



VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME REHBERİ

2019



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ADSM/ADSH

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı

HAZIRLAYANLAR*

Prof. Dr. Hilmi ATASEVEN	Genel Müdür
Uz. Dr. Durdu Mehmet KÖŞ	Genel Müdür Yardımcısı
VERİMLİLİK VE KALİTE UYGULAMALARI DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Uzm. Dr. Cihan DÖĞER	Daire Başkanı
Dt. Hülya İŞLER	Birim Sorumlusu
Hatice ADSAN	Uzman Doktor
Hurişah AKSAKAL	Hemşire
Müslime AY KURNAZ	Hemşire
Emine BALCI	Ebe
Aysel BAYRAKÇI	Ebe
Gökşen İLHAN	Hemşire
Özgün MISIRLIOĞLU	Eczacı
Mustafa ORUÇ	Uzman Doktor
Ayşe Sibel ÖKSÜZ	Laboratuvar Teknisyeni
Meriç ÖZDİYAR	Biyolog
Sebahat ÖZTÜRK	V.H.K.İ
Arzu SÜER	Diş Hekimi
Ahmet ÜNER	İstatistikçi
Selma YILMAZ	Hemşire
Sevilay YÜCELKAN	Hemşire
TEDARİK PLANLAMA, STOK VE LOJİSTİK YÖNETİMİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Uzm. Ecz. İrem MÜHÜRÇÜ	Daire Başkanı
Kemal Tolga ÇETİN	Biyomedikal Mühendisi
Hikmet ÇIRNIK	V.H.K.İ
Orhan ZİYA	Eczacı
DÖNER SERMAYE BÜTÇE VE MUHASEBE DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Özkan ARSLAN	Daire Başkanı

* Soy isim sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

MİSYONUMUZ

Kamuya sağlık hizmeti verme sorumluluğu içinde, sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışıyla sunmak, verimliliği ve hizmet kalitesini sürekli geliştirmek ve iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak.

VİZYONUMUZ

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulduğu uluslararası alanda referans gösterilen güvenilir, saygın ve öncü bir kurum olmak.



Sağlık hizmetinin, insana özgü bir hizmet olması, hata kabul etmemesi, kaliteli hizmeti zorunlu kılmaktadır. Bu durum, ülkemizde hastane yönetimlerini etkilemekte olup, hastane yönetimlerini, mali durumlarını, çalışanlarını ve sağlık hizmeti sunum süreçlerini de etkilemektedir. İlerleyen süreçte, hasta ve çalışan beklentileri, sağlık hizmeti sunumunun belirleyicilerinden biri olmaktadır.

Verimlilik, çıktıların ve bu çıktıları elde etmek için kullanılan faktör girişlerinin toplamına oranı olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ise; etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi, çalışan ve hasta güvenliği ile memnuniyetin sağlanması ve hizmetin kesintisiz devamıdır.

Sağlık tesislerinin hizmet süreçlerini etkileyen sorunları yerinde değerlendirerek, sağlık tesisi yöneticilerine çözüm önerileri sunmak, çözüm sürecinde yöneticilere rehberlik etmek amacıyla verimlilik yerinde değerlendirme gerçekleştirmektedir. Bakanlığımızın sağlık politikaları, mevzuat değişiklikleri, sahadan gelen geri bildirimler ve gözlemcilerimizin önerileri doğrultusunda Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme soruları hazırlanırken; hasta ve hasta yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat ve Uluslararası kalite ve akreditasyon kaynakları göz önüne alınarak zamanında, etkili, verimli ve kaliteli sağlık sunumu için gerekli olan koşulların sağlık tesisi genelinde yerleşmesi istenmiştir.

Verimlilik unsurları üzerine yoğunlaşarak revizyonu sağlanan rehberimize katkıda bulunan merkez ve taşra teşkilatındaki başta Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür eder başarılarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Hilmi ATASEVEN

Kamu Hastaneleri Genel Müdürü



T.C Sağlık Bakanlığı Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak hedefimiz, Bakanlık politikaları doğrultusunda sağlık tesislerimizde kaliteli ve etkili sağlık hizmetlerinin mevcut kaynaklarla etkin sunulması, sağlık hizmetinin verimliliğinin değerlendirilerek artırılmasına yönelik önlemlerin alınmasıdır.

Bu hedefe ulaşmak için deneyimleri ve eğitimleri sayesinde anında çözüm önerisi sunabilen gözlemci ekiplerimizle son beş yıldır, yıllık hazırlanan değerlendirme takvimi programı doğrultusunda tüm sağlık tesislerimizde yerinde değerlendirmeler gerçekleştirmekteyiz.

2018 yılında gerçekleştirdiğimiz eğitimle Verimlilik yerinde değerlendirme gözlemci sayımız yeterli sayıya ulaşmıştır. Gözlemci ekiplerimiz büyük bir özveri ile bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerinin 2015 yılında %87'ni, 2016 yılında %88'ni, 2017 yılında % 89'nu, 2018 yılında %99'nu ziyaret ederek yerinde değerlendirme gerçekleştirmişlerdir. Yerinde değerlendirme sonrası sağlık tesislerine ait değerlendirme raporu ve değerlendirme esnasında görülen iyi uygulama örnekleri yöneticilerle ve bakanlığımızın ilgili birimleri ile paylaşılmaktadır.

Gözlemcilerimizin, tecrübelerinden yola çıkarak oluşturulmuş önyargılar ve değerlendirme ölçütlerinden etkilenmeden, hakkaniyetli ve etkili değerlendirme yapmalarını sağlamak amacı ile her yıl yenilen sağlık politikaları ve güncel uygulamalar doğrultusunda “Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi”miz güncellenmektedir. 2018 rehberimize eklediğimiz en önemli yenilik SBYS’ler üzerinden hastane verilerinin takip edilmesine imkan sağlayan “Yönetici Takip Ekranlarının” oluşturulması olup rehberde en öncelikli hedefimizdi. Yerinde değerlendirme sonuçları yönetici takip ekranlarının sağlık tesislerimizin %90 ının üzerinde aktif olarak kurduğunu göstermiştir. 2019 yılında ise “Yönetici Takip Ekranları”nın veri doğruluğunun denetlenmesi, sağlık tesisi yöneticilerinin bu ekranları aktif olarak kullanması, böylece sağlık tesisinde var olan veya gelişebilecek sorunları erken fark ederek çözüm üretmesi beklenmektedir.

Rehber aynı zamanda yöneticilerimiz için etkin yönetim rehberi vizyonu ile hazırlanan kaynak kitap niteliğindedir.

Sağlık tesislerimizin değerlendirilmesinde görev alan, önerileri ile katkı sunan verimlilik yerinde değerlendirme gözlemcilerine, her biri konusunda deneyimli Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı çalışanlarına ve katkı sağlayan diğer tüm çalışma arkadaşlarıma özverili çalışmaları ve katkılarından dolayı teşekkür eder, rehberimizin tüm sağlık tesislerine ve sağlık hizmeti sunumunda yer alan çalışma arkadaşlarımıza hayırlı olmasını dilerim.

Uzm. Dr. Cihan DÖĞER

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	v
SUNUŞ.....	1
POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ.....	28
DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	32
SERVİS HİZMETLERİ.....	42
AMELİYATHANE HİZMETLERİ.....	46
STERİLİZASYON	49
GENEL DEĞERLENDİRME	57
ECZACILIK HİZMETLERİ	86
MEDİKAL DEPO.....	92
TEKNİK HİZMETLER.....	127
AYNIYAT DEPO	137
KLİNİK MÜHENDİSLİK.....	171
BİYOMEDİKAL DEPO	191
MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	215

SUNUŞ

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge' nin 17 madde de tanımlanan Verimlilik Ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı görevleri kapsamında, “Sağlık tesislerinin yerinde değerlendirmesi için gözlem ekipleri kurmak ve gözlem sürecini yönetmek ” yer almaktadır. Bu süreç “Verimlilik Yerinde Değerlendirme Gözlemcileri” tarafından yapılmaktadır.

Sağlık tesislerinin hizmet sunumu verimliliğini değerlendirmek, kaliteli ve etkili hizmet sunumunda sürekliliği sağlamak, yöneticilerin ve çalışanların sağlık hizmeti sunum süreçlerine dair farkındalığını arttırmak amacıyla oluşturulan yerinde değerlendirme ekipleri, sağlık tesisleri ziyaretleri sırasında saydığımız tüm unsurları göz önünde bulundurarak süreçleri gözlemlemekte, tespit ettikleri problemleri, yöneticilerle paylaşarak beraber çözüm yolları aramaktadırlar. Amaç sorunları sağlık tesisinden ayrılmadan çözüme kavuşturmaktır. Sağlık tesisine dair hazırlanan raporlar vasıtası ile tespit edilen eksiklikler Bakanlığımızın ilgili bölümleriyle paylaşmakta, saha ile merkez arasında bağlantı sağlanmaktadır. Ayrıca gözlemciler tarafından sağlık tesislerinde tespit edilen iyi uygulama örnekleri, diğer sağlık tesisleri ile paylaşılarak gelişime katkı sunulmaktadır.

Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanan “Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi” ile gözlemcilerin sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesine kılavuzluk etmek amaçlanmaktadır. Rehberde gözlemcilerin değerlendireceği sorular, sorunun değerlendirilmesi sırasında değerlendirilecek unsurlar, soru hakkında açıklamalar ve ilgili kaynaklara yer verilmektedir.

Yerinde Değerlendirme rehberinde bulunan her soru, hasta ve hasta yakınlarının, sağlık tesisi çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükte olan mevzuatlar, Bakanlık hedefleri ve uluslararası kaynaklar göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Verimlilik gözlemcileri tarafından değerlendirilecek unsurlarda belirtilen hususların sağlık tesisinde uygulanıp uygulanmadığına, elde edilecek somut bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda karar verilmektedir. Uygulamaya ilişkin kanıtlar; tıbbi kayıtların ve dokümanların incelenmesi, süreçlerin gözlenmesi, çalışanlarla yapılan yüz yüze görüşmeler vb. yöntemler sonucu elde edilmektedir.

Yerinde değerlendirme soruları içinde istenen değerlendirilecek unsurların, belirli bölümlerde değil, kurumun tüm ilgili bölümlerinde aynı düzeyde uygulanması beklenmektedir. Uygulamaların sürekliliği de önemlidir. Örneğin bir serviste mevcut uygulamada çalışanların bir bölümünün bilgi sahibi olması ve istenen değerlendirilecek unsurun uygulanması, ancak diğer çalışanların çalıştığı zamanlarda uygulamanın gerçekleşmemesi sağlam temelli bir uygulama olmadığını, kişiye bağlı olduğunu ve belli zamanlarda uygulandığını gösterir. İstenen; uygulamanın belli zaman dilimlerinde değil sürekli olmasıdır.

Hazırladığımız bu rehber ile verimlilik yerinde değerlendirme çalışmalarına ve sağlık tesislerinde gerçekleştirecek iyileştirme planlamalarına yol gösterici olmayı hedeflemekteyiz.

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı

POLİKLİNİK HİZMETLERİ

SORU: Hastaların sağlık tesisi hizmet alanlarına kolay erişimi için düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 1
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.1.1. Sağlık tesisinin web sitesinde;

- Hastane iletişim bilgileri ve ulaşım linki,
- Hastanenin hizmet verdiği bölüm, branş, ve farklı hizmetlere yönelik bilgilendirme,
- Hekimlerin adı-soyadı, unvanı ve uzmanlık alanı
- Güncel günlük ve/veya aylık hekim çalışma listesi,
- Randevu alma alanı,
- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri ile ziyaret saatleri,
- Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan bulunmalıdır.

3.P.1.2. Sağlık tesisinin web sayfasının tasarımı Bakanlık tarafından yayınlanan web sitesi tasarımlarına uygun olmalıdır.

3.P.1.3. Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde de nöbet polikliniğinin yerini gösteren yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

3.P.1.4. Poliklinik bina ve kat girişleri ile hastanenin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhaları yeterli ve işlevsel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastaların sağlık tesisine erişimini kolaylaştırmak için tesisin web sitesine hastane iletişim/ulaşım bilgileri ve ulaşım linki eklenmiş olmalıdır.

İletişim bilgileri;

Telefon,

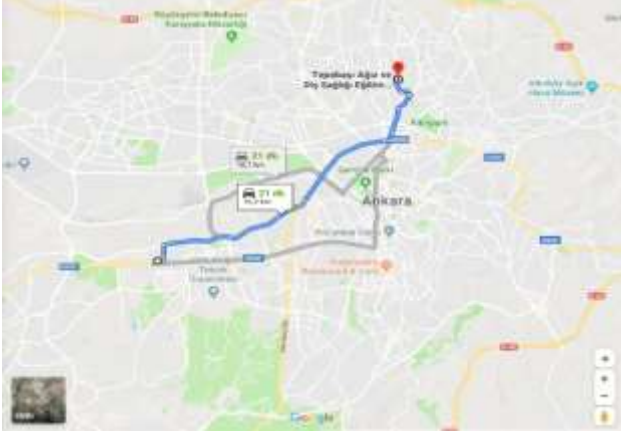
Faks,

Kurumsal mail adresi,

Adres bilgisini içermelidir.

Sağlık tesisi web sitesine sağlık tesisine ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla harita servisleri ile yol tarifi almaya imkan sağlayan link eklenmelidir.

Örnek ulaşım linki;



Sağlık tesisi web sitesinde, hekimlerin günlük ve/veya aylık çalışma listesi güncel olarak bulunmalıdır. Ana - merkez bina dışında sağlık tesisine bağlı semt polikliniği ve/veya ek bina mevcut ise hekim çalışma listesi bu hizmet alanlarını da içerecek şekilde güncel olarak düzenlenmelidir.

Kurumun resmi internet sayfasında; hekimlerin adı-soyadı, unvanı, uzmanlık alanı ve bilgileri bulundurulur. Hekimlerin isteği halinde özgeçmişine ve fotoğrafına da internet sayfalarında yer verilebilir.

Sağlık tesisi web sitesinde,

Merkezi Hekim Randevu sistemi ile entegre olarak çalışan randevu alma alanı bulunmalı ve erişilebilir olmalıdır.

Sağlık tesisi web sitesinde, hastanenin hizmet verdiği bölüm, branş ve farklı hizmetlere yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.

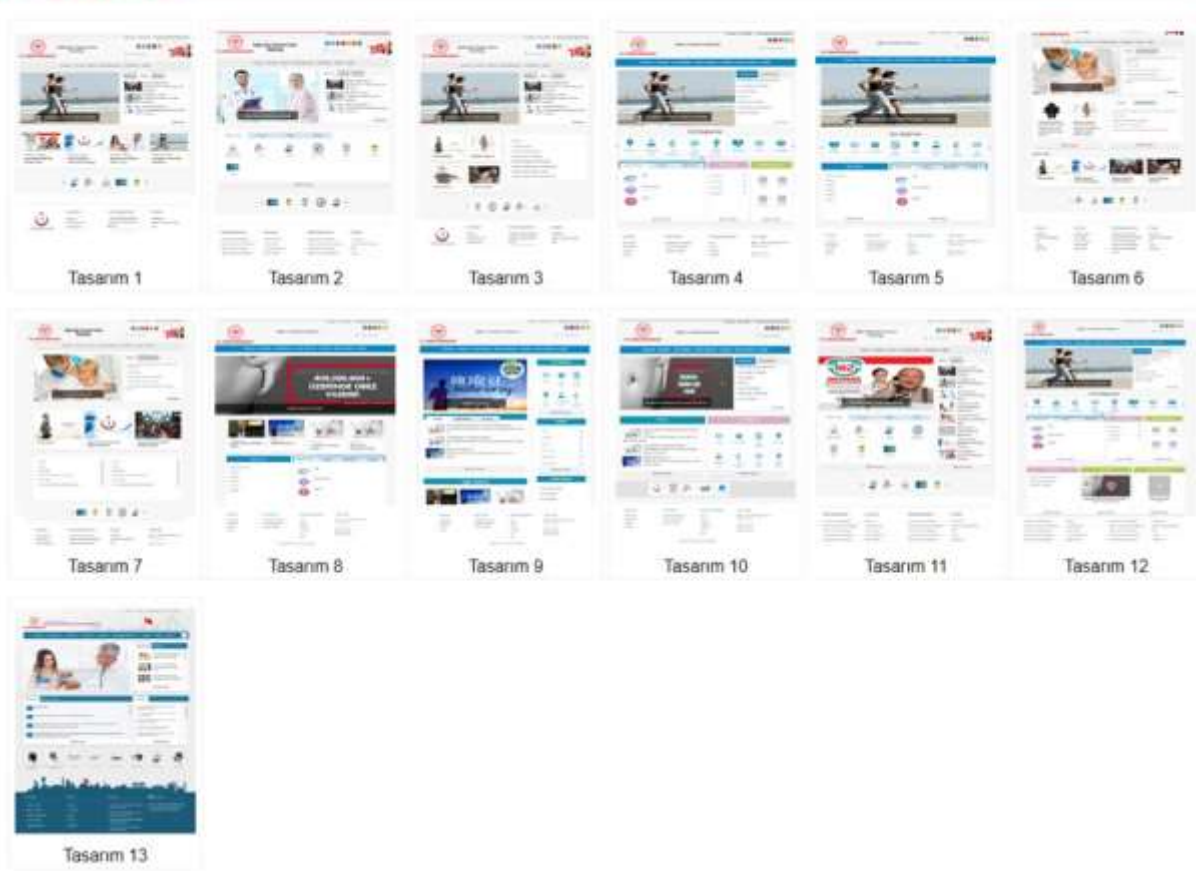
Sağlık tesisi web sitesinde, poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri ile ziyaret saatleri belirtilmelidir.

Sağlık tesisi web sitesinde, çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan bulunmalıdır.

Sağlık tesisinin web sitesinde güvenlik zafiyetlerinin giderilmesi ve siber güvenliğin sağlanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından “Merkezi Web İçerik Yönetim Sistemi” geliştirilmiş ve tüm merkez teşkilatı, taşra teşkilatı, bağlı kurum ve kuruluşların hizmetine sunulmuştur. Diğer platformlardan erişim sağlayan web sitelerinin kapatılması gerekmektedir. Sağlık tesisi Web sitesi tasarımları olarak <http://sablon.saglik.gov.tr/> adresinde yer alan tasarımlardan herhangi birini kullanmalıdır. (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan örnek web sitesi tasarımları aşağıda belirtilmiştir.

Kullanılan web sitesinin Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan web sitesi tasarımlarına uygun olup olmadığı Gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nün Barındırma Platformu ve Siber Güvenlik konulu yazısı



Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklara sağlık tesisine ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde de nöbet polikliniğini yerini gösteren ışıklılandırılmış yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

Sağlık tesisinde; poliklinik, bina ve kat girişleri ile hastanenin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhalarının yeterli sayıda, hastalar tarafından kolay görülebilecek yerde ve büyüklükte, güncel olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE

Hekim çalışma tabloları - Madde 10- (1) Poliklinik sekreterliklerinde Ek-1'deki Günlük Hekim Çalışma Tabloları ve Ek-2'deki Aylık Hekim Çalışma Tabloları bulunur. Ayrıca varsa kurumun resmi internet sayfasında; hekimlerin adı-soyadı, unvanı, uzmanlık alanı ve yan dal ihtisası bilgileri bulundurulur. Hekimlerin isteği halinde özgeçmişine ve fotoğrafına da internet

sayfalarında yer verilebilir. Çalışma tabloları kurumun internet sayfasında ilan edilir ve ayrıca hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerine verilir. Baştabip tarafından onaylanan Günlük ve Aylık Hekim Çalışma Tabloları Müdürlüklere gönderilir. Müdürlükler tarafından çalışma tablolarındaki programlara uyulup uyulmadığı denetlenir.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün Barındırma Platformu ve Siber Güvenlik konulu yazısı

SORU: Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?

SIRA : 2
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.2.1. Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi kolaylıkla sağlayacak biçimde düzenlenmelidir. Hastanın oturabileceği sandalye/koltuk olmalıdır.

3.P.2.2. Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hasta kayıt birimi poliklinik girişinde veya girişe yakın bir alanda, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde olmalıdır. Hasta kayıt biriminin her yönden rahatlıkla okunabilecek şekilde bir tabelası bulunmalıdır. Hasta ile iletişimi sağlayacak (Hasta ve görevli arasında iletişimi engelleyecek cam veya farklı bir separatör olmamalıdır) şekilde olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Gözlemciler tarafından kayıt biriminde, hastanenin en yoğun olduğu saatlerde hasta kuyruklarının bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgileri (ev/cep telefonu vb.) güncellenmelidir. Hastaya yapılabilecek olan bilgilendirme mesajlarında doğru hastaya doğru SMS'in gönderilmesi için hastanın iletişim bilgilerinin güncel olması esastır. Bu nedenle hasta kayıta her hastanın varsa cep telefon numarası bilgisinin teyit edilmesi gerekmektedir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE

İKİNCİ BÖLÜM Poliklinik Sekreterliği Birimlerinin Kurulması,

Birimde Görevlendirilecek Personelin Nitelikleri ve Görevleri

Poliklinik sekreterliği birimi kurulması

Madde 6 – (1) Kurumda, hastanın hekimini seçtiği, kurumun işleyişi hakkında bilgi aldığı ve muayene sırasının verildiği poliklinik sekreterliği birimi kurulur. Hastaya ilişkin bürokratik işlemlerin kolaylaştırılması amacıyla hasta kayıt, kabul ve poliklinik sekreterlik hizmetleri birleştirilmiş olarak aynı sekretaryadan yürütülebilir. Altyapısı uygun olan kurumlarda her poliklinikte kayıt ve kabul işlemlerinin ayrı yapılması esastır.

(2) Poliklinik sekreterliği birimlerinin şu şartları taşıması gerekir;

- a) Poliklinik sekreterliği birimleri, hastaların rahatça ulaşabileceği ve görebileceği şekilde poliklinik odalarına yakın yerlerde oluşturulur.
- b) Poliklinik sekreterliği birimleri çevresi açık, masa veya masa kullanım yüksekliğine sahip, hastaların oturtularak işlemlerinin yapıldığı birimler şeklinde düzenlenir.
- c) Hastaların sıra takibini kolaylıkla yürütebilmeleri için uygun elektronik sistem kurulabilir. Hasta ve yakınlarına yardımcı olmak ve yönlendirmek için refakat görevlisi görevlendirilebilir.
- ç) Poliklinik sekreterliği biriminin çalışmasına uygun olarak telefon ve bilgisayar gibi gerekli donanım bulunur ve fiziki düzenlemeler yapılır.

Poliklinik sekreterliği biriminde görevlendirilecek personelin nitelikleri ve görevleri

Madde 7- (1) Poliklinik sekreterliği biriminde, tercihen tıbbi sekreterlik bölümü olmak üzere en az lise mezunu, bilgisayar kullanabilen ve kişilerarası iletişim becerisi yüksek olan sekreter görevlendirilir. (2) Poliklinik sekreterliği biriminin personeli,

- a) Hasta ve yakınlarını nezaket kuralları içerisinde bilgilendirir ve yönlendirir.
- b) Kurumun belirlediği renk ve özellikte kıyafet giyer ve tanıtıcı kimlik kartı takar.
- c) Hastayı prosedür ve süreçler hakkında bilgilendirir.
- ç) Hekim tercihi belirtmeyen hastaları, şikâyetlerine uygun uzmanlık dalındaki en az hasta sayısı olan hekime yönlendirir.
- d) Telefonla bilgi isteyen hastalara hekimlerin çalışma günleri konusunda bilgi verir.
- e) Her ayın son beş iş günü öncesi hekimlerin bir sonraki aya ait çalışma takvimini idareden temin eder.
- f) Poliklinik hizmeti veren hekimlerin günlük ve aylık çalışma takvimi poliklinik sekreterliği biriminde bulunur, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi sağlanır.

SORU: Poliklinik muayene ve tetkik birimlerinde hastanın sırasını bildiren düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 3

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.3.1. Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın sıra numarası, öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri, MHRS randevu durumunun görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

3.P.3.2. Sağlık tesisinde görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, DHBS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın sıra numarası, öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri, MHRS randevu durumunun görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Genelgede yayımlanan öncelikli hastaların monitörlerde ilan edilip edilmediği gözlemlenmelidir. Gözlemciler tarafından; poliklinik muayene odası girişleri ve görüntüleme ünitelerinde hastanın sırasını bildiren elektronik düzenlemenin uygun alanda yapılıp yapılmadığı ve aktif olarak kullanılıp kullanılmadığı gözlenmelidir.

SORU: Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla fiziki düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 4
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.4.1. Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinik odaları birbirlerine yakın konumlandırılmamalıdır.

3.P.4.2. Hasta sayısı fazla olan bir branşa ait poliklinik odası/odaları, sağlık tesisinin bekleme alanları ve koridoru en geniş alanında konumlandırılmalıdır.

3.P.4.3. Poliklinikler, kendi branşları ile ilgili birimlerle (Örneğin: Endodonti ve cerrahi kliniği- Radyoloji ile, Protez Kliniği- Protez lab ile vb.) yakın alanlarda konumlandırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcileri poliklinikleri özellikle yoğun olan saatlerde değerlendirmelidir. Hastane yönetimi tarafından poliklinik alanları, görüntüleme ve hasta kayıt birimi olmak üzere günün en yoğun zaman diliminde gözlenmeli ve yoğunluğu azaltacak önlemler alınmalıdır. Polikliniğin yoğunluğunu azaltacak, işleyişini hızlandıracak düzenlemeler yapılmalıdır.

Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinikler mümkün olduğunca birbirlerine yakın olarak konumlandırılmamalıdır. Poliklinik hasta sayıları fazla olan branşlara ait poliklinik odalarının yerleşimi, hastane yönetimi tarafından gözlenmeli ve mümkün ise hasta sayısı fazla olan bir polikliniğinin yakınına hasta sayısı az olan bir polikliniğin konumlandırılması yapılmalıdır.

Poliklinik bekleme alanları ve koridorlar polikliniklerin günlük baktığı hasta sayısına göre kalabalığı azaltıcı şekilde düzenlenmelidir. Hasta sayısı fazla olan bir branşa ait poliklinik odası mümkün ise sağlık tesisinin bekleme alanları ve koridoru en geniş olan alanında konumlandırılmalıdır.

Poliklinik hizmetini birden fazla katta veren sağlık tesisleri bu katlara erişimi kolaylaştıracak düzenlemeleri yapmalıdır.

Poliklinikler, kendi branşları ile ilgili birimlerle yakın alanlarda konumlandırılmalıdır. Örneğin: Endodonti ve cerrahi kliniği Radyoloji bölümüne, Protez kliniği protez laboratuvarına yakın olmalıdır.

SORU: Polikliniklerde muayene bekleme süresi ölçülüyor mu?

SIRA : 5
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.5.1. Poliklinik muayenesi için kayıt işlemi yapılan hastanın hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisi hastaya verilen barkod üzerinde belirtilmelidir.

3.P.5.2. Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Poliklinik muayenesi için hastanın kaydı yapıldıktan sonra, verilen barkod çıktısı üzerinde tahmini hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisi bulunmalıdır. Belirlenen tahmini saat dilimi 1 saati geçmemelidir. Örneğin; saat 08:00’ de kayıt yapılan hastanın barkodu üzerinde tahmini muayene zaman aralığı: 10:00-11:00 saat dilimi şeklinde belirtilebilir. Tahmini muayene zaman aralığı belirlenirken; poliklinik açılış saati, öğle arası, branşa ait ortalama hasta muayene süresi ve ilgili polikliniğin MHRS randevuları gibi faktörler göz önüne alınmalıdır.

Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama muayene bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Hasta bekleme süreleri her hekim için ayrı ayrı hesaplanmalıdır. Her hasta için DHBS üzerinden hastanın ilk kayıt zamanı ile hastanın muayene zamanı arasındaki zaman farkı alınarak muayene bekleme süresi ölçülmelidir.

Her hasta için DHBS üzerinden hastanın ilk kayıt zamanı ile hekime muayene zamanı arasındaki zaman farkı alınarak muayene bekleme süresi ölçülmelidir. İlgili hekim için hasta bekleme sürelerinin toplamı, ilgili hekim tarafından muayene edilen toplam hasta sayısına bölünerek ilgili hekim için ortalama muayene bekleme süresi belirlenmelidir.

Örnek: Ocak ayında A hekimi tarafından 500 hasta muayene edilmiş ise;

Ortalama muayene bekleme süresinin hesaplanması

- 1.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 5 dakika
- 2.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 15 dakika
- 3.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 25 dakika
- 4.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 10 dakika

.....
.....
.....

500. hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 40 dakika

500 hastanın; hasta ilk kayıt ile muayene saati arasındaki zaman farkı toplamı: 1500 dakika

Ocak ayı A Hekimi için ortalama poliklinik bekleme süresi =1500/500= 3 dakika
Süreler aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Poliklinik Ortalama Muayene Bekleme Süresi Yönetici Takip Ekranı				
Hekim Adı	OCAK	ŞUBAT	...	Ortalama Muayene Bekleme Süresi (dakika)...
X Hekim	3			
Y Hekim				
.....				
.....				

- ✓ Hastaya verilen barkod çıktısı üzerinde tahmini hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisinin varlığı ve uygun olup olmadığı,
- ✓ DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Her bir bransa ait poliklinik muayene bekleme süresi ölçümünün yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (Güncelleme Tarihi: 04/12/2014) Madde 5-

(1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda; ğ) Yapılacak tüm düzenlemelerde hasta yararının gözetilmesi ile hastalara gerekli danışmanlık hizmetleri verilerek bilgilendirilmeleri ve personel-hasta iletişimini kolaylaştıracak uygulamalar yapılması, esastır.

Çeşitli ve Son Hükümler Kurumun sorumlulukları Madde 13- (1) b) Kurumda poliklinik sayılarının artması ile diğer birimlerde, hizmetlerde oluşacak yığılmaların engellenmesi için gerekli tedbirler alınır.

SORU: Poliklinik hizmetlerinin başlama/bitiş zamanı ile muayene sayısı takip ediliyor mu?

SIRA : 6
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.6.1. Her branşa ait poliklinikte gün içerisinde yapılan ilk muayene zamanı, son muayene zamanı ve muayene sayısı DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

3.P.6.2. Sağlık tesisi yönetimi tarafından polikliniklerin başlama zamanı belirlenmeli ve gecikmeler aylık olarak analizi yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

3.P.6.3. Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirimi SMS ile ilgili sorumlulara yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Bu unsorda her bir branşın poliklinik başlama zamanının, yönetim tarafından takip edilmesi ve branşa ait poliklinik iş yükü analizinin yapılması amaçlanmakta olup, poliklinik ilk muayene zamanı ile son muayene zamanı ve bu zaman aralığında poliklinikte muayene edilen hasta sayısı DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Örneğin yönetim tarafından poliklinik çalışma saati 09:00 ile 16:00 arasında belirlenmiş ve cerrahi polikliniğinde ilk muayene 09:05 son muayene öğleden sonra 15:30 da yapılmış ve bu zaman aralığında 40 hasta muayene edilmiş ise oluşturulacak Yönetici Takip Ekranında Cerrahi polikliniği için;

İlk muayene zamanı: 09:05

Son muayene zamanı: 15:30

Muayene sayısı: 40 olarak yönetici takip ekranında kayıt edilmelidir.

Muayene Başlangıç-Bitiş Zamanı ve Muayene Sayısı Yönetici Takip Ekranı									
GÜNLER	1			2			...		
Hekim Adı	İlk Muayene Zamanı	Son Muayene Zamanı	Muayene Sayısı	İlk Muayene Zamanı	Son Muayene Zamanı	Muayene Sayısı	İlk Muayene Zamanı	Son Muayene Zamanı	Muayene Sayısı
X Hekim	09:05	15:30	40						
Y Hekim									
.....									

Muayene sayısı fazla olan klinik/branştaki ilk muayene zamanı geciktiğinde ve son muayene zamanı erken bitirildiği durumlarda bir hastaya düşen muayene süresi çok kısa ise öncelikle hasta başına ayrılan net muayene süresinin arttırılması için düzenleme yapılmalıdır.

Sağlık tesisi yönetimi tarafından polikliniklerin başlama zamanı belirlenmeli ve belirlenen zamandan gecikme olan polikliniklerin aylık olarak analizi aşağıdaki şekilde yapılmalıdır. Aylık olarak yapılan analizler hastane başhekim ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

..... AYI POLİKLİNİK GEÇ BAŞLAMA TAKİP TABLOSU																																	
Hekim Adı Soyadı	GÜNLER																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Toplam	
A Hekim				0 8: 4 5													0 8: 3 5	0 8: 3 6															3
B Hekim																																	1
C Hekim															0 8: 4 5																		1
.....																																	

Hastane yönetimi tarafından ay içerisinde en fazla sayıda geç açılan polikliniklerden başlamak üzere gerekli iyileştirme faaliyetleri düzenlenmelidir.

Poliklinik hizmetlerinin başlama ve bitiş saati sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir. Poliklinik hizmetlerine geç başlama durumunda ilgili hekime, ilgili Klinik/Branş İdari Sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısına sağlık tesisi tarafından belirlenen bildirim aralıklarında SMS gönderilmelidir.

Örneğin;

Sağlık tesisi tarafından poliklinik başlama saati 08:30 olarak kabul edilmiş, ilgili poliklinikte muayene bekleyen kayıtlı hasta var ve halen muayeneye başlanmamış ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi ilgili hekime: “Bugün saat 08:31 itibariyle MERKEZ BİNA PEDODONTİ polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:40 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi klinik/poliklinik idari sorumlusuna: “Bugün saat 08:41 itibariyle MERKEZ BİNA PEDODONTİ polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:50 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi ilgili başhekim yardımcısına: “Bugün saat 08:51 itibariyle MERKEZ BİNA PEDODONTİ polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Polikliniklerde yapılan ilk muayene zamanının DHBS’ de nasıl kayıt altına alındığı,
- ✓ DHBS’de “Poliklinik Hizmetlerinin Muayene Başlangıç-Bitiş Zamanı ve Muayene Sayısı Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığı,

- ✓ İlk muayene zamanında gecikme olan branşa ait polikliniklerin, en çok gecikme olandan başlayarak aylık olarak analizinin yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı (örneğin; Sağlık tesisinde mevcut branşlara ait tüm polikliniklerin sayısı 7 ise Yönetici Takip ekranında bu 7 polikliniğe ait bilgiler ayrı ayrı görülmelidir.)
- ✓ Poliklinik hizmetlerine geç başlama durumunda ilgili hekime, ilgili Klinik İdari Sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde çalışan aktif diş hekimleri için poliklinik odası ve yeterli donanım sağlanmış mı?

SIRA : 7
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.7.1. Sağlık tesisinde bulunan poliklinik odaları bir veya iki diş hekiminin birlikte hizmet verebileceği şekilde düzenlenmelidir.

3.P.7.2. Poliklinik yapan her diş hekimine bir diş üniti tahsis edilmelidir.

3.P.7.3. Her poliklinik odasında diş hekimlerinin kullanımına tahsis edilen endodontik döner alet, kavitrone ve uçları, amalgamatör, ışıklı dolgu cihazı vb.cihaz ve donanımlar yeterli sayıda olmalıdır.

3.P.7.4. Hasta yoğunluğu ve her hastadan sonra aeratör başlığının steril edilmesi göz önüne alınarak her diş hekimi için yeterli sayıda mikromotor ve aeratör başlığı bulunmalıdır.

3.P.7.5. Poliklinik oda sayısının hekim sayısına oranı ve donanımı yönetim tarafından takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan poliklinik odaları bir veya iki diş hekiminin birlikte hizmet verebileceği şekilde düzenlenmelidir.

Poliklinik yapan her bir klinik için asgari olarak aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi klinisyen hekim sayısı, poliklinik oda sayısı ve klinik kullanımına ayrılan poliklinik odası oranları hesaplanmalı, yeni poliklinik odası açıldığında, yeni klinisyen hekim göreve başladığında tablo güncellenmeli ve yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Fiziki açıdan uygun olmayan sağlık tesisleri gözlemci tarafından gözlemlenmelidir. Eğer poliklinik açılması için uygun alanlar var ve poliklinik olarak kullanılmıyor ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir. Nitelikli ünit (bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamı) sayısının toplam ünit sayısına oranı hesaplanmalıdır. Her hekime bir ünit tahsis edilip edilmediği gözlenmelidir.

Poliklinik Odası Takip Tablosu						
Poliklinikler	Poliklinik Oda Sayısı	Diş Üniteli Sayısı	*Nitelikli Üniteli Sayısı	Aktif Diş Hekimi Sayısı	** Aktif Diş Hekim Başına Düşen Poliklinik Oda sayısı	*** SağlıkTesisinin Nitelikli Üniteli Oranı
1.Nolu poliklinik		4	0			
Ortodonti		2	2			
Pedodonti		1	1			
Engelli polikliniği.....						
Cerrahi Kliniği		2	2			
.....						
GENEL TOPLAM/ORTALAMA						

* Nitelikli üniteli sayısı= Bir veya iki üniteli bulunan odalardaki ünitelerin toplamıdır.

** Bu oran poliklinik oda sayısı / aktif diş hekim sayısı şeklinde hesaplanır.

*** Sağlık tesisinin nitelikli üniteli oranı= Bir veya iki üniteli bulunan odalardaki ünitelerin toplamı/ sağlık tesisinde bulunan toplam üniteli sayısı şeklinde hesaplanır.

Genel Toplam alanına; Sağlık tesisinde bulunan tüm polikliniklerin Poliklinik Oda Sayısı, Diş Üniteli Sayısı, Nitelikli Üniteli Sayısı ve Aktif Diş Hekimi Sayısı, Aktif Diş Hekim Başına Düşen Poliklinik oda sayısı toplamı yazılacaktır.

Genel Ortalama alanına; Sağlık tesisinde bulunan tüm polikliniklerin Aktif Diş Hekim Başına Düşen Poliklinik oda sayısı ve Nitelikli Üniteli Oranı Ortalaması yazılacaktır.

Her poliklinik odasında bulunan cihazlar en az iki hekime bir adet olacak şekilde planlanmalıdır. (Endodontik döner alet, ışıklı dolgu cihazı, amalgamatör, kavitrone vb.cihazlar) Hekim sayısı ve sağlık tesisi kayıtlarındaki aeratör ve mikromotor başlık sayısı kontrol edilmelidir. Hasta sayısına göre yeterli sayıda el aletleri, kavitrone uçları, frez, kanal tedavi aletleri vb. olup olmadığına bakılmalıdır. Hasta yoğunluğu ve her hastadan sonra aeratör başlığının steril edilmesi göz önüne alınarak her diş hekimine için yeterli sayıda mikromotor başlığı ve aeratör başlığı bulunmalıdır.

Örneğin; günde 30 hasta bakan bir diş hekiminin en az 5 aeratör başlığı, 3 mikromotor başlığı vb. olmalıdır.

Poliklinik oda sayısının hekim sayısına oranı ve donanımı ‘Poliklinik Odası Takip Tablosu’ oluşturularak yönetim tarafından takip edilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE

Madde 5- (1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda;

b) Her hekime bir poliklinik odası sağlanarak poliklinik yapılan oda sayılarının artırılması suretiyle belirli saatlerde yaşanan yığılmaların önlenmesi ve hasta bekleme sürelerinin azaltılması esastır.

SORU: Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinden yapılıyor mu?

SIRA : 8
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.8.1. Hastanın anamnez bilgileri DHBS’ de kayıt edilmelidir.

3.P.8.2. Sağlık tesisinde ve diğer sağlık tesislerinden istenilen konsültasyonların istem zamanı, gerçekleşme zamanı ve konsültasyon sonuçları DHBS ’de kayıt altına alınmalıdır.

3.P.8.3 Konservatif tedavi, endodontik tedavi, protez vb. tedaviler için randevu verme süreleri cihaz ve personel durumu gözönüne alınarak sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.

3.P.8.4. Sağlık tesisinde randevu gerçekleşme süreleri DHBS’ de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından hastanın anamnez bilgilerinin ve konsültasyon istenen hastaların konsültasyon sonuçlarının DHBS’de kaydedilip kaydedilmediği değerlendirilmelidir. Sistemik ve bulaşıcı hastalığı bulunan hastalar için DHBS ‘de uyarı sistemi bulunmalıdır. Sağlık tesisi dışından istenen konsültasyon sonuçları (Kardiyoloji, KBB, Kadın Doğum, Çocuk vb. bölümler) taranarak DHBS' deki hasta dosyasına kaydedilmelidir.

Sağlık tesisinde ve diğer sağlık tesislerinden istenilen konsültasyonların istem saati, gerçekleşme saati ve konsültasyon sonuçları DHBS kayıt altına alınabilmelidir. Sağlık tesisi dışından istenen konsültasyon formları DHBS’de kayıt edilmeli, yazıcıdan çıktı alınmalı ve konsültasyon isteyen dış hekimi tarafından onaylanarak ilgili hekime gönderilmelidir.

Hastaya verilen tüm tedavi işlem randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tedaviler için manuel yapılan kayıtlar ve randevu defterleri kaldırılarak DHBS üzerinden elektronik defter kaydı yapılarak takip edilmelidir.

Tedavi randevuların verilme/gerçekleşme zamanı arasındaki hedef süreler sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve sağlık tesisinin kendi dinamiklerine göre belirlediği hedef süreler DHBS’de tanımlanmalıdır. Randevu verme sürelerinin tespiti için, DHBS’’ de her bir hasta için işlem randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile işlemin gerçekleştiği zaman sistem tarafından kayıt altına alınabilmelidir. Her bir hasta için randevu zamanı ile tedavinin gerçekleşme zamanları arasındaki geçen süre ölçülmeli, en sık tekrarlanan randevu süresi(mod) ile en uzun randevu süresi hesaplanmalıdır.

Sağlık tesisinde yapılan tüm tedaviler için (dolgu, kanal, diş çekimi, protez vb.) randevu verme süreleri sağlık tesisi tarafından mod hesabına göre hesaplanmalı ve tüm tedaviler için Randevu Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu hazırlanmalıdır.

Örneğin;
Aydın 1’ inde 6 hastaya dolgu yapılmış ise,

1- Hastaya dolgu randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü

2-Hastaya dolgu randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü

3-Hastaya dolgu randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü

4-Hastaya dolgu randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süre 10 iş günü

5-Hastaya dolgu randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süre 7 iş günü

6-Hastaya dolgu randevusu verilme zamanı (muayene tarihi) ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süre 9 iş günü

Sağlık tesisinin dolgu randevu verilme zamanı ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süresinin hesaplanmasında, en sık tekrar eden değer (4 iş günü) randevu süresi olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak ayın 1'i için;

Sağlık tesisinin en sık tekrar eden randevu süresi 4 iş günüdür.

Sağlık tesisinin en uzun dolgu randevu verme süresi 10 iş günüdür.

..... Ayı Dolgu Randevu Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu																					
Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	31	 AYI
Randevu Gerçekleşme Süresi (mod hesabı)	4	3	5	5	6	5	5	6	7	8	7	5	5	8	6	5	5	6	7	6	5
En Uzun Randevu Gerçekleşme Süresi	10	15	9	15	13	12	16	5	13	13	14	21	13	18	19	20	12	10	9	13	21

Randevu gerçekleşme süresi (mod hesabı): Gün içerisinde en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresini,

En uzun randevu gerçekleşme süresi: Gün içerisinde gerçekleşen randevulardan en uzun randevu gerçekleşme süresini ifade eder.

Sağlık tesisinde yapılan tüm tedaviler için (dolgu, kanal, diş çekimi, protez vb.) Randevu Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu hazırlanmalıdır.

Ocak ayının tamamı için;

Sağlık tesisinin en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresi 5 iş günüdür.

Sağlık tesisinin en uzun dolgu randevu gerçekleşme süresi 21 iş günüdür.

Gözlemciler, tetkik randevularının DHBS’üzerinden verilip verilmediğini, hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığını yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

Sağlık tesisinde her bir tetkik için yukarıdaki hesaplamalar sonunda bulunan randevu gerçekleşme süreleri (mod hesabı ile bulunan süreler DHBS’ de oluşturulan ve en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Bu ekranlar verileri anlık takip edecek şekilde yapılandırılmalıdır.

..... Yılı Randevu Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı					
Tedavi Adı	Hedef Süre	OCAK	ŞUBAT		ARALIK
Dolgu	 iş günü				
Kanal Tedavisi	 iş günü				
Protez	 iş günü				
Cerrahi Çekim	 iş günü				
Yer Tutucu	 iş günü				
Ortodontik Aparey	 iş günü				
Gece Plağı	 iş günü				
Diğer	 iş günü				

**Bu tedavilere ait hedef süreler sağlık tesisince belirlenecektir.*

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Randevu defterleri kullanılmadan, randevuların DHBS üzerinden verilip verilmediği,
- ✓ Hasta anamnez bilgilerinin ve sağlık tesisinde istenen konsültasyonların DHBS’ de kayıt altına alınıp alınmadığı,
- ✓ Sağlık tesisi dışından istenen konsültasyon sonuçlarının taratılarak DHBS’ ye yüklenip yüklenmediği,
- ✓ Her bir tedaviye ait randevu verme sürelerinin ölçümünün mod hesabı ile yapılarak DHBS’de oluşturulan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilip edilmediği,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları yönetim tarafından takip ediliyor mu?

SIRA : 9
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO :9
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.9.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü' nün aylık olarak İl Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği e- reçete oranları sağlık tesisi yönetimi tarafından temin edilmeli ve sağlık tesisinde görev yapan her bir hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı takip edilmelidir.

Aşağıdaki tabloda istenen verilerin doğru toplanabilmesi için nöbet polikliniğinde düzenlenen kâğıt reçetelere nöbet polikliniğinde yazıldığını belirten “Nöbet” kaşesi basılmalıdır.

E-reçete Kullanım Oranı						
YIL:				AY:		
Hekim Adı Soyadı	Branşı	E-Reçete Sayısı	Kağıt Reçete Sayısı		Toplam Reçete Sayısı	E-Reçete Toplam Reçete Sayısı
			Nöbet Polikliniği	Poliklinik (Ayaktan)		

KAYNAK:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı: B.10.1.HSK.077.00.00- Konu:E-reçete ve E-İmza

İlgi: a)Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün 07/11/2012 tarih ve

B.10.0.SBS.0.08.00.00.700.3626 sayılı yazısı.

b)SGK'nın 26/11/2012 tarih ve B.13.2.SGK.0.11.06.01/20.614.667 sayılı yazısı.

Sağlık.Net sisteminde tüm sağlık tesislerinden gelen elektronik reçeteler işlenmekte.ayrıca 01/07/2012 tarihinden itibaren de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından reçeteler elektronik ortamda toplanmaktadır.

İlgi a) yazı ile SGK'nın yürüttüğü projenin desteklendiği ve Bakanlığımız ve bağlı kuruluşlarına bağlı sağlık tesislerinde görev yapan hekimlerimizin e-reçete yazma ve e-imza temini gibi konularında süreçler tamamlanmıştır.

SGK'nın ilgi b) yazısında hekimlerimizin şifre almaları ve e-reçete yazmaları konusunda detaylar belirtilmiştir.

SORU: Sağlık tesisinde MHRS süreçlerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 10

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.10.1. MHRS’den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerini beklemeden yapabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

3.P.10.2. MHRS’ ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin en az 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olmalıdır.

3.P.10.3. Uzman Dış Polikliniklerine hastanın yönlendirilmesi halinde “Takip Gerektiren Hasta Listesi (Yeşil Liste)”ne kaydı yapılmalıdır.

3.P.10.4. Ağız ve Dış Sağlığı polikliniklerinde ilk muayenesi yapılan hastanın, devam eden tedavi ve kontrol muayene randevuları hekim tarafından MHRS’nin “Devam Eden Muayene” cetvelleri üzerinden verilmelidir.

3. P.10.5. “Randevu Durum Bilgisi Bildirimi” aynı gün içinde en geç saat 23:59’a kadar yapılmalıdır.

3.P.10.6. MHRS’ye ait sağlık tesisi verileri yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

MHRS’ den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için ayrılmış hasta kabul birimi veya öncelikli numara alma ya da kiosklerde barkod okuma ile kayıt sisteminin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

MHRS’ ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin en az 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olmalı, hekim çalışma cetvellerinde hekimin tüm mesai programı belirtilmelidir. Gözlemciler tarafından, MHRS’ den sorumlu personele “T.C. Sağlık Bakanlığı MHRS Kurum Yönetimi Sayfası Raporlama Ekranı” açtırılarak, sistemde değerlendirme yapılan gün itibari ile “Hekim Bazlı Cetvel Gün Sayısı”nın en az 30 gün olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hekim Bazlı Cetvel Gün Sayısı boş bırakılmış ya da 30 günden az tanımlanmış ise olumsuz değerlendirilmelidir.

MHRS’ de Uzman Dış Poliklinikleri için vatandaşlara doğrudan randevu verilmemektedir. Ağız ve Dış Sağlığı Polikliniklerinde muayene olan hastalar uygun görülmesi halinde uzmanlık polikliniğine sistem üzerinden “Takip Gerektiren Hasta Listesine (Yeşil Liste)” süreli olarak eklenmek sureti ile yönlendirilmektedir. Yeşil Listede kayıtlı vatandaşlar eklendikleri uzmanlık polikliniğine mevcut MHRS randevu kanallarından randevularını alabilmektedirler.

Gözlemci tarafından;

- Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniklerinde hastaların DHBS’ de “yeşil listeye kaydının nasıl yapıldığı,
- Hekimlerin yeşil liste kaydını yapıp yapmadığı sorgulanmalıdır.

Ağız ve Diş Sağlığı polikliniklerinde defter randevusu kullanılmamalı, devam eden tedavi ve kontrol muayene randevuları MHRS’nin “Devam Eden Muayene “cetvelleri üzerinden verilmelidir. Gözlemciler, söz konusu polikliniklerde randevuların MHRS üzerinden veriliş verilişmediğini kontrol etmelidir.

MHRS’ de kullanılan “İlk Muayene Cetveli” ve “Devam Eden Muayene Cetveli” nin özellikleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

“İlk Muayene Cetveli” ve “Devam Eden Muayene Cetveli”nin Özellikleri	
İlk Muayene Cetveli	Devam Eden Muayene Cetveli
İlk muayene randevuları için tanımlanır.	Devam eden muayene ve kontrol randevuları için tanımlanır.
Randevu kanallarından randevu alınabilir (ALO 182, mhRS Web, MHRS Mobilv.b)	Sadece hekim tarafından randevu verilir.
	Randevu süreleri esnekler.
Sistemde 30 günlük cetvel bulundurulur ve en geç 15 gün sonrasına randevu verilebilir.	1 (bir) yıla kadar cetvel tanımlanabilir ve 1 (bir) yıla kadar randevu verilebilir.
Aynı güne randevu verilemez/alınamaz.	Aynı güne randevu verilebilir.
Tüm Ana Dal ve Yan Dal polikliniklerde azami cetvel açma oranı % 70, Uzman Diş polikliniklerinde % 30'dur.	Tüm Ana Dal ve Yan Dal polikliniklerde azami cetvel açma oranı % 30, Uzman Diş polikliniklerinde % 70'dur.
İlgili poliklinik şartları değerlendirilerek Bakanlık tarafından istisnai oranlar belirlenebilir.	

Gözlemciler tarafından, MHRS’ den sorumlu personele “T.C. Sağlık Bakanlığı MHRS Kurum Yönetimi Sayfası Raporlama Ekranı” açtırılır. Bu ekrandan “Randevu Gerçekleşme Durum Bilgisi” değerlendirme tarihinden önceki herhangi bir zaman aralığı seçilerek sorgulanır. İndirilen excel tablosundaki “Belirsiz Randevu Sütunu” nda bulunan değerler kontrol edilir. Bu sütunda **sıfırdan farklı bir değer** bulunması halinde olumsuz değerlendirilir.

MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri hastane yöneticileri tarafından aşağıdaki Yönetici Takip Ekranları ile takip edilmelidir.

Branş Esaslı MHRS Yönetici Takip Ekranı							
YIL...					AY...		
Branşlar	MHRS'de Tanımlı Olmayan Hekim Sayısı	MHRS'de Tanımlı Hekim Sayısı	Poliklinikte Aktif Hizmet Veren Hekim Sayısı	Cetvel Açan Hekim Sayısı	Randevuya Açık Cetveli Olan Hekim Sayısı	Hep Kapalı Cetveli Olan Hekim Sayısı	Hiç Cetveli Olmayan Hekim Sayısı
Cerrahi							
Pedodonti							
Entegre Poliklinik							
.....							
TOPLAM							

**Hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısı: İlgili ayda cetveli hep (sürekli) kapalı olarak tanınmış (randevuya açılmamış) hekim sayısıdır.*

MHRS Parametreleri Yönetici Takip Ekranı	
YIL:	AY:
Takip Edilecek MHRS Parametreleri	Sağlık Tesisi Değeri
Açılan kapasite oranı (AKO)	
Cetvel Açmayan hekim oranı (CHO)	
Kapalı cetvel tanımlayan hekim oranı (KCHO)	
İstisna oranı bilgisi (İOB)	
Randevu Doluluk Oranı	
Randevu durum bilgisi (RDB)	
Randevu saatine uyum (RSU)	
Devam eden muayene cetveline randevu verme oranı	

Açılan kapasite oranı (AKO)= Toplam randevu kapasitesi (sağlık tesisi tarafından MHRS'de tanımlanan randevu kapasitesi sayısı) / MHRS'ye esas poliklinik muayene sayısı (MHRS'den hasta kabul eden polikliniklerde yapılan toplam muayene sayısı)

Cetvel açmayan hekim oranı (CHO)= Poliklinik yaptığı halde MHRS randevu cetveli açamayan hekimler / poliklinik yapan toplam hekim sayısı.

Kapalı Cetvel Tanımlayan Hekim Oranı (KCHO)= İlgili ayda hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısı / ilgili ayda MHRS'ye tanımlı hekim sayısı.

İstisna Oranı Bilgisi (İOB) = Aylık İstisna Sayısı / Aylık Kapasite Sayısı.

Randevu Doluluk Oranı= Alınan randevu sayısı/ açılan randevu kapasitesi

Randevu Durum Bilgisi (RDB)) = Aynı gün geldi/gelmedi bilgisi gönderilen randevu sayısı / Alınan Toplam Randevu Sayısı.

Randevu Saatine Uyum (RSU): Muayene saati ile randevu saati arasındaki farktır. Randevu saatinden 30 dk. sonrası gerçekleşen randevu sayıları takip edilmelidir.

Devam Eden Muayene Cetveline Randevu Verme Oranı= Açılan Devam Eden Muayene cetvelinden verilen randevu sayısı/ Açılan Devam Eden Muayene Cetveli kapasite sayısı

Gözlemciler tarafından yönetici takip ekranlarında;

- ✓ DHBS’de “Branş Esaslı MHRS Yönetici Takip Ekranı” ile “MHRS Parametreleri Yönetici Takip Ekranı”nın en az tablodaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
(GÜNCELLENME TARİHİ: 07/05/2018)

SORU: Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 11
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 11
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

3.P.11.1. Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayıları ve tekrarlanan dolgu sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı”ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayıları ve tekrarlanan dolgu sayıları DHBS’de kayıt altına alınmalıdır.

Dolgu Sayıları Yönetici Takip Ekranı					
YIL:			AY:		
Hekim Adı Soyadı	Polikliniğe Başvuran Hasta Sayısı	Dolgu Yapılan Dış Sayısı	*Dış Dolgusu Oranı	**Dolgusu Tekrarlanan Dış Sayısı (Süt Dışı Dahil)	***Tekrarlanan Dolgu Oranı
X Hekim					
Y Hekim					
.....					
GENEL TOPLAM/ORTALAMA					

Dolgu işlemleri, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır

**Sağlık Tesisinde Yapılan Dolgu Oranı = Dolgu yapılan diş sayısı / Polikliniğe başvuran hasta sayısı şeklinde hesaplanmalıdır.*

***Dolgusu Tekrarlanan Diş Sayısı (Süt Dişi Dahil): Sağlık tesisinde 1 yıl içinde aynı dişe aynı kodla tekrar yapılan dolgu sayısıdır.*

****Tekrarlanan Dolgu Oranı: Dolgusu tekrarlanan diş sayısı /Toplam dolgu yapılan diş sayısı şeklinde hesaplanır. Toplam dolgu yapılan diş sayısı, Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.120 arasındaki kodlu işlemler ile 402.160, 402.170, 402.180, 402.190 kodlarına ait işlemlerdir.*

Örnek:

Sağlık tesisinde bir hastaya 402.010 kodlu (Amalgam dolgu, bir yüzlü) dolgu işlemi 1 yıl içinde aynı dişe tekrar yapıldı ise bu işlem aynı dişte tekrarlanan dolgu işlemidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığını,
- ✓ Dolgu işlemlerinin Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanıp tanımlanmadığını,
- ✓ Sağlık tesisinde dolgu sayılarının takibinin en az yukarıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığını,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde yapılan diş çekim sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 12

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.12.1. Sağlık tesisinde yapılan diş çekimi sayıları ile kanal tedavisi sonrası çekilen diş sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yapılan diş çekim sayıları ve kanal tedavisi sonrası çekilen diş sayıları DHBS’de kayıt altına alınmalıdır.

Diş Çekimi Yönetici Takip Ekranı

YIL:					AY:			
Hekim Adı Soyadı	Diş Çekimi Yapılan Hasta Sayısı	Çekilen Diş Sayısı	Dolgu Yapılan Diş Sayısı	Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısı	Çekim, Dolgu ve Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısının Toplamı	Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Sayısı	*Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Oranı	**Diş Çekimi Oranı
X Hekim								
Y Hekim								
.....								
GENEL TOPLAM /ORTALAMA								

Diş Çekim işlemleri, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır
 *Kanal tedavisi sonrası çekilen diş oranı = Kanal tedavisi sonrası çekilen diş sayısı / Toplam kanal tedavisi yapılan diş sayısı şeklinde hesaplanır

**Diş Çekimi Oranı = Çekilen diş sayısı / Çekim, dolgu ve kanal tedavisi yapılan diş sayısının toplamı şeklinde hesaplanmalıdır.

Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri,

Dolgu Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.120 arasındaki kodlu işlemler ile 402.160, 402.170, 402.180, 402.190 kodlu işlemleri,

Kanal Tedavisi: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.150 ile 402.154 arasındaki ve 402.270,402.271,402.272,402.273 kodlu işlemleri ifade eder.

Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Oranı hesaplanırken Sağlık Tesisinde 1 yıl içinde kanal tedavisi yapılmış ve sonrasında çekilmiş dişler hesaplamaaya dâhil edilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını,
- ✓ Diş çekim işlemlerinin Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanıp tanımlanmadığını,
- ✓ Sağlık tesisinde çekim sayılarının takibinin en az yukarıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapıp yapılmadığını,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde Cerrahi Polikliniklerde gerçekleşen işlemler ile ilgili verilerin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 13
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.13.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir diş hekiminin yaptığı "Cerrahi işlem sayısı" aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir diş hekiminin yaptığı "Cerrahi işlem sayısı" aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Cerrahi polikliniklerde işlem randevuları DHBS üzerinden verilmelidir. Defter üzerinden randevular verilmemelidir.

Cerrahi İşlem Sayısı Yönetici Takip Ekranı							
YIL:				AY:			
Hekim Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Lokal Anestezi Altında Yapılan İşlem Sayıları					
		Çekim Sayısı	Kök Ucu Rezeksiyonu	Dolgu	İmplant	Gingivektomi ve Flep	Diğer İşlemler
X Hekim	Ağız Diş Çene Cerrahı						
Y Hekim	Diş hekimi						
.....							
TOPLAM							

Ameliyat ve işlemler Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır.

Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri,

Kök ucu Rezeksiyonu: Girişimsel İşlemler Listesindeki 405.060 kodlu işlemi,

Dolgu Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.120 arasındaki kodlu işlemler ile 402.160, 402.170, 402.180, 402.190 kodlu işlemleri,

İmplant: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405230, 405260 kodlu işlemi,

Gingivektomi ve Flep: Girişimsel İşlemler Listesinin “Periodontoloji” başlığı altında bulunan 406.040, 406.050 kodlu işlemi,

Diğer İşlemler: Girişimsel İşlemler Listesinde “çekim, kök ucu rezeksiyonu, dolgu, implant, gingivektomi ve flep” işlemleri dışında kalan diğer işlemleri ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Cerrahi işlem randevularının nasıl verildiği,
- ✓ Cerrahi işlemlerin Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanıp tanımlanmadığını,
- ✓ DHBS’de “ Cerrahi işlem sayılarının Yönetici Takip Ekranı” en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığını,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- ✓ Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Hastaların tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre, tedavi planı hazırlanıyor ve tedavisinin sürekliliği sağlanıyor mu?

SIRA : 14
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİKLER
BÖLÜM SIRA NO : 14
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.14.1. Diş hekimi muayenesi sonucu hastaların klinik durumlarını gösteren bulgular (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) DHBS’de ağız şeması üzerinde kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından gelen hastaların diş hekimi muayenesi sonucu klinik durumlarını gösteren bulguların ve ağız şemasının (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) DHBS üzerinde bulunup bulunmadığı incelenmelidir.

SORU: Tedavi yapılan her hasta sonrası diş üniti ve kullanılan ekipmanlar çapraz kontaminasyonu önleyecek şekilde temizleniyor ve dezenfekte ediliyor mu?

SIRA : 15
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİKLER
BÖLÜM SIRA NO : 15
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.P.15.1. Diş ünitesinin her hastadan sonra dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

3.P.15.2. Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeratör başlığı, anguldruva, kavatron vb.) sterilize edilmelidir.

3.P.15.3. Hava-su sprey başlıkları steril edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Diş ünitesinin her hastadan sonra dezenfekte edilip edilmediği gözlemciler tarafından gözlemlenmeli, diş ünitesinin dezenfeksiyonunda yüzey dezenfektanların kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir. Ağız içinde kullanılan başlıkların her hastadan sonra, ünit su ve hava yolundan çıkarılarak sterilize edilmesi gereklidir. Başlıkların üreticinin önerileri doğrultusunda temizlendikten sonra sterilizasyonunun yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Etüv veya flash otoklavlarda yapılan sterilizasyon kabul edilmemelidir.

Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir. Başlıklar yüksek düzey dezenfektanlar ile dezenfekte edilmemelidir. Her hastadan sonra başlıklar ve metal hava –su spreyi uçları sterilize edilmelidir.

Hava-su sprej başlıkları da steril edilmeli veya disposable başlıklar kullanılıyor ise her hastadan sonra değiştirilmelidir.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

SORU : Sağlık tesisinde röntgen bekleme sürelerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 16
BÖLÜM ADI : DENTAL GÖRÜNTÜLEME
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.G.1.1. Sağlık tesisinde röntgen bekleme süreleri aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından sağlık tesisine başvuran her bir hasta için DHBS ’de ‘Röntgen İstem Zamanı’ ile ‘Röntgen Çekim Zamanı’nın ayrı ayrı olarak DHBS’de nasıl kayıt altına alındığı değerlendirilmelidir. Tüm radyolojik tetkiklerin istem ve çekim zamanları DHBS’de kayıt altına alınmalıdır.

Sağlık tesisinde görüntüleme bekleme süresi her bir görüntüleme için aşağıdaki şekilde hesaplanmalıdır.

Örnek: Ocak ayı röntgen ortalama bekleme süresinin hesaplanması:

- 1.hasta röntgen bekleme süresi(İstem Zamanı ile Çekim Zamanı Arasındaki süre):20 Dk
- 2.hasta röntgen bekleme süresi(İstem Zamanı ile Çekim Zamanı Arasındaki süre):15 Dk
- 3.hasta röntgen bekleme süresi(İstem Zamanı ile Çekim Zamanı Arasındaki süre):10 Dk
- 4.hasta röntgen bekleme süresi(İstem Zamanı ile Çekim Zamanı Arasındaki süre):15 Dk

.....

.....

.....

100. hasta röntgen bekleme süresi(İstem Zamanı ile Çekim Zamanı Arasındaki süre):10 Dk

Toplam röntgen bekleme süresi: 1800 Dk

Ocak ayı ortalama röntgen bekleme süresi= $1800 \text{ Dk} / 100 = 18 \text{ Dakika}$ olarak hesaplanır.

Süreler aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

* Röntgen Bekleme Süresi Yönetici Takip Ekranı					
	OCAK	ŞUBAT	MART		TOPLAM
Periapikal Röntgen 1	18 dakika				
Periapikal Röntgen 2	... dakika				
Panoramik Röntgen 1	 dakika				
Panoramik Röntgen 2	 dakika				
..... Röntgen	 dakika				

* Röntgen Bekleme Süresi: Toplam Röntgen Bekleme Süresi/Toplam Hasta Sayısı şeklinde hesaplanır

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Her bir hastaya ait röntgen bekleme süresi ölçümünün yukarıdaki hesaplama metodu ile yapılarak DHBS’de oluşturulan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilip edilmediği,
- ✓ DHBS’de “Röntgen Bekleme Süresi Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU :Sağlık Tesisinde çekilen ve tekrar edilen röntgen sayılarının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 17
BÖLÜM ADI : DENTAL GÖRÜNTÜLEME
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.G.2.1. Sağlık Tesisinde röntgen teknisyenleri tarafından çekilen ve tekrar edilen röntgen sayısı ve oranları DHBS ‘de oluşturulacak yönetici takip ekranı ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Çekilen ve Tekrar Edilen Röntgen YöneticiTakip Ekranı				
YIL:		AY:		
Teknisyen Adı	*Röntgen Sayısı	**Röntgen Oranı	Tekrar Edilen Röntgen Sayısı	***Tekrar Edilen Röntgen Oranı
X Teknisyeni				
Y Teknisyeni				

GENEL TOPLAM/ ORTALAMA				

*Tıbbi işlemler yönergesinin ekinde bulunan Girişimsel İşlemler Listesinde “Teşhis ve Tedavi Planlaması” başlığı altında bulunan 401.051 ile 401.150 kodları arasındaki girişimsel işlemleri ifade eder.

* Röntgen Sayısı: Her bir teknisyenin çektiği röntgen sayısıdır.

**Röntgen Oranı: Teknisyen tarafından çekilen röntgen sayısı/ Sağlık tesisinde çekilen toplam röntgen sayısı şeklinde hesaplanır.

***Tekrar Edilen Röntgen Oranı: Teknisyen tarafından tekrar edilen röntgen sayısı/ Sağlık tesisinde tekrar edilen toplam röntgen sayısı şeklinde hesaplanır.

Sağlık Tesisinde çalışan her bir teknisyen için çekilen ve tekrar edilen röntgen sayıları ve oranları takip edilmelidir. Kanal tedavisi yapılan dişler için aynı gün içinde aynı dişe çekilen röntgenler tekrar edilen röntgen sayılarının dışında tutulmalıdır. Verilere nöbet verileri dahil edilmemelidir. Sağlık tesisinde, röntgen çekim sayıları ve tekrar edilen çekim sayılarının analizi yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ DHBS’de “Çekilen ve Tekrar Edilen Röntgen YöneticiTakip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

SORU: Sağlık Tesisinde protez ölçü bekleme süresi ve ölçü kabulü ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 18
BÖLÜM : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.DPL.1.1. Protez laboratuvarına gelen her ölçü numunesinin üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalı ve barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

3.DPL.1.2. Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler, sağlık tesisi tarafından takip edilmelidir.

3.DPL.1.3. Ortalama ölçü bekleme süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Protez laboratuvarına gelen her ölçü numunesinin üzerinde hekim ve hasta kimlik bilgilerini içeren etiketler bulunmalı ve ölçülerin barkod okuyucu ile laboratuvara kabulü yapılmalıdır. Ölçünün kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul eden personelin adı soyadı vb. bilgileri DHBS ‘de kayıt altına alınmalıdır. Transfer hasta tarafından yapılmamalıdır.

Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler, en az aşağıdaki tabloda belirtilen bilgileri içerecek şekilde sağlık tesisi tarafından takip edilmelidir.

Kabul Edilmeyen Ölçü Takip Tablosu			
YIL:		AY:	
Hekim Adı	Kabul Etmeyen Personel Adı	Kabul Edilmeyen Ölçü Sayısı	Kabul Edilmeme Nedeni
X Hekim			
Y hekim			
.....			

Ortalama ölçü bekleme süresi: Diş hekiminin ölçüyü DHBS’ne girdiği saat (Ölçü Alım Zamanı) ile laboratuvara kabul edilen ölçünün alçı modelinin oluşturulduğu saat (Ölçü Döküm Zamanı) arasındaki farktır. Bu kayıtlar her hastanın ölçü alım zamanı ve ölçü döküm zamanı sırasında anlık olarak yapılmalıdır. Ölçü alım ve ölçü döküm kayıtlarının sonradan yapıldığı gözlemci tarafından tespit edilirse bu unsur olumsuz değerlendirilir.

Her hasta için DHBS üzerinden hastanın ölçü bekleme süresi ölçülmeli ve toplam bekleme sürelerinin hasta sayısına oranı ortalama ölçü bekleme süresi olarak alınmalıdır.

Örnek : Ocak ayı ortalama ölçü bekleme süresinin hesaplanması:

- 1.hasta ölçü bekleme süresi: 20 Dk
- 2.hasta ölçü bekleme süresi: 15 Dk
- 3.hasta ölçü bekleme süresi: 10 Dk
- 4.hasta ölçü bekleme süresi: 15 Dk

...

...

...

100. hasta ölçü bekleme süresi: 15 Dk

100 hastanın toplam bekleme süresi: 1800 Dk ise;

Ocak ayı ortalama ölçü bekleme süresi=1800 Dk/100= 18 dakika

*Ortalama Ölçü Bekleme Süreleri Yönetici Takip Ekranı				
	OCAK	ŞUBAT	MART	
Ortalama Ölçü Bekleme Süreleri	18 dakika	 dakika	 dakika	

** Ölçü bekleme süresi: Ölçü alımı ile model alçı dökümü arasında geçen süredir.*

Ölçü alımı ile alçı döküm zamanı DHBS’ de örnek bir hasta seçilerek kontrol edilmelidir. (Hizmet alımı yapılan sağlık tesisinde de sorgulanacaktır.) Kabul edilmeyen ölçüler hakkında ilgili hekime haber verilmelidir. Sağlık tesisinde ortalama ölçü bekleme süresi hesaplanmalıdır.

Ortalama ölçü bekleme süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Ölçü transferinin sağlık personeli tarafından yapıp yapılmadığı,
- ✓ Kliniklerde ve laboratuvarlardaki ölçüler üzerinde barkod olup olmadığı,
- ✓ Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul eden personelin adı soyadı bilgilerinin DHBS’de kayıt altına alınıp alınmadığı,
- ✓ Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapıp yapılmadığı,
- ✓ Ölçü kabul edilmedi ise kabul edilmeme nedeninin kayıt altına alınıp alınmadığını,
- ✓ Ölçü alım ve ölçü döküm kayıtlarının anlık olarak yapıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki verilerin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık Tesisi tarafından protez teslim sürelerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 19
BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.DPL.2.1. Protezlerin teslim süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde protez teslim süreleri DHBS’de izlenebilmelidir.

Aşağıda hareketli ve sabit protezlerin ara safhalarına ilişkin örnekler verilmiştir:

Ölçü: 10 iş günü
İkinci Ölçü:1 iş günü
Anatomik kaşık hazırlanması: Aynı iş günü (sabah 12.00’a kadar gelen ölçüler)
Kaide plağının hazırlanması: Aynı iş günü (sabah 12.00’a kadar gelen ölçüler)
Dişli prova:3 iş günü
Dikey boyutta yanlış kapanış (dizim tekrarı):1 iş günü
Dişli provadan sonra protez teslimi:5 iş günü
Protez tamir ve diş ilaveleri: Aynı iş günü
Sabit protezlerde metal prova: 3 iş günü
Sabit protezlerde dentin prova:3 iş günü
Dentin Provadan sonra protez teslim süresi: 1 iş günü

Aşağıdaki hareketli ve sabit protezlerin teslim sürelerine ilişkin örnek süre hesaplaması verilmiştir:

Ocak ayı ortalama protez teslim süresi hesaplanması:

Protez teslim süresi: 1.Ölçü alınma zamanı ile protezin hastaya teslim edildiği zaman arasında geçen süredir.

1.hasta 1.ölçü alımı ile protez teslim zamanı arasındaki süre:15 Gün
2.hasta 1.ölçü alımı ile protez teslim zamanı arasındaki süre: 6 Gün
3.hasta 1.ölçü alımı ile protez teslim zamanı arasındaki süre: 10 Gün
4.hasta..... 1.ölçü alımı ile protez teslim zamanı arasındaki süre: 5 Gün

.....
.....

100. hasta.... 1.ölçü alımı ile protez teslim zamanı arasındaki süre: 15 Gün

Toplam protez teslim süresi: 1000 Gün

Ocak ayı protez teslim ortalama süresi= $1000/100= 10 \text{ Gün}$

Bu hesaplama sonucunda sağlık tesisinin ocak ayı ortalama protez teslim süresi 10 gün olarak belirlenmiş olur.

Protezlerin teslim süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip

edilmelidir.

Protez Teslim Süreleri Yönetici Takip Ekranı					
	Sağlık Tesisince Belirlenen Hedef Süreler	Sağlık Tesisi Protez Teslim Süreleri			
		OCAK	ŞUBAT		ARALIK
Metal Destekli Hareketli protez	 iş günü	10 iş günü			
Total Hareketli protez	iş günü				
Jaket Kron	 iş günü				
Veneer Kron	 iş günü				
.....	 iş günü				

Hareketli Protezler için protez teslim süresi; 1.ölçü alımı ile protez teslimi arasındaki süredir. Sabit protezler için protez teslim süresi ;Diş kesimi ile protez teslim arasındaki süredir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Protez ara safhaları ve “1.Ölçü Alım Zamanı -Protez Teslim Zamanı”nın DHBS’de nasıl kayıt altına alındığı,
- ✓ DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki verilerin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde yapılan protez sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 20

BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.DPL.3.1. Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için komisyon oluşturulmalı ve en az altı aylık dönemlerde analizler yapılmalıdır.

3.DPL 3.2. Sağlık tesisinde yapılan protezler ve tekrar edilen protez sayıları Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS)’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için komisyon oluşturulmalı ve en az altı aylık dönemlerde analizler yapılmalıdır. Hekim bazlı yapılan analizlerde, protezlerin tekrar edilme nedenleri (kullanılan sarf malzeme, kullanılan cihazlar, labaratuvar, teknisyen, hekim ve hasta kaynaklı) araştırılmalı ve yönetim tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması sağlanmalıdır.

Sağlık tesisinde yapılan protezler, geçici kronlar ve gece plağı sayıları DHBS' de kayıt altına alınmalıdır. Sağlık tesisinde yapılan protez sayılarına ek bina/semte poliklinikleride yapılan protez sayıları dahil edilmemelidir. Ek Bina /Semt Poliklinikleri' nde yapılan protez sayıları ayrı olarak hesaplanmalıdır. Sağlık tesisinde sabit protez yapılan hastalarda kesim sonrasında dişlerde görülebilecek problemlerin engellenmesi ve dişlerin korunması amacı ile geçici kron yapılmalıdır. Sabit protezlerde, kesilen ayak diş sayısı kadar geçici kron yapılmalıdır. (Köprü sökümü yapılan hastalarda eski köprü üyeleri geçici kron olarak kullanılabilir. (Bu oran %30 'u geçmemelidir.) Ölçü alındıktan sonra en geç 24 saat içinde hastaya geçici kron yapılmış olmalıdır.

*Protez Sayıları Yönetici Takip Ekranı							
YIL:				AY:			
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Hasta Sayısı	Protez Sayıları			Geçici Kron Sayısı	Gece Plağı Sayısı
			Sabit Protez Sayısı	Hareketli Protez Sayısı	Toplam Protez Sayısı		
X Hekim	Protez						
Y Hekim	Endodonti						
.....							
....							
Genel Toplam							

Ek Bina /Semt Poliklinikleri' nde Yapılan Protez Sayıları Yönetici Takip Ekranı							
YIL:				AY:			
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Hasta Sayısı	Protez Sayıları			Geçici Kron Sayısı	Gece Plağı Sayısı
			Sabit Protez Sayısı	Hareketli Protez Sayısı	Toplam Protez Sayısı		
X Hekim	Protez						
Y Hekim	Endodonti						
...							
Genel Toplam							

*Protez sayıları:Sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360,404.380,404.390,404.395,404.400 kodlu işlemleri,

Hareketli protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370,404.410,404.420 kodlu işlemleri,

Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemleri,

Geçici kron sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.240 kodlu işlemleri,

Sağlık Tesisinde tekrar edilen sabit, hareketli, sabit yer tutucu, hareketli yer tutucu ve tekrarlanan gece plağı sayıları DHBS’de Yönetici Takip Ekranı ile takip edilmelidir. Tekrar edilen protezler girişimsel işlem listesinde bulunan kodların önüne farklı bir sembol konularak ilk yapılan protezlerden ayırı olarak kayıt altına alınabilir.

*Tekrarlanan Protez Sayısı Yönetici Takip Ekranı					
1.DÖNEM(OCAK-HAZİRAN)					
Hekim Adı	Tekrarlanan Sabit Protez Sayısı	Tekrarlanan Hareketli Protez Sayısı	Tekrarlanan Sabit Yer Tutucu Sayısı	Tekrarlanan Hareketli Yer Tutucu Sayısı	Tekrarlanan Gece Plağı Sayısı
Y Hekim					
Z Hekim					
.....					
Genel Toplam					

**Tekrar edilen protez analizleri 6 aylık dönemlerde yapılmalıdır. ADSM/ADSH’lerde 1 yıl içinde aynı bölgeye veya dişe aynı kodla tekrar yapılan protezler tekrar edilen protez olarak sayılacaktır.*

Tekrar edilen sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360,404.380,404.390,404.395,404.400 kodlu işlemleri,

Tekrar edilen hareketli protez Sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370,404.410,404.420 kodlu işlemleri.,

Tekrar edilen yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,

Tekrar edilen Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemleri ifade eder.

Sağlık tesisinde yapılan protezler ve tekrar edilen protez sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için komisyon oluşturularak en az altı aylık dönemlerde analizlerin yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Sağlık tesisinde yapılan protezler, geçici kronlar ve gece plağı sayıları DHBS’ de kayıt altına alınıp alınmadığı,
- ✓ DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki verilerin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde yer tutucu, çocuk protez ve ortodontik aparey sayılarının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 21

BÖLÜM ADI : DIŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.DPL.4.1. Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve ortodontik aparey sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesinde yapılan yer tutucu (hareketli ve sabit), çocuk protezleri ve ortodontik apareyler DHBS’de kayıt altına alınmalıdır. Çocuk hasta ve protez sayıları hesaplamasında 5-12 yaş aralığı baz alınmalıdır.

Yer Tutucu ve Çocuk Protez Sayıları Tablosu							
YIL:			AY:				
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Çocuk Hasta Sayısı (5-12 yaş arası)	Protez Sayıları (5-12 yaş arası)				
			*Sağlık tesisinde Yapılan Yer Tutucu sayısı		*Dış Merkezde Yapılan Yer Tutucu Sayısı		** Çocuk Protez Sayısı
			Hareketli	Sabit	Hareketli	Sabit	
Y Hekim	Ortodonti						
Z Hekim	Diş Hekimi						
.....							
TOPLAM							

*Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,

**Çocuk protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinin bulunan 403.060 ile 403.070 kodlu işlemleri,

***Ortodontik aparey sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 407.170,407190, 407.200, 407.250, 407.290 kodlu işlemleri ifade eder.

Dış Merkezde Yapılan Yer Tutucu Sayısı Sağlık tesisi dışında hizmet alımı yolu ile yapılan yer tutucu sayılarını ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Sağlık tesisinde ve dış merkezde yapılan yer tutucu (hareketli ve sabit), çocuk protezleri ve ortodontik apareylerin sayılarının DHBS’de nasıl kayıt altına alındığını,
- ✓ DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki verilerin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık Tesisinde teknisyen bazlı protez ve tamir işlem sayılarının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 22

BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.DPL.5.1 Teknisyen bazlı protez ve tamir işlem sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Protez, diş ve kroşe ilaveleri, protez tamiri, yer tutucu vb. sayılarının teknisyen sayısına göre dağılımı DHBS’de kayıt altına alınmalıdır.

Bu soru, protez laboratuvarı bulunan kurumlarda sadece kadrolu personel tarafından yapılan protez/işlem sayıları değerlendirilecek olup, hizmet alımı yapılan sağlık tesislerinde muaf tutulacaktır.

Teknisyen Bazlı Protez/İşlem Sayısı Yönetici Takip Ekranı									
YIL:					AY:				
Teknisyen Adı Soyadı	Protez		Yer tutucu Sayısı		Diş İlavesi	Gece plağı sayısı	Ortodontik aparey sayısı	Kroşe İlavesi	Akrilik Protezde Tamir, Rebezaj, Besleme ve Yumuşak Akril Uygulama Sayısı
	Hareketli Protez Sayısı	Sabit Protez Sayısı	Hareketli	Sabit					
Y Teknisyeni									
Z Teknisyeni									
.....									
GENEL TOPLAM									

Hareketli protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370,404410,404.420 kodlu işlemleri,

Sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360,404.380,404.390,404.395,404.400 kodlu işlemleri,

Yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,

Diş İlavesi sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.120 kodlu işlemleri,

Kroşe ilavesi sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.100 kodlu işlemleri,

Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemi,

Ortodontik aparey sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 407.170,407190, 407.200, 407.250, 407.290 kodlu işlemleri,

Akrilik protezde tamir, rebezaj, besleme ve yumuşak akril uygulama sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde buluna

404.060, 404.070, 404.080, 404.090 kodlu işlemleri ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Sağlık tesisinde çalışan teknisyenlerin yaptığı protez, diş ve kroşe ilaveleri, protez tamiri, yer tutucu vb. sayılarının DHBS’de nasıl kayıt altına alındığını,
- ✓ DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını,

- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki verilerin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Kaybolan protez, alçı model ve ölçülerin takibine yönelik düzenleme var mı?

SIRA : 23
BÖLÜM : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI
BÖLÜM SIRA NO : 6
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.DPL.6.1 Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler ile ilgili kayıtlar ve düzenlemeler olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Polikliniklerde kaybolan ölçü, protez ve model alçılar hekim bazlı olarak analiz edilmeli ve aşağıdaki örnek tablodaki gibi kayıt altına alınmalıdır. Kaybolan protez ve ölçülerin hangi aşamada kaybolduğu, transfer ve kabullerin kimler tarafından yapıldığı takip edilmelidir. Tablo içeriğinin hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Kaybolan ölçü ve protezler ile ilgili analizler yapılmalı ve uygunsuzluk durumlarında iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Kaybolan Ölçü, Alçı Model ve Protez Tablosu			
YIL:		AY:	
Hekim Adı	Kaybolan Ölçü Sayısı	Kaybolan Protez Sayısı	Kaybolan Alçı Model Sayısı
TOPLAM			

SERVİS HİZMETLERİ

SORU: Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenleme yapıyor mu?

SIRA : 24
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.S.1.1. Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.

3.S.1.2. Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.

Servise yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı içerik örneği aşağıda belirtilmiştir.

“Sayın hastamız,

Hastanemize hoş geldiniz. Doktor ve klinik hemşireleri size sağlık durumunuz ve hastane yatış süreci ile ilgili bilgilendirmede bulunacaktır. Daha önce geçirmiş olduğunuz rahatsızlık ve ameliyat, kullandığınız ilaç, varsa alerji durumu ve beklenmedik gelişmeleri bildiriniz. Hemşirenin bilgisi dışında dışarıdan ilaç getirmeyiniz, kliniğinizden ayrılmayınız. Çalışanlarımızca kolunuza takılan kimlik bilekliklerinizi güvenliğinizi için taburcu olana kadar kolunuzdan çıkarmayınız. Ziyaret saatleri hafta içi 13:30 – 14:30 / 17:30-18:30 ve hafta sonu 13:30-14:30 dur. Hasta odasında yiyecek, içecek ve canlı çiçek bulundurmayınız. Öneri ve dileklerinizi hastanemizde bulunan dilek ve öneri kutularına bırakabilirsiniz. Kurallara uymanızı hatırlatır, en kısa zamanda sağlığınıza kavuşmanızı dileriz.”

Servise yatan hastaların kişisel verilerinin korunması kapsamında doğru hastaya doğru SMS in gönderilmesi için hastanın iletişim bilgilerinin güncel olması esastır. Bu nedenle hasta kayıta her yatan hastanın özellikle telefon numarası bilgisinin teyit edilmesi gerekmektedir.

Sağlık tesisleri yatak kullanımlarını aşağıdaki tablo örnek alınarak DHBS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Yataklı Servis İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı						
YIL:				AY:.....		
Servis	Yatak Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Olan Hasta Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı
.....						
Genel Toplam/Ortalama						

**Hemşire sayısının hesaplanmasında ilgili serviste görev yapan hemşire sayısı esas alınmalıdır.*

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Servislere yatışı yapılan hastalara hatırlatma mesajının gönderilip gönderilmediği, mesaj içeriğinin uygun olup olmadığını,
- ✓ YTE içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?

SIRA : 25
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.S.2.1. Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.

Epikrizde;

- a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,
- b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular,
- c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
- d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar,
- e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,
- f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,
- g) Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

3.S.2.2. Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taburcu edilmiş hasta dosyası üzerinden epikriz formu incelenmeli, yukarıda belirtilen tüm unsurların eksiksiz olarak doldurulmuş olması durumunda olumlu olarak değerlendirilmelidir. Taburcu olan hasta dosyalarında epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası aranmalıdır.

KAYNAK:**1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:**

Madde 76:Taburcu edilen hastalara amaca uygun bir epikriz verilmesi gerekir.

2 HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (8 MAYIS 2014):**Madde 24:**

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

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

SORU: Sağlık Tesisinde yapılan ameliyatlara ilgili verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA :26
BÖLÜM ADI : AMELİYAT HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.A.1.1. Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS 'de kayıt altına alınmalıdır.

3.A1.2. Sağlık tesisi tarafından ameliyat masası başına düşen işlem sayısı aylık olarak takip edilmelidir.

3.A.1.3. Sağlık Tesisinde Yapılan Ameliyat ve İşlem Sayısı aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli, ameliyat randevu defteri kullanılmamalı ve ameliyat/işlem yapan her diş hekimi için ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Sağlık tesisi tarafından ameliyat masası başına düşen işlem sayısı aylık olarak takip edilmelidir.

ADSH’lerde sağlık tesisinde görev yapan her bir diş hekiminin yaptığı "ameliyat, işlem sayısı" aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. ADSH’ler sağlık tesisi dışında bir hastane ile protokol yapmış ise; bu verilerinde analizi yapılmalıdır.

ADSH ‘larda ameliyathane kullanılmıyor ise, bu soru olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

..... Ayı Sağlık Tesisinde Yapılan Ameliyat ve İşlem Sayısı Yönetici Takip Ekranı												
İşlem Türü		Kanal Tedavi Sayısı		Çekim Sayısı		Dolgu Sayısı		Detertraj Sayısı		Diğer İşlemler		
Hekim Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	TOPLAM
Y Hekim												
Z Hekim												
Toplam İşlem Sayısı												
*Toplam Ameliyat Masası Başına Düşen İşlem Sayısı												

Çocuk Hasta Sayısı: Sağlık tesisine başvuran 5-15yaş arasındaki hasta grubunu, Ameliyat ve işlemler Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır.

Kanal Tedavi Sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 402.150, 402.152, 402.153, 402.154, 402.270, 402.271, 402.272, 402.273, 403.100 kodlu işlemleri,

Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri,

Dolgu Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.120 arasındaki kodlu işlemler ile 402.160, 402.170, 402.180, 402.190 kodlu işlemleri,

Detertraj Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin 6.Periodontoloji başlığı altında bulunan 406.020, 406.021, 406.022, 406.023 kodlu işlemleri,

Diğer İşlemler: Girişimsel İşlemler Listesinde “Kanal tedavisi, çekim, dolgu, detertraj” işlemleri dışında kalan diğer işlemleri ifade eder.

** Ameliyat masası başına düşen işlem sayısı; ilgili ayda toplam işlem sayısının sağlık tesisi toplam ameliyat masa sayısına bölünmesiyle hesaplanır.*

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Ameliyat randevularının nasıl verildiği,
- ✓ Ameliyathanenin aktif olarak kullanılıp kullanılmadığını,
- ✓ Ameliyat ve cerrahi işlemlerin Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanıp tanımlanmadığını,
- ✓ DHBS’de “Ameliyat ve işlem sayılarının Yönetici Takip Ekranı” en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

STERİLİZASYON HİZMETLERİ

SORU: Sağlık tesisinde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapıyor mu? (ADSH'larda değerlendirilecektir.)

SIRA : 27

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.ST.1.1. Muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

3.ST.1.2. Kullanılan yüksek düzey dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı, etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Muayene ve/veya girişimsel işlemlerde yapıldığı birimlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu veya sterilizasyonu yapılmalıdır.

Sağlık tesisinde kullanılan cihaz alet ve malzemelerin, spaulding sınıflaması, enfeksiyon riski ve kullanılacak yöntemler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir. Sağlık tesisinde bulunan cihaz alet ve malzemelerin enfeksiyon risk sınıflaması ve bu malzemelerin dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi' nin önerileri doğrultusunda en az aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde yapılmalıdır.

Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Enfeksiyon Risk Sınıflandırması ve Kullanılacak Yöntemler			
Cihaz, alet ve malzeme	Spaulding Sınıfı	Enfeksiyon riski	Yöntem
Cerrahi aletler, kateterler, implantlar, drenler, Enjektör iğneleri,	Kritik malzeme (Steril doku veya vasküler sisteme giren)	Yüksek	Sterilizasyon Buhar, Hidrojen Peroksit Gaz, ETO Sıvı sporisidal kimyasal; Uzun süreli temas (kimyasala göre değişebilen süre, ≥3 saat)
Endotrakeal tüpler, nazal kanüller, aspirasyon sondaları, larengeal tüpler, airway, amalgam kondansörü	Yarı kritik Malzeme (Mukozalara, bütünlüğü bozulmuş deriye temas eden)	Orta	Nemli ısı Yüksek düzey dezenfeksiyon (yüksek düzey dezenfektan ile 5-20 dk. temas) Orta düzey dezenfeksiyon (≤10 dk. temas)
Steteskop, tansiyon aleti manşonu, EKG elektrotları, pulse oksimetre, tespit malzemeleri, hasta yatağı ve örtüleri, yemek kapları, sürgüler vb.	Kritik olmayan malzeme (Sağlam deri ile teması olan, mukoza ile teması olmayan)	Düşük	Düşük düzey dezenfeksiyon (≤10 dk. temas)

Etkinlik indikatörleri yüksek düzey dezenfektan solüsyonun Minimal Efektif Konsantrasyonunu (MEK) değerlendirmek için kullanılır. Ürüne özel olmalıdır. pH ölçerler bu amaçla kullanılmamalıdır.

Bu testin yapılış sıklığı solüsyonun kullanım sıklığına göre belirlenir.

Örneğin:

- Her gün solüsyon kullanılmaya başlamadan önce 1 test,

- Günlük her 10 kullanımdan sonra bir test,
- Günlük 30 kez kullanımda her 10 kullanım sonrası 1 test,
- Haftalık kullanım için, kullanım öncesi 1 test;

Test şeritleri solüsyonun kullanım süresini uzatmak için kullanılamaz. Test şeritlerinin değerlendirilmesinde üretici firmanın önerileri dikkate alınmalıdır. Test sonucu olumsuz ise o solüsyon kullanılmamalı, ekleme yapılmamalı, yeni solüsyon hazırlanmalıdır. Şerit üzerindeki kimyasal madde zamanla bozulacağı için kutunun üzerinde son kullanma tarihi bulunmalıdır. Test şeritlerinin kutusu açıldığında üzerine açıldığı tarih ve kullanım süresi yazılmalıdır. Test sonuçları kaydedilmelidir.

Yüksek düzey dezenfektan solüsyonun Minimal Efektif Konsantrasyonunu (MEK) Kontrol kaydı;

- Kontrol Tarihi,
 - Test Bandı Lot No,
 - Test Bandı Son Kullanma Tarihi,
 - Yüksek Düzey Dezenfektan Solüsyon Lot No,
 - Yüksek Düzey Dezenfektan Solüsyon Son Kullanma Tarihi,
 - Yüksek Düzey Dezenfektan Solüsyon Hazırlanma Tarihi,
 - Hazırlanan Solüsyonun Son Kullanma Tarihi,
 - Test Sonucu (Geçerli/Geçersiz),
 - Testi Yapan Adı Soyadı/İmza
- Bilgilerini içermelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Tıbbi Cihaz ve Malzeme sterilizasyonunun yukarıda belirtilen sınıflamaya uygun yapıp yapılmadığı,
- ✓ Yüksek düzey dezenfektan solüsyonlarının kullanımının ve kontrol kaydının uygun şekilde yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi

(Temmuz 2015) Yayın No: 13 ISBN: 978-605-84584-4-4

SORU: Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 28

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.ST.2.1. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.2.2. Vakum kaçak testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.2.3. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.2.4. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.

3.ST.2.5. Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından “Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu” ile üçer aylık dönemler halinde takip edilmelidir.

3.ST.2.6. Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).

AÇIKLAMA:

Vakumlu buhar sterilizatörlerde doymuş buharın, steril edilmesi planlanan yüke hızlı ve düzgün bir şekilde girip girmediği, sterilizatörün hücredeki havayı çıkarma ve havanın yeniden girmesini önleme kabiliyeti bu yöntemle test edilebilir. Bowie&Dick test paketi, sterilizatör boşken en alt rafa hava tahliye valfi veya vakum pompasına en yakın yere konur. Program bitiminde test yaprağı kontrol edilir ve herhangi bir sorun yoksa tüm çizgilerin homojen görünümde referans renge dönmesi beklenir. Günlük test sonuçlarının kayıtları kontrol edilmelidir.

Vakum kaçak testi, buhar sterilizatörlerde vakum kaçağı 1.3 milibar/dk. dan fazla olmamalıdır. Haftada bir kez yapılır. Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir. Buhar sterilizatör cihazına ait Bowie& Dick ve vakum kaçağı çizelgesinin kayıtları incelenmelidir.

Otoklavlara rutin olarak en az haftada bir, ideal olarak her gün, biyolojik indikatör uygulaması yapılır. Sonuçları kayıt altına alınarak saklanır. İmplant uygulaması yapılan sağlık tesislerinde, implant materyalleri buharlı basınç ile sterilizasyon yapılacak ise her yükte biyolojik indikatör kullanılmalıdır.

Örnekleme seçilen paketlerde kimyasal indikatörler kontrol edilmelidir. Düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılan buhar sterilizatörlerde, Bowie&Dick testi ve vakum kaçak testleri ve yük kontrol testleri olumlu olmak ve paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak koşulu ile özellikle küçük paketlerde (1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir. Kullanılacak implant setinin en az bir gün öncesinde hastane sterilizasyon birimine teslim edilerek biyolojik test ve sterilizasyon işlemleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluk durumları; birim adı, tarih, steril malzeme uygunsuzluk nedeni, bildirim yapan kişi vb bilgileri içerecek şekilde, kullanıcılar tarafından sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Birimlerden alınan uygunsuzluk bildirimleri, sterilizasyon ünitesi tarafından “Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu” ile üçer aylık dönemler halinde takip edilmelidir. Steril malzeme kullanılan birimlerde kullanıcıların, steril malzemelerin uygunsuzluk nedenlerine ait bilgisinin olup olmadığı ve uygunsuzluk bildirimlerinin nasıl yapıldığı

gözlemciler tarafından sorgulanmalıdır.

Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu								
Dönemi: Ocak-Şubat-Mart								
Uygunsuzluk Bildiriminde Bulunan Birim	Eksik Malzeme	Son Kullanma Tarihi Geçmiş Malzeme	İndikatör Eksikliği	Nemli Malzeme	Paket Bütünlüğü Bozulmuş Malzeme	Pıhtılı, Pash vb. malzeme		Toplam
Cerrahi								
Ameliyathane								
Poliklinik								
Protez								
...								
...								
Toplam								

Sağlık Tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).

SORU : Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 29

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.ST.3.1. Steril malzeme deposu toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır.

3.ST.3.2. Steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

3.ST.3.3. Steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir.

3.ST.3.4. Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.

3.ST.3.5. Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı ve son kullanma tarihi, ile ilgili bilgiler olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sterilizasyon ünitesi steril malzeme depo alanında;

Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır. Gözlem sırasında sıcaklık ve nem değerleri çizelge karşılaştırılarak kontrol edilmelidir.

Steril malzeme rafları yerden 30 cm yukarda ve tavandan 50 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde konumlandırılmalıdır.

Steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda, malzemenin paket bütünlüğü bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmamalı, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilmelidir.

Steril edilen malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olarak depolanmalı ve ilk steril edilen malzemeler önce kullanılmalıdır. Gözlemciler tarafından, depolamanın bu prensibe uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme görüldüğünde, depolamanın “ilk giren ilk çıkar” prensibine uygun olmayacak şekilde uygunsuz yapıldığı gözlemlendiğinde olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Steril malzemeler arasından örnek alınarak üzerindeki barkotta sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi ile ilgili bilgilerin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

SORU: Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?

SIRA : 30
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.ST.4.1. Sterilizasyon ünitesinde malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.

3.ST.4.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

3.ST.4.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

3.ST.4.4. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

3.ST.4.5. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sterilizasyon ünitesinin fiziki yapısı incelenerek, değerlendirilecek unsurların karşılanıp karşılanmadığı incelenmelidir. Sterilizasyon ünitesinde, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanların olup olmadığı, malzeme akış yönünün kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olup olmadığı gözlenmelidir.

Steril depolama alanı, sterilizasyon alanına bitişik ve tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır.

Nöbet hizmetleri, poliklinik vb. steril malzeme kullanılan birimlerde malzemelerin ön temizliği yapılmamalıdır.

Malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu sterilizasyon ünitesinin kirli alanında gerçekleştirilmelidir. Dekontaminasyon alanı, diğer alanlarından fiziki olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır.

Malzeme paketleme işleminin temiz alanda yapılıp yapılmadığı, dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketleme işlemlerinin ve steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin bu alanda bulunup bulunmadığı gözlenmelidir. Steril olacak alet ve malzemelerin bekletilmesi, yüklenmesi, bu alanda yapılmalı ve buharlı sterilizatörler de bu alanda olmalıdır.

Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır. Fiziki alanın yetersiz olduğu sağlık tesislerinde kirli ve steril malzemeler için ayrı ayrı kapalı taşıma kutu/araç kullanılması durumunda olumlu olarak değerlendirilir.

Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

SORU: Başlık bakım otoklavlarının temizlik-bakımları ve indikatör takipleri yapılıyor mu?

SIRA :31
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 5
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.ST.5.1. Başlık bakım otoklavları sağlık tesisindeki sterilizasyon ünitelerinde veya kliniklerde bulunmalıdır.

3.ST.5.2. Başlık bakım otoklavlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.5.3. Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aeratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair hekim bazlı kayıtları olmalıdır.

3.ST.5.4. Başlık bakım otoklavlarında kullanılan günlük / haftalık indikatör ve test sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

3.ST.5.5. Tüm kayıt sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan Başlık bakım otoklavları, kliniklerde veya sterilizasyon ünitesinde konumlandırılmalıdır. Biyomedikal envanterinde başlık bakım otoklavı bulunmayan sterilizasyon ünitesinde bu hizmeti veren sağlık tesisleri bu sorunun tüm unsurlarından muaf tutulacaktır.

Başlık bakım otoklavlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır. Günlük, haftalık ve aylık bakımlar ile ilgili kayıtlar olmalıdır.

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aerator, mikromotor, anguldruva vb.) gün içinde kaç kez steril edildiğine dair kayıtları olmalıdır. Gün içinde kullanılan tüm başlıklar işleyişi aksatmayacak şekilde mutlaka steril edilmelidir ve steril edildiğine dair kayıtları olmalıdır. Sterilizasyona başlıkların tesliminde; tarih, teslim alan, teslim eden, teslim eden klinik ve hangi hekime ait olduğu gibi bilgiler mutlaka olmalı ve imza karşılığında teslimi yapılmalıdır.

Başlık bakım otoklavlarının haftalık /günlük indikatör ve test sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Sterilizasyon ünitesinde ve kliniklerdeki bakım-temizlik formları ve indikatör sonuçları enfeksiyon sorumlusu ve klinik sorumlusu tarafından imzalanmalıdır. Sterilizasyon işlemleri flash otoklav ve etüvlerde yapılıyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Bu kayıtların sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından hekim bazlı değerlendirilmeli ve uygunsuzluklar olması durumunda gerekli tedbirler alınmalı ve kayıtları olmalıdır.

GENEL DEĞERLENDİRME

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

SIRA : 32

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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

AÇIKLAMA:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen sağlık tesisi veri parametreleri “Dinamik Veri Giriş Platformuna” aylık olarak girilmelidir. Bu amaçla sağlık tesisinde verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu bir asil, bir yedek olmak üzere iki personel görevlendirilmelidir. Bu personelden biri tercihen verimlilik ve kalite çalışanı olmalıdır. Görevli personel tarafından genel müdürlüğün belirlediği zaman aralığında, veriler Dinamik Veri Giriş Platformuna” doğru ve eksiksiz girilmelidir.

Gözlemciler tarafından:

- ✓ Verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu personelin görevlendirme yazıları,
- ✓ Genel müdürlüğün belirlediği zaman aralığında, verilerin doğru ve eksiksiz girilip, girilmediği,
- ✓ Sağlık tesisi tarafından geçmiş dönemlerde veri platformuna girilmiş olan sağlık tesisi verileri ile “Gözlemci Bilgi Notunda” yer alan geçmiş döneme ait sağlık tesisi verilerinin uyumlu olup olmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranları ile Dinamik Veri Giriş Platformun verilerinin uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

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

SIRA : 33
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. GD.2.1. Sağlık tesisinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açık olmalıdır. İlgili kişilere Yönetici Takip Ekranlarına erişim yetkisi verilmelidir. Gözlemciler tarafından, Başhekim, ilgili birimden/bölümden sorumlu sözleşmeli yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının Yönetici Takip Ekranlarını kullanıp kullanmadıkları sorgulanmalıdır. İlgili kişilerin erişim izni bulunmuyorsa ya da erişim izni olmasına rağmen konu hakkında bilgisi yok ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

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

SIRA :34
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 3
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

AÇIKLAMA:

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

Sağlık tesisinde görev yapan her bir sözleşmeli yönetici kendisine bağlı birimlerin sorumluları ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır. Örneğin; Poliklinikler, Ameliyathane, Servisler ve Eczane' den sorumlu Başhekim yardımcısı bu birimlerin sorumluları

ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapılmalıdır. Toplantı gündemi en az aşağıdaki başlıkları içermelidir:

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

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

SIRA : 35

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirilmesi;

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

Gözlemci tarafından değerlendirmenin yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır.

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

SIRA : 36

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.5.1. Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

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

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

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

AÇIKLAMA:

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

a) Çalışanlara önemli günlerde kutlama mesajları gönderilmelidir.
Örneğin,

DOĞUM GÜNÜ: Sayın yeni yaşınızın sağlık, mutluluk ve başarılarınızın devamını getirmesi dileklerimizle. ADSM/ADSH

DAVETLİSİNİZ: 11 Eylül Pazartesi saat 15:00 te Konferans Salonunda yapılacak tören ve kokteyle davetlisiniz. Başhekim

BRANŞ/ MESLEK GÜNÜ: SayınDiş Hekimleri Günü’nüzü kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. ADSM/ADS

KURUMA BAŞLAMA: Sayın hoşgeldiniz. ailesine katılımınızı kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. ADSM/ADS

KURUMDAN AYRILMA ve EMEKLİLİK: Sayın Sağlık tesisimize yaptığınız katkılar için teşekkür eder, sağlık ve mutluluklar dileriz. ADSM/ADSH

Emekli olan ve 25 yılını dolduran personele üst yönetim tarafından “teşekkür belgesi”/ “teşekkür plaketi” düzenlenmelidir.

b) Çalışanların görev tanımına ve niteliklerine (mezuniyet, deneyim ve sertifika) uygun yerlerde hizmet vermesinin sağlanması,

c) Hekim odaları, hemşire odaları vb. personel odalarının donanımlı ve konforlu olmasının sağlanması,

d) Engelli personel için engeline uygun işlerde çalıştırılması ve engeline uygun fiziksel düzenlemeler yapılması,

e) Beyaz Kod verildiğinde üst yöneticinin adli sürece dahil olması, ilgili çalışanı ile bizzat ilgilenmesi ve süreci takip etmesi,

f) Sosyal alanların (kafeterya, okuma salonu, kütüphane, mescit, kreş vb.) oluşturulmasının sağlanması,

g) Çalışma alanlarının rahat çalışmaya engel olmayacak şekilde düzenlenmesi gibi düzenlemeler,

- h) Ağır hastalık ve vefat durumlarında üst yönetim tarafından aranması veya ziyaret gerçekleştirilmesi,
- i) Personele kantinde elverdiği ölçüde indirim sağlanması,
- j) Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması,
- k) Personelin iletişim ve yönetsel yetkinliklerinin arttırılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- l) Üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar (birim toplantıları, yemek organizasyonları, sportif faaliyetler, geziler vb.) çalışanların bir araya gelmelerinin sağlanması,

Sağlık tesisinde mümkün olduğu ölçüde bu düzenlemeler uygulanmalıdır. Sağlık tesisinin çalışan memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik yapmış oldukları anket çalışmaları incelenmelidir. Çalışanlar için talep ve öneri kutuları bulunmalı, sayısının yeterliliği ve bunların görülebilir alanlarda olup olmadığı incelenmelidir. Ayrıca çalışan önerilerinin alınabileceği web/iletişim adresleri oluşturulmalıdır. Sağlık tesisi yönetiminin belirli periyotlarda görüş ve öneriler doğrultusunda yapmış olduğu iyileştirmeler değerlendirilