir?
4. Kurum performans ve kalite birimi görevlerini yönerge çerçevesinde yürütüyor mu?



PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEMELER

SORU 1

Kurumda görevli personele yapılan ek ödeme toplamının kurumun o dönemdeki döner sermaye gelirinden yasal kesintiler düşüldükten sonra kalan miktarın %50'sini aşmamasına dikkat ediliyor mu?

DAYANAK

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personeler Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik 5/1-a

AÇIKLAMA

Ek ödeme, personele sağlık tesisine fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafı hasılatı öncelikle Hazine payı, 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ile Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktar, 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenen oranları geçmemek üzere personele ek ödeme olarak dağıtılabilir. Bağış, faiz, kira gelirinden elde edilen döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele ek ödeme olarak dağıtılamaz.

İNCELEME YÖNTEMİ

Personeler yapılan ek ödeme toplamının, kurumun o dönemdeki döner sermaye gelirinden yasal kesintiler düşüldükten sonra kalan miktarın %50'sini aşıp aşmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 2

Girişimsel işlemlerin, bütçe uygulama talimatı/tebliği ilkelerine uygunluğu ile bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyeti oluşturulmuş mu?

DAYANAK

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personeler Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik 5/1-b

AÇIKLAMA

Tabiplerce gerçekleştirilen tabip muayene ve girişimsel işlemleri incelemek amacıyla birliğe bağlı her bir sağlık tesisinde *inceleme heyeti* oluşturulur. Başhekim, inceleme heyeti üyelerini; mesleğinde en az 10 yıl çalışmış, yok ise daha az çalışmış ve inceleme heyeti raporuna istinaden disiplin cezası almamış olan tabip veya dış tabipleri arasından seçer. Heyet başkanı heyet üyelerinin kendi aralarında yapacakları seçimle belirlenir. İnceleme heyeti üye sayısı 3'ten az, 12'den fazla olamaz. İnceleme heyeti üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar alır. Oyların eşitliği halinde, heyet başkanının oyu yönünde karar alınmış sayılır. İnceleme heyetinin çalışmaları sırasında ihtiyaç duyduğu bilgi, belge ve kayıtlar ilgili birimlerce ivedilikle temin edilerek heyete sunulur. Heyetin sekreteryası idari ve mali hizmetler müdürlüğüne yapılır. Hekimler, ilgili dönemde gerçekleştirdikleri muayene ve girişimsel işlemlerin doğruluğunu, 5 inci maddenin birinci fıkrasının (r) bendi kapsamında çıkarılacak Yönergeye ekli listelerdeki açıklama ve hükümlere uygunluğunu sağlık tesisinin bilgi yönetim sistemi üzerinden düzenli olarak kontrol etmekle yükümlüdür. İnceleme heyeti; sağlık tesisi kayıtlarında yapıldığı bildirilen muayene ve girişimsel işlemlerin yapıp yapılmadığını, Girişimsel İşlemler Yönergesine ekli listelerdeki açıklama ve hükümler ile tıp etiğine uygunluğunu inceler, işlemleri yerindelik, nitelik ve nicelik yönünden değerlendirir. Girişimsel işlemlerle ilgili itiraz ve şikâyetleri inceler ve karara bağlar.

Gerekli hallerde Kurum ve birlik bünyesinde de inceleme heyeti oluşturulabilir. Aynı ödeme dönemi için birlik bünyesindeki inceleme heyeti tarafından değerlendirme yapılması halinde bu değerlendirme sonuçları, Kurum bünyesindeki inceleme heyeti tarafından değerlendirme yapılması halinde de bu heyetin değerlendirme sonuçları esas alınır.

İNCELEME YÖNTEMİ

İnceleme heyeti oluşturulmasına ilişkin belge ve kayıtlar kontrol edilmelidir.

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEMELER

SORU 3

Döner sermaye komisyonunun çalışmaları yönetmelik hükümlerine uygun olarak gerçekleştirilmekte midir?

DAYANAK

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik Md. 7

AÇIKLAMA

Komisyonun başkanı hastane yöneticisidir. Komisyon, başkanın daveti üzerine önceden belirlenmiş toplantı gündemine göre her ayın ilk haftası içinde, üye sayısının en az 2/3 çoğunluğu ile toplanır ve katılanların oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, başkanın oy verdiği tarafın görüşü yönünde karar alınır. Komisyon dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlerken, sağlık tesisinin gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu ve ihtiyaçlarını gözetmekle yükümlü ve sorumludur. Komisyon kararları karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır. Komisyonun sekreteryaya hizmetleri idari ve mali hizmetler müdürlüğünce yürütülür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Döner sermaye komisyonunun çalışmalarının yönetmeliğe uygunluğu açıklamadaki hususlar yönünden irdelenmelidir.

SORU 4

Kurum performans ve kalite birimi görevlerini yönerge çerçevesinde yürütüyor mu?

DAYANAK

SPKY/HKS

AÇIKLAMA

HKS uygulamalarını yürütmek üzere kurumlarda “kalite yönetim birimi” kurulur. Kurumlarda üst yönetimin belirlediği bir çalışan, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü kalite yönetim biriminin sorumlusudur. Kalite Yönetim Direktörü; Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışan Güvenliği Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Tesis Güvenliği Komitesi ve Eğitim Komitesinin doğal üyesidir.

Kalite yönetim birimi; HKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı, bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli, öz değerlendirmeleri yönetmeli, hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirmeli, HKS çerçevesinde hazırlanan; yazılı düzenlemeleri kontrol etmeli, yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip etmeli, hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirmeli, HKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Kurum performans ve kalite biriminin görevlerini yönergeye uygun olarak yapıp yapmadığı kontrol edilmelidir.

24. SATIN ALMA İŞLEMLERİ

1. İhalelerin gizliliği ve güvenliği bakımından, satın alma biriminde kamu görevlisi olmayanların çalıştırılmamasına dikkat ediliyor mu?
2. İhtiyaçların gerçekçi belirlenmesi amacıyla oluşturulan İhtiyaç Tespit Komisyonu, görevini belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yerine getirmekte midir?
3. Pazarlık ve doğrudan temin yönteminin benimsenmesine dayanak gösterilen gerekçeler yerinde midir?
4. Kamu İhale Kanunu kapsamında yapılacak alımlar için hazırlanacak Teknik Şartnamelerin düzenlenmesinde gerekli rekabet ortamının sağlanması hususuna riayet ediliyor mu?
5. Parasal limite dayalı alımlarda, % 10'luk limitin aşılmamasına dikkat edilmekte midir?
6. Alımlarda kısımlara bölmeme kuralına uyulmakta mıdır?
7. Yaklaşık maliyetler, mevzuat hükümlerine uygun hazırlanmakta mıdır?
8. Kesinleşmiş sosyal güvenlik ve vergi borcu olmadığına ilişkin yazılar, ihale tarihi itibarıyla olan durumu göstermekte midir?
9. İlan sürelerine uyulmakta mıdır?
10. İhaleler, ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren istekliler üzerinde bırakılmakta mıdır?
11. 4734 ve 4735 Sayılı Kanunlarda yer alan ve ihalelerden yasaklanma kararı alınmasını gerektirir durumlarda, ihalelerden yasaklanmaya ilişkin hükümlere uyulmakta mıdır?
12. Muayene ve kabul işlemlerinde, ilgili yönetmelik hükümlerine uyulmakta mıdır?
13. Hizmet alım yoluyla çalıştırılmakta olan işçilerin; maaş ve SSK prim ödemeleri, yemek, yol ve giyim gibi özlük haklarının, yüklenici tarafından şartname hükümlerine uygun olarak, yerine getirilip getirilmediği, hastane idaresi tarafından kontrol edilmekte midir?
14. Personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihaleleri çerçevesinde çalıştırılan personelin ihale ve sözleşme konusu iş dışında başka bir işte çalıştırılmamasına dikkat ediliyor mu?
15. Merkezi sistem kemoterapi ilaç hazırlama üniteleri (robotik, otomatik, tam otomatik, yarı otomatik... vb.), hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) ve robotik yürüme rehabilitasyon sistemleri, anjiyografi cihazı, dijital mamografi cihazı, merkezi laboratuvar hizmetleri, nükleer tıp hizmetleri cihazları, radyoterapi hizmetleri cihazları vb. gibi tıbbi cihazların temin edilmesine yönelik hizmet alımlarına çıkılmadan önce ihale ilanı yapılmış olsa dahi Kurumdan izin alınmakta mıdır?

SATIN ALMA İŞLEMLERİ

Açıklama: Hastane tarafından gerçekleştirilen satın almalar (Açık ihale usulü, belli istekliler arasında ihale usulü, pazarlık usulü ve doğrudan temin yöntemi) örnekleme yoluyla incelenerek, denetim sorusunda istenen hususlara göre bir değerlendirme yapılacaktır. Örneklemin sayısı ve niteliği, hastanenin satın almaları hakkında genel bir fikir edinilmesine yetecek düzeyde olmalıdır. Hangi satın almaların örnekleme dahil edildiği ve inceleme sonucu elde edilen bulgular raporda belirtilecek/değerlendirilecektir. Aşağıdaki sorular örnekleme yöntemiyle seçilerek denetim raporunda belirtilmiş satın almalar kapsamında cevaplanacaktır.

SORU 1	
İhalelerin gizliliği ve güvenliği bakımından, satın alma biriminde kamu görevlisi olmayanların çalıştırılmamasına dikkat ediliyor mu?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Madde: 5, 61	
AÇIKLAMA	
Hastanelerimizde yeterli sayıda personelden oluşturulmuş bir satın alma birimi kurulmalıdır. Satın alma birimi işlerinin gizliliği ve güvenliği açısından, kamu görevlisi olmayanların, satın alma biriminin fiili işleyişinde görev almaması gerekmektedir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Satın alma biriminde görevlendirilen personele ilişkin yazı ve ilgililerin beyanları değerlendirilerek birimde kamu görevlisi olmayan personel çalıştırılıp çalıştırılmadığı kontrol edilmelidir.	



SATIN ALMA İŞLEMLERİ

SORU 2	
İhtiyaçların gerçekçi belirlenmesi amacıyla oluşturulan İhtiyaç Tespit Komisyonu, görevini belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yerine getirmekte midir?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Md. 5; TKHK 2013/09 sayılı Genelge Md. 2.3 ve Md. 2.c	
AÇIKLAMA	
İstemi yapılan ihtiyacın, ilgili birim yetkilisi tarafından talep edilmesi gerekmektedir. Mal alımlarında, istemin değerlendirilmesi esnasında, stok durumu ve önceki yılların tüketim miktarlarının göz önünde bulundurulması, netice itibarıyla, ihtiyaçların uygun şartlarla ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılması sağlanmalıdır. İhtiyaçlar piyasadan temin edilmeden önce Bakanlığımız web sitesi ihtiyaç fazlası sorgu ekranından araştırılarak varsa öncelikle ihtiyaç fazlası olan kurum ve kuruluşlardan temin edilmesi yoluna gidilmelidir. Hizmet alımlarında, alımı yapılacak hizmetin konusuna göre ilgili uzman/teknik personelin katılımı ile en az 3 kişiden oluşan "İhtiyaç Tespit Komisyonları"nın kurulması kararlaştırılmıştır. Bu komisyon: Mal alımlarında teminine karar verilen bir ürünün sadece, alınacak miktarına değil fiyatlandırılabilir ürünlerde bunun geri ödeme kurumları tarafından ödenip ödenmediğine ve azami hangi fiyattan alınabileceğine, Hizmet alımlarında alınacak hizmetin nitelik ve kapsamına ve geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak ödeme dikkate alınarak bahse konu hizmetin azami hangi fiyattan alınabileceğine, Alternatif ürünleri de araştırarak ihtiyacın daha düşük maliyetlerle karşılanmasının mümkün olup olmadığına, İhtiyaç konusu mal veya hizmetin alternatif temin yöntemlerinin (bağış, diğer kurumlardan devir, kiralama, hizmet alımı gibi) bulunup bulunmadığına, İhtiyaçların hizmet sunumu için gerekliliği, aciliyeti ile kurumun mali durumu ve ödeme dengesi gibi hususları dikkate alarak temin edilme önceliğine karar verecektir. Diğer taraftan komisyon tarafından gerçekleştirilecek ihtiyaç tespit çalışmaları tutanaklaştırılarak ihale sürecine esas olan ihale onay belgesinin ekinde muhafaza edilecektir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
İhtiyaç Tespit Komisyonunun görevini açıklamada belirtilen hususlar çerçevesinde yerine getirip getirmediği irdelenmelidir.	

SORU 3	
Pazarlık ve doğrudan temin yönteminin benimsenmesine dayanak gösterilen gerekçeler yerinde midir?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Md. 21, 22, Kamu İhale Genel Tebliği Md. 22	
AÇIKLAMA	
Yasanın 21. ve 22. Maddelerinde ve Kamu İhale Genel Tebliğinde belirtilen hususlara ve güncellenmiş limitlere riayet edilerek işlem yapıp yapılmadığına; ayrıca alımlara dayanak gösterilen gerekçelerin yerindeliliğine özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Pazarlık ve doğrudan temin yöntemi ile yapılan ihaleler arasından örneklem yöntemiyle seçilenlerin; bu ihale yöntemlerinin seçilmesine dair gerekçelerinin mantıklı ve yerinde olup olmadığı incelenmelidir.	

SATIN ALMA İŞLEMLERİ

SORU 4	
Kamu İhale Kanunu kapsamında yapılacak alımlar için hazırlanacak Teknik Şartnamelerin düzenlenmesinde gerekli rekabet ortamının sağlanması hususuna riayet ediliyor mu?	
DAYANAK	
4734 sayılı Kamu İhale Kanunu Madde 12, 2008/42 ve 2012/30 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgeleri, 15/01/2014 tarihli ve 175 sayılı Mali Hizmetler KBY Genel Yazısı	
AÇIKLAMA	
4734 sayılı Kanunun “Şartnameler” başlıklı 12 nci maddesinin ikinci paragrafında; “İhale konusu mal veya hizmet alımları ile yapım işlerinin teknik kriterlerine ihale dokümanının bir parçası olan teknik şartnamelerde yer verilir. Belirlenecek teknik kriterler, verimliliği ve fonksiyonelliği sağlamaya yönelik olacak, rekabeti engelleyici hususlar içermeyecek ve bütün istekliler için fırsat eşitliği sağlayacaktır.” hükmüne yer verilerek istekli ve adaylar arasında rekabeti engelleyecek hususlara yer verilmeden ve fırsat eşitliği sağlanarak teknik şartnamelerin hazırlanması hükmedilmiştir. Kamu Hastaneleri Birlikleri ve bağlı sağlık tesislerince, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında yapılacak alımlar için hazırlanacak teknik şartnamelerin düzenlenmesinde, gerekli rekabet ortamının sağlanabilmesi için gerekli hususlar 05/01/2014 tarihli ve 175 sayılı Mali Hizmetler KBY Genel Yazısında ayrıntılı olarak belirtilmiştir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örnekleme yoluyla seçilecek teknik şartnameler incelenerek; rekabet ortamını sağlayıcı şekilde düzenlenip düzenlenmediği, bu alımlara rekabete oluştuğunu gösterir sayıda teklif gelip gelmediği hususları değerlendirilmelidir.	

SORU 5	
Parasal limite dayalı alımlarda, % 10’luk limitin aşılmamasına dikkat edilmekte midir?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Md. 62, Sağlık Bakanlığı SGB’nin 2008/42 sayılı Genelgesi IV: Bölüm ve Ek:1 Cetvel, TKHK 2014/10 sayılı Genelgesi Md. D.3.b	
AÇIKLAMA	
4734 sayılı Kanunun 62 nci maddesinin (ı) bendinde “Bu Kanunun 21 ve 22 nci maddelerindeki parasal limitler dâhilinde yapılacak harcamaların yıllık toplamı, idarelerin bütçelerine bu amaçla konulacak ödeneklerin % 10 unu Kamu İhale Kurulunun uygun görüşü olmadıkça aşamaz. ” hükmü yer almaktadır. 4734 sayılı Kanunun 21 inci maddesinin (f) bendi ve 22 nci maddesinin (d) bendine göre ihtiyaçların temininde kurum ve kuruluşlar, yıllık bütçelerinde belirlenen toplam ödenek miktarını dikkate alacaklardır. Kurum ve kuruluşlar, mal alımı, hizmet alımı veya yapım işleri için bütçelerine konan yıllık toplam ödenekleri üzerinden her biri için ayrı ayrı % 10 oranı hesaplayacaklardır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Sağlık tesisinin mal alımı, hizmet alımı veya yapım işleri için bütçelerine konan yıllık toplam ödenekleri üzerinden her biri için ayrı ayrı % 10 oranı hesaplayıp hesaplamadıkları ve alımlarda bu limitin aşılmadığı kontrol edilmelidir.	

SATIN ALMA İŞLEMLERİ

SORU 6	
Alımlarda kısımlara bölmeme kuralına uyulmakta mıdır?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Md. 5, Mal/Hizmet/Yapım İşleri İhaleleri Uygulama Yönetmelikleri Md. 4	
AÇIKLAMA	
Eşik değerlerin veya parasal limitlerin altında kalmak ya da Uygulama Yönetmeliklerinde yer alan diğer hükümlerin uygulanmasından kaçınmak amacıyla; yapım işleri, mal ve hizmet alımları kısımlara bölünemez.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Aynı nitelikte mal veya hizmet alımları ile yapım işleri incelenerek bunların tümünün birlikte yapılmasının mümkün olup olmayacağı, limitin altında kalması amacıyla bilerek kısımlara bölmenin söz konusu olup olmadığı değerlendirilmelidir.	

SORU 7	
Yaklaşık maliyetler, mevzuat hükümlerine uygun hazırlanmakta mıdır?	
DAYANAK	
Mal Alımları Uygulama Yönetmeliği Md. 8, TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 29/05/2014 tarih ve 344 sayılı yazısı	
AÇIKLAMA	
Mal veya hizmet alımları ile yapım işlerinin ihalesi yapılmadan önce idarece, her türlü fiyat araştırması yapılarak katma değer vergisi hariç olmak üzere yaklaşık maliyet belirlenir ve dayanaklarıyla birlikte bir hesap cetvelinde gösterilir. Yaklaşık maliyete ihale ve ön yeterlik ilânlarında yer verilmez, isteklilere veya ihale süreci ile resmî ilişkisi olmayan diğer kişilere açıklanmaz. İdare yaklaşık maliyetin hesaplanmasında; alım konusu malın niteliğini, miktarını, teslim süresini, nakliyesini, sigortasını ve diğer özel şartlarını belirterek KDV hariç fiyat bildirilmesini ister. Ancak, idare, gerçek piyasa fiyatlarını yansıtmayan ve yaklaşık maliyetin hesaplanmasında hatalara sebep olabilecek fiyat bildirimlerini ve proforma faturaları değerlendirmeye almaz. İdare, alımın niteliğini ve piyasa koşullarını göz önünde bulundurmak suretiyle, İhale Uygulama Yönetmeliklerinin ilgili maddelerinde sayılan hususlar çerçevesinde elde ettiği fiyatların birini, birkaçını veya tamamını kullanmak suretiyle yaklaşık maliyeti hesaplar.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örnekleme yoluyla seçilecek 5 adet ihale/alım dosyası incelenerek, yaklaşık maliyetlerin usulüne uygun olarak belirlenip belirlenmediği irdelenmelidir.	

SATIN ALMA İŞLEMLERİ

SORU 8	
Kesinleşmiş sosyal güvenlik ve vergi borcu olmadığına ilişkin yazılar, ihale tarihi itibarıyla olan durumu göstermekte midir?	
DAYANAK	
Kamu İhale Genel Tebliği Md. 17.3.3, 17.4.3	
AÇIKLAMA	
İsteklilerin sosyal güvenlik prim borcu olmadığına ilişkin belgeyi işyerinin kayıtlı bulunduğu sosyal güvenlik il müdürlüğünden alması, bu belgenin; ilgili müdürlükçe aynı işverene ait Türkiye genelini kapsayacak şekilde yapılacak araştırma neticesinde düzenlenmesi ve ihale tarihi itibarıyla olan durumu göstermesi gerekmektedir. İsteklilerin vergi borcu olmadığına ilişkin belgeyi, yıllık gelir vergisi veya kurumlar vergisi yönünden bağlı bulunan vergi dairesinden almaları, bu belgenin; ihale tarihi itibarıyla olan durumu göstermesi ve ilgili vergi dairesince, gelir stopaj vergisi ile banka ve sigorta muameleleri vergisi açısından diğer vergi dairelerinden temin edilen bilgiler de dikkate alınarak düzenlenmesi gerekmektedir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örnekleme yoluyla seçilen ihale dosyalarında; isteklilerin kesinleşmiş sosyal güvenlik ve vergi borcu olmadığına ilişkin yazıların bulunup bulunmadığı ve bu yazıların ihale tarihi itibarıyla olan durumu gösterip göstermediği kontrol edilmelidir.	

SORU 9	
İlan sürelerine uyulmakta mıdır?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Md. 13	
AÇIKLAMA	
Kamu İhale Kanunu'nun 13. Maddesinde yer alan ilan sürelerine uyulup uyulmadığı kontrol edilecektir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örnekleme yoluyla seçilen ihalelerde Kamu İhale Kanunu Md.13'de yer alan ilan sürelerine uyulup uyulmadığı kontrol edilmelidir.	

SORU 10	
İhaleler, ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren istekliler üzerinde bırakılmakta mıdır?	
DAYANAK	
Kamu İhale Kanunu Md. 40	
AÇIKLAMA	
Kamu İhale Kanunu'nun 37 ve 38 inci maddelere göre yapılan değerlendirme sonucunda ihale, ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren isteklinin üzerinde bırakılır. Ekonomik açıdan en avantajlı teklifin sadece en düşük fiyat esasına göre belirlenmesinin mümkün olmadığı durumlarda; işletme ve bakım maliyeti, maliyet etkinliği, verimlilik, kalite ve teknik değer gibi fiyat dışındaki unsurlar dikkate alınarak ekonomik açıdan en avantajlı teklif belirlenir. Ekonomik açıdan en avantajlı teklifin fiyat dışındaki unsurlar da dikkate alınarak belirleneceği ihalelerde, ihale dokümanında bu unsurların parasal değerler olarak ifade edilmesi zorunludur. Parasal değerler olarak ifade edilmesi mümkün olmayan unsurlar için ihale dokümanında nispi ağırlıklar belirlenir. Kamu İhale Kanunu'nun 63 üncü maddesine göre ihale dokümanında yerli istekliler lehine fiyat avantajı sağlanacağı belirtilen ihalelerde, bu fiyat avantajı da uygulanmak suretiyle ekonomik açıdan en avantajlı teklif belirlenerek ihale sonuçlandırılır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Örnekleme yoluyla seçilen ihale dosyalarında; ihalenin ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren istekliler üzerinde bırakılıp bırakılmadığı değerlendirilmelidir.	

SORU 11

4734 ve 4735 Sayılı Kanunlarda yer alan ve ihalelerden yasaklanma kararı alınmasını gerektirir durumlarda, ihalelerden yasaklanmaya ilişkin hükümlere uyulmakta mıdır?

DAYANAK

Kamu İhale Kanunu Md. 8;
Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu Md. 26,
Mali Hizmetler KBY'nin 2013/04 sayılı Genelgesi,
Mali Hizmetler KBY'nin 04/03/2014 tarihli 949 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Kamu İhale Kanunu'nun 17 nci maddesinde belirtilen fiil veya davranışlarda bulundukları tespit edilenler hakkında fiil veya davranışlarının özelliğine göre, bir yıldan az olmamak üzere iki yıla kadar, üzerine ihale yapıldığı halde mücbir sebep halleri dışında usulüne göre sözleşme yapmayanlar hakkında ise altı aydan az olmamak üzere bir yıla kadar, 4734 sayılı Kanunun 2 nci ve 3 üncü maddeler ile istisna edilenler dahil bütün kamu kurum ve kuruluşlarının ihalelerine katılmaktan yasaklama kararı verilir.

Katılma yasakları, ihaleyi yapan bakanlık veya ilgili veya bağlı bulunulan bakanlık, herhangi bir bakanlığın ilgili veya bağlı kuruluşu sayılmayan idarelerde bu idarelerin ihale yetkilileri, il özel idareleri ve belediyeler ile bunlara bağlı birlik, müessese ve işletmelerde ise İçişleri Bakanlığı tarafından verilir.

Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu'nun 25 inci maddede belirtilen fiil veya davranışlarda bulundukları tespit edilenler hakkında fiil veya davranışlarının özelliğine göre, bir yıldan az olmamak üzere iki yıla kadar, 4734 sayılı Kanunun 2 nci ve 3 üncü maddeleri ile istisna edilenler dahil bütün kamu kurum ve kuruluşlarının ihalelerine katılmaktan yasaklama kararı verilir. Katılma yasakları, sözleşmeyi uygulayan bakanlık veya ilgili veya bağlı bulunulan bakanlık, herhangi bir bakanlığın ilgili veya bağlı kuruluşu sayılmayan idarelerde bu idarelerin ihale yetkilileri, il özel idareleri ve belediyeler ile bunlara bağlı birlik, müessese ve işletmelerde ise İçişleri Bakanlığı tarafından verilir.

İhaleyi yapan idareler, ihalelere katılmaktan yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaştıkları takdirde, gereğinin yapılması için bu durumu ilgili veya bağlı bulunulan bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

Yasaklama taleplerinin Kurumumuz Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığına bağlı Hizmet Alımları ve Tedarik Yönetimi Daire Başkanlığına gönderilmesi gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

İhalelerden yasaklanma kararı bulunan dosyalar tetkik edilerek, yasaklama işlemlerinin usulüne mevzuata uygun olup olmadığı ve yasaklama kararlarının Mali Hizmetler KBY bünyesindeki Tedarik Yöntemleri Düzenleme Daire Başkanlığına gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.



SATIN ALMA İŞLEMLERİ

SORU 12	
Muayene ve kabul işlemlerinde, ilgili yönetmelik hükümlerine uyulmakta mıdır?	
DAYANAK	
Hizmet/Mal Muayene ve Kabul Yönetmelikleri Md.5, Yapım İşleri Muayene ve Kabul Yönetmeliği Md.3	
AÇIKLAMA	
Taahhüt konusu hizmet yerine getirilmedikçe ve mal idareye teslim edilmedikçe, muayene ve kabul işlemleri yapılamaz. Muayene ve kabul komisyonları, yetkili makam tarafından, biri başkan olmak üzere en az üç (3) kişiden oluşturulur. Hizmet alımlarında ve yapım işlerinde, muayene ve kabul komisyonundan ayrı olarak, kontrol teşkilatı oluşturulur. Kontrol teşkilatında görev yapan kişi, aynı işin muayene ve kabul komisyonunda görevlendirilemez. Kontrol teşkilatları ile muayene ve kabul komisyonları, görevlerini yerine getirirken, idari ve teknik şartnamede yer alan hususları dikkate almalıdırlar.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Muayene ve kabul işlemlerinin, açıklamadaki hususlar yönünden ilgili yönetmelik hükümlerine uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir.	

SORU 13	
Hizmet alım yoluyla çalıştırılmakta olan işçilerin; maaş ve SSK prim ödemeleri, yemek, yol ve giyim gibi özlük haklarının, yüklenici tarafından şartname hükümlerine uygun olarak, yerine getirilip getirilmediği, hastane idaresi tarafından kontrol edilmekte midir?	
DAYANAK	
Sağlık Bakanlığı SGB'nin 2010/29 sayılı Genelgesi, Hizmet Alımları Genel Şartnamesi Md.38, Hastanenin ilgili ihaleye ilişkin idari ve teknik şartnamesi, Mali Hizmetler KBY'nin 26/07/2012 tarihli ve 7380 sayılı, 24/12/2013 tarihli ve 4907 sayılı Genel Yazıları	
AÇIKLAMA	
Alım yoluyla çalıştırılmakta olan işçilerin; maaş ve sigorta prim ödemeleri, yemek, yol ve giyim gibi özlük haklarının, yüklenici tarafından şartname hükümlerine uygun olarak, yerine getirilip getirilmediği, şartnamelerde yer alan hükümler çerçevesinde, kontrol teşkilatı tarafından takip ve kontrol edilmelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Hizmet alım yoluyla çalıştırılmakta olan işçilerin; maaş ve SSK prim ödemeleri, yemek, yol ve giyim gibi özlük haklarının, yüklenici tarafından şartname hükümlerine uygun olarak, yerine getirilip getirilmediğinin takibi hususunda yapılanlar irdelenmelidir.	

SATIN ALMA İŞLEMLERİ

SORU 14

Personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihaleleri çerçevesinde çalıştırılan personelin ihale ve sözleşme konusu iş dışında başka bir işte çalıştırılmamasına dikkat ediliyor mu?

DAYANAK

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu Ek Madde 8,
Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımlarında Uygun Görüş Alınması, Görevlilerin Sorumlulukları İle Yaptırımlar Hakkında Yönetmelik Md. 6/3,
Hizmet Alımları Genel Şartnamesi,
Sağlık Tesisinin ilgili ihaleye ilişkin teknik şartnamesi,
18/09/2014 tarihli ve 922 sayılı Mali Hizmetler KBY Genel Yazısı
04/01/2016 tarihli ve 2 sayılı Mali Hizmetler KBY Genel Yazısı Md. 13

AÇIKLAMA

6/2/2015 tarihli ve 29259 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan anılan Yönetmelikte ve belirtilen düzenlemelerde; personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihaleleri çerçevesinde çalıştırılan personelin ihale ve sözleşme konusu iş dışında başka bir işte çalıştırılmayacağı ve görevlendirilmeyeceği açıkça hükme bağlandığından, idari, cezai ve mali yaptırımlara maruz kalmamak için, ilgili ihale dokümanlarının ihtiyaç duyulan tüm alanlar dikkate alınarak belirlenmesi ve işçilerin ihale dokümanlarında belirtilen işler dışında çalıştırılmaması önem arz etmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu personelin ihale ve sözleşme konusu iş dışında çalıştırılıp çalıştırılmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 15

Merkezi sistem kemoterapi ilaç hazırlama üniteleri (robotik, otomatik, tam otomatik, yarı otomatik... vb.), hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) ve robotik yürüme rehabilitasyon sistemleri, anjiyografi cihazı, dijital mamografi cihazı, merkezi laboratuvar hizmetleri, nükleer tıp hizmetleri cihazları, radyoterapi hizmetleri cihazları vb. gibi tıbbi cihazların temin edilmesine yönelik hizmet alımlarına çıkılmadan önce ihale ilanı yapılmış olsa dahi Kurumdan izin alınmakta mıdır?

DAYANAK

2015/03 sayılı TKHK Genelgesi Md. B/1, C/1, D/1,
2015/9 sayılı SHGM Genelgesi,
Tıbbi Hizmetler KBY’nin 14/3/2016 tarihli ve 372 sayılı Genel Yazısı

AÇIKLAMA

Söz konusu kurumumuz genelgesinin ekinde yer alan EK-1 sayılı Liste’de ve anılan kurum yazısında hangi tıbbi cihazlar için izin alınacağı belirtilmiştir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu cihazların temin edilmesine yönelik hizmet alımlarına çıkılmadan önce ihale ilanı yapılmış olsa dahi Kurumdan izin alınıp alınmadığına bakılmalıdır.

25. MUHASEBE YETKİLİSİ MUTEMETLİK İŞLEMLERİ

1. Muhasebe Yetkilisi Mutemedi usulüne uygun olarak görevlendirilmiş midir?
2. Sağlık tesisi muhasebe yetkilisi mutemetlerinin, kasa mevcudunu her gün sonunda bankaya yatırmaları kontrol ediliyor mu? Bankaya yatırılan paraların muhasebe yetkilisi mutemedi alındı makbuzunda ve Mutemetlikler Tahsilatlar ve Ödemeler Defterinde belirtilen miktarlarla tutarlı olup olmadığı her hafta sonu gün sonunda hastane yöneticiliğince kontrol edilerek tutanak altına alınıyor mu?
3. Veznede tahsil edilen paralara ilişkin tanzim olunan ve muhtelif gerekçelerle iptal edilen Muhasebe Yetkilisi Mutemedi Alındıları usulüne uygun iptal edilmiş midir? İptal edilen Muhasebe Yetkilisi Mutemedi Alındılarına ilişkin paralar tahsil edilen kişilere usulüne uygun olarak iade edilmiş midir?



MUHASEBE YETKİLİSİ MUTEMETLİK İŞLEMLERİ

SORU 1

Muhasebe Yetkilisi Mutemedi usulüne uygun olarak görevlendirilmiş midir?

DAYANAK

Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği Md. 5

AÇIKLAMA

Muhasebe yetkilisi mutemedi olarak seçilen görevlinin adı, soyadı, görev yeri, unvanı ve imza örneği ile görev ve yetkileri ilk görevlendirmede muhasebe yetkilisine yazılı olarak bildirilir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu görevlendirme yazısı kontrol edilmelidir.

SORU 2

Sağlık tesisi muhasebe yetkilisi mutemetlerinin, kasa mevcudunu her gün sonunda bankaya yatırmaları kontrol ediliyor mu? Bankaya yatırılan paraların muhasebe yetkilisi mutemedi alındı makbuzunda ve Mutemetlikler Tahsilatlar ve Ödemeler Defterinde belirtilen miktarlarla tutarlı olup olmadığı her hafta sonu gün sonunda hastane yöneticiliğince kontrol edilerek tutanak altına alınıyor mu?

DAYANAK

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliğinin Md. 67,
Muhasebat Genel Müdürlüğünün 51 Sıra No’lu Sayılı Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliği Md. 5,
KHB’lerde Muhasebe Birimlerini Kurulması ve Muhasebe Hizmetlerini Yürütülmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge Md:17/3

AÇIKLAMA

Muhasebe birimlerince bir gün içinde tahsil edilen paralardan, ertesi gün kasadan yapılacak ödemeler için Bakanlıkça tespit edilerek duyurulan tutarların üç katı alıkonularak fazlası, düzenlenecek “Teslimat Müzekkeresi” ile bankaya yatırılır.

Sağlık tesislerinde görevlendirilen muhasebe yetkilisi mutemedi, kasa mevcudunu her gün sonunda bankaya yatırır. Bankaya yatırılan paraların sayman mutemedi alındı makbuzunda ve alındı icmal defterinde belirtilen miktarlarla tutarlı olup olmadığı her hafta sonu gün sonunda hastane yöneticiliği tarafından kontrol edilerek tutanak altına alınır. Tutanaklar ve ilgili belgeler her ay sonu toplu olarak muhasebe birimine gönderilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu tutanaklar incelenmelidir.

SORU 3

Veznede tahsil edilen paralara ilişkin tanzim olunan ve muhtelif gerekçelerle iptal edilen Muhasebe Yetkilisi Mutemedi Alındıları usulüne uygun iptal edilmiş midir? İptal edilen Muhasebe Yetkilisi Mutemedi Alındılarına ilişkin paralar tahsil edilen kişilere usulüne uygun olarak iade edilmiş midir?

DAYANAK

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği Md. 592, KHB’de Muhasebe Birimlerinin Kurulması ve Muhasebe Hizmetlerini Yürütülmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge Md. 16/1/ç-7

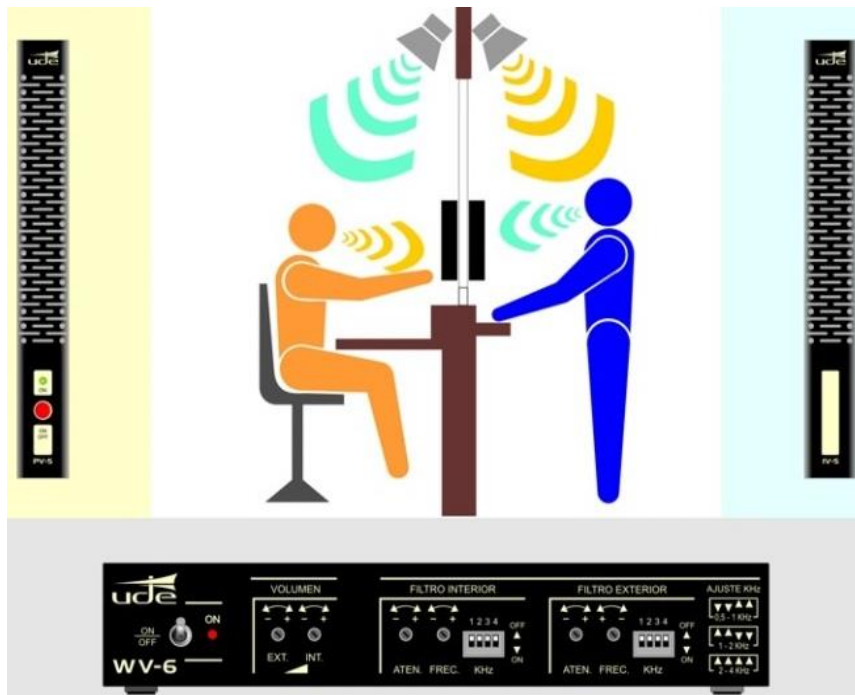
AÇIKLAMA

Seri ve sıra numarası taşıyan alındı, çek ve benzeri belgelerden hatalı düzenlenme nedeniyle iptal edilmesi gerekenler; sol alt köşeden sağ üst köşeye doğru çizilen iki paralel çizgi arasına “İptal” ibaresi yazılmak suretiyle iptal edilir. Ayrıca, iptal edilen bu belgelerin arkasına iptal gerekçesi de yazılarak muhasebe birimi veznesinde düzenlenen alındılar muhasebe yetkilisi ve veznedar tarafından, vezne dışında düzenlenen muhasebe yetkilisi mutemedi alındıları ise muhasebe yetkilisi mutemedi ile birim yetkilisi tarafından imzalanır. İptal edilen dip koçanlı alındı, çek ve benzeri belgeler dip koçanına iliştilirmek suretiyle muhafaza edilerek saklanır.

Muhasebe yetkilisi mutemetlerince ihale teminatı, tedavi veya güvence bedeli gibi nakden tahsil edilen paralar ile bu paralardan iade edilenler için “Mutemetlikler Tahsilat ve Ödemeler Defteri” (Örnek:12) kullanılır. Bu defteri kullanan muhasebe yetkilisi mutemetlerince, ayrıca Muhasebe Yetkilisi Mutemetleri Kasa Defteri tutulmaz. Mutemetlikler Tahsilat ve Ödemeler Defteri, birisi dip koçan olmak üzere üç nüsha düzenlenir.

İNCELEME YÖNTEMİ

İptal edilen Muhasebe Yetkilisi Mutemedi Alındılarının ve bu iptallere ilişkin tutarların iadesinin açıklamadaki hususlar çerçevesinde uygun olup olmadığı incelenmelidir.



26. MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ

1. Kamu personelinin aylık, ücret ve düzenli olarak yapılan benzeri alacaklarının mutemetlere ödenebilmesi için harcama yetkililerince mutemet görevlendirme yazısı düzenlenmiş midir?
2. Hastane personeline yapılan ödemelere (Maaş, Sabit Ödeme, Performans, Mesai vb.) ait bordrolardaki personel ismi/ödeme tutarı ile ödemenin yapılacağı bankanın hesabına Kuruma ait resmi elektronik posta adresi üzerinden gönderilen banka listesindeki personel ismi/ödeme tutarları birbirini teyit ediyor mu? Banka hesabından, personelin maaş hesaplarına aktarılan tutarlar uyumlu mudur?
3. Aylık olarak sabit ve sabit dışı ek ödeme bordroları tanzim edilirken, ek ödeme hakkı olmayan personele ödeme yapılmamasına uyulmakta mıdır?
4. Maaş bordrolarında yer alan kalemlerle ilgili olarak, tahakkuk evrakı ekinde kanıtlayıcı belgeler bulunmakta mıdır?
5. Aylık maaş bordrosu düzenlenirken, ek gösterge, özel hizmet tazminatı, yan ödemeler, aile yardımı ödeneği, asgari geçim indirimi gibi bilgiler doğru yansıtılmakta mıdır?
6. Nöbet ücreti ödemelerinde mevzuat hükümlerine uyuluyor mu?
7. Hastanede staj yapan öğrencilere mevzuattaki usul ve esaslara göre ödeme yapılmakta mıdır?
8. Harcama birimlerince personele fazla ve yersiz ödenen tutarların geri alınması usulüne uygun olarak yapılmış mı?
9. Personele verilen geçici ve sürekli görev yolluklarına dair ödemeler mevzuata uygun olarak yapılıyor mu?
10. Harcama yetkilisi avansları usulüne uygun alınıp kapatılıyor mu?

MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ



Giriş Formu	
T.C. Kimlik No :	
Memuriyet Sicil No :	
Emekli Sicil No :	
Yıl :	Seçiniz
Ay :	Seçiniz
İstihdam Tipi :	Memur
	Resimdeki Yazıyı Buraya
Resmi Yenile	
Gönder	

SORU 1

Kamu personelinin aylık, ücret ve düzenli olarak yapılan benzeri alacaklarının mutemetlere ödenebilmesi için harcama yetkililerince mutemet görevlendirme yazısı düzenlenmiş midir?

DAYANAK

Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği Md. 8/1

AÇIKLAMA

Harcama yetkilisi tarafından, sözkonusu Yönetmelik ekinde yer alan Örnek No:5 form kullanılmak suretiyle usulüne uygun olarak mutemet (maaş ve ek ödeme) görevlendirilmesi gerekmektedir.

Görevlendirme onayında yer alan isim ve imzanın doğruluğu ile görevlendirilen personelin devlet memuru/kamu görevlisi (şirket elemanı olmamalı) olduğunun teyit edilmesi gerekir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu görevlendirme yazıları kontrol edilmelidir.

SORU 2

Hastane personeline yapılan ödemelere (Maaş, Sabit Ödeme, Performans, Mesai vb.) ait bordrolardaki personel ismi/ödeme tutarı ile ödemenin yapılacağı bankanın hesabına Kuruma ait resmi elektronik posta adresi üzerinden gönderilen banka listesindeki personel ismi/ödeme tutarları birbirini teyit ediyor mu? Banka hesabından, personelin maaş hesaplarına aktarılan tutarlar uyumlu mudur?

DAYANAK

Mali Hizmetler KBY'nin 4/5/2015 tarihli ve 359 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Bordro ile elektronik ortamda bankaya gönderilen listelerin uyumlu olup/olmadığı kontrol edilmeli, ayrıca bankanın hesabına gönderilen paranın tamamının personelin maaş hesaplarına aktarılıp aktarılmadığı teyit edilmeli, şayet bakiye tutar kaldıysa nedeni ve akıbeti araştırılmalıdır.

Personelerle ödenmek üzere bankaya gönderilen ek ödeme listelerinin Kuruma ait elektronik

MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ

posta adresi ile gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Personele yapılacak performans, fazla mesai, nöbet, icap vb. her türlü ödemelerde, gerek elektronik ortamda, gerekse fiziksel olarak gönderilecek listelerin, (2015 yılı Mayıs ayından itibaren) Muhasebe Yetkilisi tarafından, 5018 sayılı yasanın 61 inci maddesi gereği, gerekli kontrollerin yapılarak bankaya gönderilmesi gerekmektedir.

Personel ödemelerinin yapıldığı banka şubesine yazı yazılarak muhasebe yetkilisi haricindeki kişi veya kişilerce gönderilen listelerin hiçbir suretle dikkate alınmaması, bu konuda doğabilecek her türlü sorumluluğun bankaya ait olacağı konusunda ilgiyi şubeye gerekli talimatın Genel Sekreterlikçe verilmesi sağlanacaktır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hastane personeline yapılan ödemelere ait bordrolardaki personel ismi/ödeme tutarı ile ödemenin yapılacağı bankanın hesabına Kuruma ait resmi elektronik posta adresi üzerinden gönderilen banka listesindeki personel ismi/ödeme tutarları karşılaştırılmalıdır.

SORU 3

Aylık olarak sabit ve sabit dışı ek ödeme bordroları tanzim edilirken, ek ödeme hakkı olmayan personele ödeme yapılmamasına uyulmakta mıdır?

DAYANAK

TKHK'ya Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılması Hakkında Yönetmelik Md. 5

AÇIKLAMA

Sağlık tesislerinde görev yapan personele yapılacak ek ödemelerin hesaplanmasındaki usul ve esaslar söz konusu yönetmeliğin 5 inci maddesinde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ek ödeme hakkı olmayan personele ödeme yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 4

Maaş bordrolarında yer alan kalemlerle ilgili olarak, tahakkuk evrakı ekinde kanıtlayıcı belgeler bulunmakta mıdır?

DAYANAK

Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği Md. 9

AÇIKLAMA

Bordroda yer alan kalemlerin gerçeği yansıtır yansıtmadığı, özellikle bazı personele fazla ödeme yapmak amacıyla bordroya kişi alacağı şeklinde kanıtlayıcı evrakı olmayan yersiz kalemler eklenip eklenmediği kontrole dilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Tahakkuk evrakı ekinde kanıtlayıcı belgeler görülmelidir.

MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ

SORU 5

Aylık maaş bordrosu düzenlenirken, ek gösterge, özel hizmet tazminatı, yan ödemeler, aile yardımı ödeneği, asgari geçim indirimi gibi bilgiler doğru yansıtılmakta mıdır?

DAYANAK

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu Md. 43

AÇIKLAMA

Bordro kalemleri 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 43 üncü ve ilgili maddeleri gözönünde bulundurularak hazırlanmalıdır. Özellikle maaş mutemetleri tarafından her ay güncellenmesi gereken parametrelerin doğru olup olmadığı kontrol edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yöntemiyle seçilen maaş bordrolarının mevzuata uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.

SORU 6

Nöbet ücreti ödemelerinde mevzuat hükümlerine uyuluyor mu?

DAYANAK

657 sayılı DMK Ek Md. 33;
THGM'nin 2007/16 no. lu Genelgesi

AÇIKLAMA

Hastanelerde nöbet tutturulan sağlık personeline nöbet ve icap nöbet ücretleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun ek 33 üncü maddesi ile Maliye Bakanlığınca yayımlanan Devlet Memurları Kanunu Genel Tebliği (Sıra No: 137) hükümlerine göre döner sermayeden ödenmektedir. Sağlık personeline nöbet sonrası izin verilmesi esas olup, izin verilemeyen durumlarda aylık 130 saate kadar, icap nöbetlerinde aylık 120 saate kadar ücret ödenmesi gerekmektedir.

Yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere), aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu hesaplanacak tutarda nöbet ücreti ödenir.

Bu ücret yoğun bakım, acil servis ve 112 acil sağlık hizmetlerinde tutulan söz konusu nöbetler için yüzde elli oranında artırımlı ödenir. Ancak ayda aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde 60 saatten, diğer yerlerde ve hiçbir şekilde 130 saatten fazlası için ödeme yapılmaz.

Eğitim görevlisi, başasistan, uzman tabibe 150, tabip, tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda, bu mevzuat hükümlerine göre uzmanlık belgesi alan tabip dışı personel, aynı dallarda doktora belgesi alanlara 135, diş tabibi ve eczacılara 120, mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeline 90, lise dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeline 75, diğer personele 55 gösterge puanı üzerinden ek ödeme hesaplanır.

İcap nöbeti tutan ve bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir icap nöbeti saati için, icap nöbeti süresi kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere, yukarıda nöbet ücreti için belirlenen ücretin yüzde 40'ı tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu şekilde ücretlendirilebilecek toplam icap nöbeti süresi aylık 120 saati geçemez.

İNCELEME YÖNTEMİ

MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ

Örnekleme yöntemiyle seçilen nöbet ücreti ödemelerinin açıklamada belirtilen hususlar yönünden mevzuata uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.



SORU 7

Hastanede staj yapan öğrencilere mevzuattaki usul ve esaslara göre ödeme yapılmakta mıdır?

DAYANAK

3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu Md. 25

AÇIKLAMA

Aday çırak, çırak ve işletmelerde meslek eğitimi gören öğrencilere ödenecek ücret ve bu ücretlerdeki artışlar; aday çırak veya çırağın velisi veya vasisi veya kişi reşit ise kendisi; öğrenciler için okul müdürlüğü ile işyeri sahibi arasında Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenecek sözleşme ile tespit edilir. Ancak, işletmelerde meslek eğitimi gören örgün eğitim öğrencilerine, asgari ücretin net tutarının yirmi ve üzerinde personel çalıştıran işyerlerinde yüzde 30'undan, yirmiden az personel çalıştıran işyerlerinde yüzde 15'inden, aday çırak ve çırağa yaşına uygun asgari ücretin yüzde 30'undan aşağı ücret ödenemez.

İNCELEME YÖNTEMİ

Hastanede staj yapan öğrencilere yapılan ödemeler kontrol edilmelidir.

SORU 8

Harcama birimlerince personele fazla ve yersiz ödenen tutarların geri alınması usulüne uygun olarak yapılmış mı?

DAYANAK

Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün 16 Sıra Nolu Kişilerden Alacaklar Genel Tebliği

MAAŞ MUTEMETLİĞİ İŞLEMLERİ

AÇIKLAMA

Personele fazla ve yersiz ödeme yapıldığının anlaşılması halinde, haksız ödenen tutarların makbuz karşılığı ilgili muhasebe birimine yatırılması sağlanmalıdır. Ayrıca, personele yapılan yersiz ödemede kasıt olup olmadığı araştırılmalı, kasıt varsa gerekli işlemlerin başlatılması sağlanmalıdır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Fazla veya yersiz ödeme yapıldığı anlaşılan kişiler varsa fazla ödenen miktarın usulüne uygun geri alınıp alınmadığı irdelenmelidir.

SORU 9

Personele verilen geçici ve sürekli görev yolluklarına dair ödemeler mevzuata uygun olarak yapılıyor mu?

DAYANAK

6245 sayılı Harcırah Kanunu

AÇIKLAMA

Personele ödenen geçici ve sürekli görev yolluklarının mevzuata uygunluğu, geçici ve sürekli olarak görevlendirilen personelin yolluklarında mükerrer ödeme olup olmadığı kontrol edilmelidir. Geçici ve sürekli görev yaptığı kurumca mı yoksa kadrosunun bulunduğu kurumca mı ödediği incelenmeli, mükerrer ödeme yapılmadığı teyit edilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Geçici ve sürekli görev yolluklarının arasından örneklem yöntemiyle seçilenler incelenmelidir.

SORU 10

Harcama yetkilisi avansları usulüne uygun alınıp kapatılıyor mu?

DAYANAK

Ön Ödeme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 11

AÇIKLAMA

Her mutemet ön ödemelerden harcadığı tutara ilişkin kanıtlayıcı belgeleri, ilgili kanunlarında ayrıca belirtilmemiş olması halinde avanslarda bir ay, kredilerde ise üç ay içinde muhasebe yetkilisine vermek ve artan tutarı iade ederek hesabını kapatmakla yükümlüdür. Ayrıca, avans kapatılmadan aynı işlem için tekrar avans verilmemelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Mutemetlerin avanslarda bir ay, kredilerde ise üç ay içinde kanıtlayıcı belgeleri muhasebe yetkilisine vererek ve artan tutarı iade ederek hesapları kapatıp kapatmadığı görülmelidir.

27. GELİR TAHAKKUK/KAYNAK GELİŞTİRME İŞLEMLERİ

1. Sağlık tesislerince düzenlenen faturaların tahakkuk tutarlarının yılsonunda TDMS ile HBYS üzerinden uyumu kontrol edilmekte midir?
2. Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetleri, Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesine göre faturalandırılmış mıdır?
3. Taşınmazların kiraya verilmesinde parasal sınırlara dikkat edilmiş midir?
4. Otomatik para çekme makinaları (ATM'ler), radyo ve tv vericileri, reklam levhaları, afiş asılmak üzere kiraya verilen yerler ile aile hekimlerince kullanılması için kiraya verilen yerlerin usulüne göre ihale edilip edilmediği hususuna dikkat ediliyor mu?
5. Ticari alanların kamuya yararlı derneklere veya vakıflara düşük bedelle veya bedelsiz olarak verilmemesi gerektiği hususuna uyulmakta mıdır?
6. Ticari alanların kiralama yoluyla işletilmesinde; sağlık tesisinin hizmet kapasitesi, huzuru, güvenliği, mahremiyeti ve temizliği gibi kriterler konusunda idarece gerekli tedbirler alınmış mıdır?
7. Genel Sekreterlik ve sağlık tesisleri ticari alanlara ilişkin sözleşmelerin bir örneğini 1 ay içerisinde Defterdarlığa göndermiş midir?
8. Taşınmazın kullanılmaması, kapanması gibi nedenler ile ticari alanların kapatılması durumunda sağlık tesisi yöneticisince Genel Sekreterliğe 1 ay içerisinde iletilmiş midir?
9. Ticari alanlara ait elektrik, su ve ısınma giderleri için mümkünse abonelikler ayrılmış mıdır? Mümkün değilse süzme sayaç veya tahmin edilen bedel üzerinden tahsil edileceği sözleşmede belirtilmiş midir?

GELİR TAHAKKUK/KAYNAK GELİŞTİRME İŞLEMLERİ

10. Ticari alanların ısınma giderleri, birim ısınma maliyetleri hesaplanarak kapalı alan toplam metrekaresi üzerinden hesaplanmış mıdır? Bu tür kira dışı alacaklar TDMS’de ayrıca kira sözleşmelerine dâhil edilmeden muhasebeleştirilmiş midir?
11. Acil serviste yapılmaması gereken normal poliklinik, standart yatak, FTR işlemleri, patoloji, holter, hasta eğitimi, sünnet, EMG ve enjeksiyon/pansuman gibi işlem ve tedavilere ait fatura bedellerinin acil servis branşından fatura edilmemesi hususuna uyuluyor mu?
12. Sağlık tesisinde TİG Birimi kurularak, bu birimde görev yapan klinik kodlamacıların mevzuatta öngörülen şekil, sayı ve sürede TİG sistemine veri gönderimi yapmaları sağlanıyor mu?

SORU 1

Sağlık tesislerince düzenlenen faturaların tahakkuk tutarlarının yılsonunda TDMS ile HBYS üzerinden uyumu kontrol edilmekte midir?

DAYANAK

Mali Hizmetler KBY’nin 08/12/2014 tarihli ve 848 sayılı Yazısı Md. 6/a,
Mali Hizmetler KBY’nin 12/11/2015 tarihli ve 989 sayılı Yazısı Md. 6

AÇIKLAMA

HBYS’de kayıtlı faturalandırılan ve faturalandırılmayan toplam tahakkuk tutarlarının TDMS’de kayıtlı toplam tahakkuk tutarları ile faturalandırılmayan toplam tedavi giderlerinin toplamına eşit olması gerekmektedir. Bu nedenle, her iki sistemdeki tahakkuk verileri kontrol edilerek, HBYS-TDMS eşitliği sağlanmalıdır. Bu eşitliğin sağlandığına dair TDMS sisteminde yer alan mutabakat formu doldurularak gerçekleştirme görevlisi ve harcama yetkilisi tarafından ıslak imza uygulanıp birlik muhasebe birimine gönderilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu tutarlar sistem üzerinden kontrol edilmelidir. Sağlık tesisince bu kontrolün yapıldığına dair kayıt (mutabakat formu) mevcutsa değerlendirilmelidir.

SORU 2

Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetleri, Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesine göre faturalandırılmış mıdır?

DAYANAK

Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi

AÇIKLAMA

Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin 03.06.2014 tarihli ve 2014.5409.366 sayılı Bakanlık Oluru ile yürürlüğe giren Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesine göre faturalandırılması gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu sağlık hizmetlerine ilişkin faturalandırılan tutarların Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesine uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir.

GELİR TAHAKKUK/KAYNAK GELİŞTİRME İŞLEMLERİ

SORU 3	
Taşınmazların kiraya verilmesinde parasal sınırlara dikkat edilmiş midir?	
DAYANAK	
Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 Sayılı Genelgesi Md. A-3	
AÇIKLAMA	
Sağlık tesislerindeki ticari alanların kiraya verilmesinde Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmeliğin 67 inci maddesinin birinci fıkrasında “ <i>Taşınmazların kiraya verilmesinde tahmin edilen yıllık kira bedeli, Kanunun 45 inci maddesine göre her yıl merkezî yönetim bütçe kanunuyla belirlenen parasal sınıra kadar olan ihalelerde açık teklif usulü, bu sınırı aşarlarda ise kapalı teklif usulü uygulanır. Kapalı veya açık teklif usulüyle kiraya verilemeyen taşınmazlar, uygun zamanda tekrar aynı usulle kira ihalesine çıkarılır ve bunlar Kanunun 43 üncü ve 49 uncu maddeleri uyarınca pazarlık ihalesine bırakılmaz.</i> ” hükmü gereğince kiralama işlemlerinde açık teklif ve kapalı teklif usulünün uygulanacağı açıkça belirtildiğinden, bu hususa dikkat edilmelidir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Taşınmazların kiraya verilmesinde, anılan genelgenin A/3 maddesinde belirtilen parasal sınırlamalara dikkat edilip edilmediği kontrol edilmelidir.	
SORU 4	
Otomatik para çekme makinaları (ATM’ler), radyo ve tv vericileri, reklam levhaları, afiş asılmak üzere kiraya verilen yerler ile aile hekimlerince kullanılması için kiraya verilen yerlerin usulüne göre ihale edilip edilmediği hususuna dikkat ediliyor mu?	
DAYANAK	
Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 Sayılı Genelgesi Md. A-4, Sağlık Bakanlığı SGB’nin 2011/43 sayılı sayılı Genelgesi Md. E/1-2, Destek ve İdari Hizmetler KBY’nin 16/04/2015 tarihli ve 629 sayılı Genel Yazısı	
AÇIKLAMA	
Otomatik para çekme makinaları (ATM’ler), radyo ve tv vericileri, reklam levhaları, afiş asılmak üzere kiraya verilen yerler ve aile hekimlerinin kullanılması için kiraya verilen yerler açık ve kapalı teklif usulü ile yapılabileceği gibi Hazine Taşınmazlarının Kiraya Verilmesi Hakkında Yönetmelik’in 67. maddesinin 4. fıkrasına istinaden pazarlık usulü ile ihale edilebilecektir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Otomatik para çekme makinaları (ATM’ler), radyo ve tv vericileri, reklam levhaları, afiş asılmak üzere kiraya verilen yerler ile aile hekimlerince kullanılması için kiraya verilen yerlerin mevzuatta belirtilen usullere uygun olarak ihale edilip edilmediği incelenmelidir.	
SORU 5	
Ticari alanların kamuya yararlı derneklere veya vakıflara düşük bedelle veya bedelsiz olarak verilmemesi gerektiği hususuna uyulmakta mıdır?	
DAYANAK	
Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 Sayılı Genelgesi Md. A-5	
AÇIKLAMA	
Maliye Bakanlığı ile yapılan protokol gereği ticari alanların düşük bedelle veya bedelsiz olarak kamuya yararlı derneklere veya vakıflara verilmesi gibi bir uygulama yapılmayacaktır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Ticari alanların kamuya yararlı derneklere veya vakıflara düşük bedelle veya bedelsiz olarak verilir vermediği kira sözleşmeleri ve ilgililerin beyanları değerlendirilerek kontrol edilmelidir.	

GELİR TAHAKKUK/KAYNAK GELİŞTİRME İŞLEMLERİ

SORU 6

Ticari alanların kiralama yoluyla işletilmesinde; sağlık tesisinin hizmet kapasitesi, huzuru, güvenliği, mahremiyeti ve temizliği gibi kriterler konusunda idarece gerekli tedbirler alınmış mıdır?

DAYANAK

Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 Sayılı Genelgesi Md. B-3

AÇIKLAMA

Ticari alanların kiralama yoluyla işletilmesinde; sağlık tesisinin hizmet kapasitesi, huzuru, güvenliği, mahremiyeti ve temizliği gibi kriterler konusunda idarece gerekli tedbirler alınmalıdır. Örneğin, acil servis yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesislerinde acil servis yapılanması içinde yer alan ticari alanların kiralama sözleşmelerinin bitiminde bu ticari faaliyetin başka bir alana konumlandırılması uygun olacaktır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu kriterler ile ilgili olarak idarenin gerekli tedbirleri alıp almadığı yerinde kontrol edilmelidir.

SORU 7

Genel Sekreterlik ve sağlık tesisleri ticari alanlara ilişkin sözleşmelerin bir örneğini 1 ay içerisinde Defterdarlığa göndermiş midir?

DAYANAK

Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 sayılı Genelgesi Md. C-1

AÇIKLAMA

Genel Sekreterlik ve Sağlık Tesisleri ticari alanlara ilişkin sözleşmelerin bir örneğini 1 ay içerisinde ilgili Defterdarlığa gönderecektir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Sağlık tesislerinin ticari alanlara ilişkin sözleşmelerinin bir örneğinin 1 ay içerisinde Defterdarlığa gönderilmek üzere genel sekreterliğe gönderilip gönderilmediği kanıtlayıcı evrak ve belgeler incelenerek görülmelidir.

SORU 8

Taşınmazın kullanılmaması, kapanması gibi nedenler ile ticari alanların kapatılması durumunda sağlık tesisi yöneticisince Genel Sekreterliğe 1 ay içerisinde iletilmiş midir?

DAYANAK

Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 sayılı Genelgesi Md. C-2

AÇIKLAMA

Taşınmazın herhangi bir şekilde kullanılmaması, kapanması gibi nedenler ile bünyesinde bulunan ticari alan/alanların kapatılması durumunda (Ticari alan yerinin hastane ihtiyacı nedeniyle kapatılması hariç) veya ticari faaliyet kalmaması durumunda, Sağlık tesisi yöneticisi tarafından gerekçesi ile birlikte bağlı bulunduğu Genel Sekreterliğe 1 ay içerisinde bildirilecek, Genel Sekreterlik de durumu Kurumumuza ve Defterdarlığa bildirecektir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu bildirim yazısı görülerek; kontrolü sağlanmalıdır.

GELİR TAHAKKUK/KAYNAK GELİŞTİRME İŞLEMLERİ

SORU 9

Ticari alanlara ait elektrik, su ve ısıtma giderleri için mümkünse abonelikler ayrılmış mıdır? Mümkün değilse süzme sayaç veya tahmin edilen bedel üzerinden tahsil edileceği sözleşmede belirtilmiş midir?

DAYANAK

Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 sayılı Genelgesi Md. D-1

AÇIKLAMA

Ticari alanlara ait elektrik, su ve ısıtma giderlerinin tahsil edilememesi veya eksik tahsil edilmesi ihtimaline karşı, bu tür masrafların idareler tarafından karşılanması koşuluyla (abonelik ve güvence bedelleri kiracıya ait olmak üzere) mümkünse abonelikler ayrılmalı, mümkün değilse süzme sayaç veya tahmin edilen bedel üzerinden tahsil edileceği sözleşmede belirtilecektir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ticari alanlara ait elektrik, su ve ısıtma giderlerinin aboneliklerinin ayrılıp ayrılmadığı yerinde görülmelidir. Aboneliklerin ayrılmasının mümkün olmadığı durumlarda sözleşmede gerekli hususların belirtildiği görülmelidir.

SORU 10

Ticari alanların ısıtma giderleri, birim ısıtma maliyetleri hesaplanarak kapalı alan toplam metrekaresi üzerinden hesaplanmış mıdır? Bu tür kira dışı alacaklar TDMS’de ayrıca kira sözleşmelerine dâhil edilmeden muhasebeleştirilmiş midir?

DAYANAK

Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 2012/49 sayılı Genelgesi Md. D-1

AÇIKLAMA

Ticari alanların ısıtma giderleri, birim ısıtma maliyetleri hesaplanarak kapalı alan toplam metrekaresi üzerinden hesaplanmalıdır. Bu tür kira dışı alacakların TDMS’de ayrıca kira sözleşmelerine dâhil edilmeden muhasebeleştirilmelidir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Ticari alanların ısıtma giderlerinin, birim ısıtma maliyetleri üzerinden hesaplanıp hesaplanmadığı ilgili kayıt ve belgeler istenerek kontrol edilmelidir.



SORU 11

Acil serviste yapılmaması gereken normal poliklinik, standart yatak, FTR işlemleri, patoloji, holter, hasta eğitimi, sünnet, EMG ve enjeksiyon/pansuman gibi işlem ve tedavilere ait fatura bedellerinin acil servis branşından fatura edilmemesi hususuna uyuluyor mu?

DAYANAK

TKHK'nın 22/7/2013 tarihli ve 569 sayılı yazısı

AÇIKLAMA

Acil serviste yapılmaması gereken işlem ve tedavilere ait (normal poliklinik, standart yatak, FTR işlemleri, patoloji, holter, hasta eğitimi, sünnet, EMG ve enjeksiyon/pansuman gibi) fatura bedellerinin acil servis branşından fatura edilmemesi gerekmektedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Söz konusu işlem ve tedavileri içeren faturalar incelenerek, ücretlendirmenin acil servis branşından yapıp yapılmadığı incelenmelidir.

SORU 12

Sağlık tesisinde TİG Birimi kurularak, bu birimde görev yapan klinik kodlamacıların mevzuatta öngörülen şekil, sayı ve sürede TİG sistemine veri gönderimi yapmaları sağlanıyor mu?

DAYANAK

İzleme, Ölçme ve Değerlendirme KBY'nin 07/04/2015 tarihli 117 sayılı Genel Yazısı

AÇIKLAMA

TİG sistemine dahil olan tüm sağlık tesislerinde TİG Biriminin kurulması zorunludur. TİG sistemine veri gönderimi Bakanlık ve Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş olan kurumlar tarafından verilen temel klinik kodlama eğitimine katılmış olup, katılım belgesi bulunan personel tarafından yapılması gerekmektedir.

Şifre tanımlaması yapılmış olan klinik kodlamacılar haricindeki personelin sisteme veri girişi yapmaması gerekmektedir. Klinik kodlamacılara ait şifreler kişiye özgü olup, hiçbir personel ya da yönetici ile paylaşılmayacaktır.

AI ve AII Dal Hastanelerinde yer alan onkoloji, fizik tedavi, psikiyatri, çocuk hastalıkları hastanesi, kalp damar cerrahisi vb. gibi özellikli kodlama standartları yoğun dosya içeriği bulunan hastaneler için ortalama günlük maksimum 50 dosya, diğer hastanelerde ortalama günlük maksimum 75 dosya kodlanacak şekilde klinik kodlamacı istihdamı yapılmalıdır.

Sağlık tesislerinde bulunan TİG Birimleri, Başhekim yardımcısı bulunan hastanelerde başhekim yardımcısına, olmadığı yerde Başhekim ya da doğrudan Hastane Yöneticisine bağlı olarak faaliyetlerini yürütecektir.

Sisteme, yatan, gününbirlik, İBaG ve BBaG olarak gönderilen veriler, ilgili ay ve bir sonraki ayın ilk 3 gününe kadar TİG sistemine gönderilir. Dönem, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce takip edilen bir sonraki ayın 3. günü saat 24 itibarıyla sonlandırılır.

İlgili ayın tüm yatan (sıfır gün ile bir ve üzeri gün yatan tüm hastalar) hasta ile birlikte patoloji sonucunun beklenmesi gibi özellik arz eden geçiş ayın dosyaları sisteme giriş yapılabilecektir. (Geçmiş dosyalar için kodlama süresi taburcu tarihinden itibaren en fazla iki ay (60 gün) olarak sınırlandırılmıştır. 60 günden daha uzun süredir bekleyen dosyaların verileri sisteme kayıt edilemez)

Hastane yatan hasta sayısı, gününbirlik hasta sayısı ve ayaktan hasta sayısı gibi veriler, TSİM, MEDULA Sistemi gibi diğer sistemlere gönderilen verilerle kıyaslanacağı için hastanenin tüm hizmet verilerinin, bütün sistemlerde uyumlu olması gerekmektedir. Bu veriler

arasındaki uyumluluk oranı her ay gerçekleştirilen ödemelerde bir kriter olarak kullanıldığı için bu sistemler arasında görülen uyumsuzluğa bağlı hak kayıpları kurum TİG yöneticilerinin sorumluluğunda olacaktır.

İNCELEME YÖNTEMİ

TİG Birimi kurulmasına ilişkin yazılar ve bu birimde görev yapan klinik kodlamacıların açıklamada belirtilen şekil, sayı ve sürede TİG sistemine veri gönderimi yapıp yapmadıkları incelenmelidir.



28. EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ

1. Sağlık tesisinde Eğitim Planlama Kurulu oluşturulmuş ve mevzuatta belirtilen görevlerini yürütmekte midir?
2. Uzmanlık eğitimi görenlerin (asistan) nöbetlerinde ilgili mevzuat hükümlerine uyuluyor mu?
3. Asistanlar tarafından, ilgili uzmanların nezareti olmaksızın “uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren işlemlerin yapılmaması” kuralına uyuluyor mu?
4. Hastanede uzmanlık eğitimi, eğitim sorumluları tarafından verilmekte midir?
5. Asistanların bağımsız olarak yaptıkları iş ve işlemler klinik hizmet puan ortalaması ve hastane hizmet ortalaması hesabına dâhil edilmekte midir?
6. Hastanede yapılan araştırmalar için gerekli başvuru ve izin prosedürleri tamamlanmış mıdır?
7. Klinik araştırmalarda gönüllülerin korunması amacıyla Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu düzenlenerek, gönüllülerin olurunun alınmasında gerekli hususlara riayet edilmekte midir?
8. Klinik araştırmanın başlatılmama, tamamlanmadan durdurulma veya bitirilme durumlarıyla ilgili olarak, Bakanlığa zamanında bilgi verilmekte midir?
9. Araştırma kayıtları usulüne uygun olarak saklanmakta mıdır?



BU BÖLÜMDE YER ALAN KRİTERLER EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE SORGULANACAKTIR.

SORU 1

Sağlık tesisinde Eğitim Planlama Kurulu oluşturulmuş ve mevzuatta belirtilen görevlerini yürütmekte midir?

DAYANAK

TKHK Eğitim Planlama Kurulunun(EPK) Görevlerine Dair Yönerge Md. 4, 5

AÇIKLAMA

Eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlamak, yürütmek ve gözetmek üzere Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinde *beş*, dal eğitim ve araştırma hastanelerinde ise *üç* üyeden oluşan EPK teşkil edilir.

Başhekim EPK'nın doğal başkanıdır. Başhekimin gözetiminde eğitim görevlileri tarafından yapılacak gizli oylamayla, genel eğitim ve araştırma hastanelerinde dört eğitim görevlisi; dal eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iki eğitim görevlisi EPK'ya üye olarak seçilir. Seçilen üyelerin görev süresi üç yıldır, süresi dolan üyeler tekrar seçilebilir.

EPK, başhekim başkanlığında, her ay en az bir defa, üye tam sayısının üçte ikisinin katılımı ile toplanır.

Üniversitelerle birlikte kullanımda olan hastanelerde, birlikte kullanım süresince EPK teşekkül ettirilmez, birlikte kullanıma geçildiği sırada mevcut olan EPK'nın görevi sona erer. EPK; Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde akademik kurullara verilen görevleri yapmak, ilgili kliniklerin eğitim sorumlularınca hazırlanan eğitim plan ve programlarını tıpta uzmanlık mevzuatı hükümlerine göre değerlendirerek onaylamak, kurum içi veya kurumlar arası seminer, konferans, bilimsel toplantılar, ulusal ya da uluslararası kongre, sempozyum, kurs ve çalıştay düzenleme taleplerini değerlendirip karara bağlamak, klinikler arası eğitim çalışmalarını ve uzmanlık öğrencilerinin rotasyonlarını koordine etmek, eğitim yılı sonunda kurum ve birimlerde yapılan eğitim ve araştırma çalışmalarını değerlendirmek, değerlendirme raporu düzenlemek ve bu raporu kurum amiri veya kurumun bağlı olduğu kuruluşlar yolu ile her yıl en geç eylül ayı sonuna kadar Bakanlığa göndermek, kurum içi eğitim, araştırma, yayın ve mesleki etik ihlallerini değerlendirerek gereği için kurum amirini bilgilendirmek, mevcut mevzuat çerçevesinde yaptırım için girişimlerde

bulunmak gibi görevleri yürütür.

İNCELEME YÖNTEMİ

Eğitim Planlama Kurulu oluşturulmasına ilişkin belgeler görülerek; kurulun açıklamadaki hususlar yönünden mevzuattaki görevlerini yapıp yapmadığı irdelenmelidir.



SORU 2

Uzmanlık eğitimi görenlerin (asistan) nöbetlerinde ilgili mevzuat hükümlerine uyuluyor mu?

DAYANAK

YTKİY Md. 46;
SEGM'nin 2011/33 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

Uzmanlık Eğitimi görenlerin nöbetleri:
Kurumda üçten fazla uzmanlık eğitimi gören bulunduğu hallerde genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti tutulur. Bu nöbeti baştabip düzenler. Genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti tutanlar genel hastane nöbeti tutan uzman nezaretinde çalışırlar. Kurumdaki uzmanlık eğitimi görenlerin hepsi yalnız bir dalda bulunduğu takdirde servis nöbeti tutmazlar. Genel uzmanlık eğitimi görenler nöbetine girerler.
Uzmanlık eğitimi görenlere hiçbir zaman uzman nöbeti tutturulamaz.
Bir serviste ikiden fazla uzmanlık eğitimi gören bulunduğu takdirde, bunlar sıra ile servis nöbeti tutarlar. Servis nöbetini servis şefi düzenler. Bu düzenlemede genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti göz önünde bulundurulur.

İNCELEME YÖNTEMİ

Örnekleme yolu ile seçilecek asistanların nöbetlerinin uygun olup olmadığı, bir serviste ikiden fazla uzmanlık eğitimi gören bulunduğu takdirde, bunlar sıra ile servis nöbeti tutup tutmadıkları kayıtlar üzerinden görülmelidir.

SORU 3

Asistanlar tarafından, ilgili uzmanların nezareti olmaksızın “uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren işlemlerin yapılmaması” kuralına uyuluyor mu?

DAYANAK

TDHUEY Md. 5;
THGM'nin 2011/19 sayılı Genelgesi

AÇIKLAMA

1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna göre sadece tabipler (dış tedavileri için dış tabipleri) genel olarak hastaları muayene ve tedavi hakkını haiz bulunmaktadır. Yani, tabiplerin kişiye müdahalesini hukuka uygun kılan sebepler, Devlet otoritesi tarafından verilen diploma ile yetkilendirilmiş olması, kişinin rızasının bulunması ve tedavi amacına yönelik olmasıdır. Diğer taraftan, aynı Kanunun 8 inci maddesi uyarınca, her hangi bir uzmanlık dalında meslek icrasında bulunabilmek ve mütehassıs unvanını kullanabilmek için uzmanlık belgesine sahip olunması gerekmektedir. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 5 inci maddesinde de, uzmanlık belgesine sahip olmayanların, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamayacakları hükme bağlanmıştır.

Asistanlar tarafından, ilgili uzmanların nezareti olmaksızın uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren işlemler yapması yukarıda belirtilen Anayasa, kanun ve yönetmelik hükümlerine göre hukuka aykırı bulunduğu gibi hizmetin mahiyeti ve hasta güvenliği bakımından da kabul edilemez niteliktedir.

İNCELEME YÖNTEMİ

Uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren işlemlerin asistanlar tarafından yapılıp yapılmadığı; seçilecek uzmanlık gerektiren birkaç işlem kontrol edilerek görülmelidir.

SORU 4

Hastanede uzmanlık eğitimi, eğitim sorumluları tarafından verilmekte midir?

DAYANAK

TDHUEY Md. 13

AÇIKLAMA

Tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi, ilgili alanda uzmanlığı olan eğitim sorumluları tarafından verilir.

Tıpta uzmanlık eğitiminden, fakültelerde ve Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ve 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununa göre profesör, doçent ve en az üç yıllık uzman olan yardımcı doçentler; eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik ve laboratuvar şefi, şef yardımcısı ve kadro unvanına bakılmaksızın profesör ve doçentler; Adli Tıp Kurumunda 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda belirtilen ihtisas kurulu başkanları ile en az üç yıl süreyle ihtisas kurullarında üyelik yapmış adli tıp uzmanları sorumludur.

Başasistan ve uzmanlar ile ilgili alanda uzman olmayan öğretim üyeleri ve öğretim görevlileri, eğitim sorumluları nezaretinde uzmanlık eğitiminde görev alır.

İNCELEME YÖNTEMİ

Eğitime ilişkin tutanaklar vb. kanıtlayıcı belgeler görülerek; eğitimlerin eğitim sorumlularınca verilip verilmediği görülmelidir.

SORU 5

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ

Asistanların bağımsız olarak yaptıkları iş ve işlemler klinik hizmet puan ortalaması ve hastane hizmet ortalaması hesabına dâhil edilmekte midir?	
DAYANAK	
SEGM'nin 2011/33 sayılı Genelgesi	
AÇIKLAMA	
Asistanlar, uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren iş ve işlemleri klinik şefi, klinik şef yardımcısı, başasistan veya uzman tabiplerin gözetiminde ve nezaretinde yapmaktadırlar. Bundan dolayı bu işlemlerin kayıtlarının nezaret eden ilgili uzmanlar adına yapılması gerekmektedir. Ancak uzmanlık bilgi ve becerisi gerektirmeyen ve genel olarak tabiplerin ve bu kapsamda asistanların yaptıkları iş ve işlemlerin başka kişiler adına kayıtlara geçirilmeyip, klinik hizmet puan ortalaması ve hastane hizmet ortalaması hesabına dâhil edilmesi gerekmektedir.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Uzmanlık bilgi ve becerisi gerektirmeyen, genel olarak tabiplerin ve bu kapsamda asistanların yaptıkları iş ve işlemlerin başka kişiler adına kayıtlara geçirilmeyip, klinik hizmet puan ortalaması ve hastane hizmet ortalaması hesabına dâhil edilip edilmediğine bakılmalıdır.	

KLİNİK ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ SORULAR KLİNİK ARAŞTIRMA YAPILAN HASTANELERDE SORGULANACAKTIR.

SORU 6	
Hastanede yapılan araştırmalar için gerekli başvuru ve izin prosedürleri tamamlanmış mıdır?	
DAYANAK	
KAHY Md. 11	
AÇIKLAMA	
Klinik araştırmalar, üzerinde araştırma yapılacak kimselerin emniyetini sağlamaya ve araştırmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesine, takibine ve gereğinde acil müdahale yapılabilmesine elverişli ve araştırmanın vasfına uygun personel, teçhizat ve laboratuvar imkânlarına sahip olan; Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve askeri eğitim-araştırma hastaneleri dâhil üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversitelere bağlı onaylanmış araştırma geliştirme merkezleri ve Bakanlık eğitim ve araştırma hastanelerinde tercihen klinik araştırma yapmak üzere tasarlanmış yerlerde yapılabilir. Faz I klinik araştırmaları ve biyoyararlanım-biyoeşdeğerlik çalışmaları, Kurumun onayladığı, acil müdahale yapılabilmesine elverişli imkânlarla ve her biri için ayrı belirlenmiş standartlara sahip, Bakanlık veya üniversitelere bağlı olan sağlık kurum ve kuruluşları ve araştırma-geliştirme merkezlerinde yapılır. İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu esas alınarak klinik araştırma yapılacak yerler asgari olarak açıklanmıştır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Söz konusu başvuru ve tamamlanmış izin prosedürlerine ait belgeler görülmelidir.	

SORU 7	
Klinik araştırmalarda gönüllülerin korunması amacıyla Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu düzenlenerek, gönüllülerin olurunun alınmasında gerekli hususlara riayet edilmekte midir?	

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ

DAYANAK	
KAHY Md. 5, 6	
AÇIKLAMA	
Gönüllüler üzerinde araştırma yapılabilmesi için; gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bu form iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, biri araştırma ana dosyasına konulur, diğeri ise araştırmacıda kalır. Araştırma acıyı, rahatsızlığı, korkuyu, hastanın hastalığı ve yaşı ile ilgili herhangi bir riski mümkün olan en alt düzeye indirecek biçimde tasarlanır. Çocuklar, gebeler, loğusa ve emziren kadınlar ile kısıtlı gönüllülerin iştirak ettiği araştırmalarda, risk ve hastalığa bağlı ilerleme safhaları hakkında gönüllü veya yasal temsilcisi özel bir biçimde uyarılır ve bu durum Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelendirilir. Gönüllünün hastalığının gerektirdiği durumlarda Bakanlığın vereceği izinler dışında gönüllüler aynı anda birden fazla araştırmaya iştirak edemez.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Gönüllüler üzerinde yapılan araştırmalarda Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu düzenlenerek; kişilerin rızasının alınıp alınmadığı görülmelidir.	

SORU 8	
Klinik araştırmanın başlatılmama, tamamlanmadan durdurulma veya bitirilme durumlarıyla ilgili olarak, Bakanlığa zamanında bilgi verilmekte midir?	
DAYANAK	
KAHY Md. 14	
AÇIKLAMA	
Araştırma Bakanlıkça izin verilmesine rağmen başvuru dosyasında belirtilen tarihte başlatılamamış ise başlatılamama sebepleri on beş gün içerisinde ilgili Etik Kurula ve ilgili Genel Müdürlüğe bildirilir. Araştırma başlatıldıktan sonra tamamlanmadan durdurulmuş ise; sebepleri ile birlikte durdurma kararı, çalışmaya alınmış olan gönüllülerin tedavisinin idamesine ilişkin tedbirleri içeren bilgi yazısı da eklenerek ilgili Etik Kurula ve ilgili Genel Müdürlüğe bildirilir. Koordinatör veya sorumlu araştırmacı, araştırmanın bitmesinden itibaren doksan gün içerisinde araştırmanın sonlandığını hem ilgili Etik Kurula hem de ilgili Genel Müdürlüğe bildirmek zorundadır.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Söz konusu durumlarla ilgili Bakanlığa yapılan bildirimler kontrol edilmelidir.	



EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ

SORU 9	
Araştırma kayıtları usulüne uygun olarak saklanmakta mıdır?	
DAYANAK	
KAHY Md. 21	
AÇIKLAMA	
Araştırma ile ilgili kayıtların tamamı destekleyici ve araştırmacı tarafından düzenli olarak tutulur ve araştırmanın tamamlanmasından sonra en az on yıl süre ile saklanır. Temel belgeler, talep halinde yetkili makamın görüşüne kolayca sunulmasını sağlayacak şekilde arşivlenir. Araştırma ile ilgili verilerin veya belgelerin herhangi bir sebeple devri halinde; durum Bakanlığa bildirilir, veri veya belgelerin yeni sahibi bunların tümünün muhafazasından ve arşivlenmesinden sorumludur. Araştırma ile ilgili belgelerin gizliliği esastır. Bu belgeler ancak hukuken yetkili kişilerin veya mercilerin talebi halinde yetkili kişilere sunulur.	
İNCELEME YÖNTEMİ	
Seçilen araştırma kayıtlarının açıklamada belirtilen şekilde uygun olarak saklanıp saklanmadığı kontrol edilmelidir.	



T.C. Sağlık Bakanlığı

**Türkiye Kamu
Hastaneleri Kurumu**

Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı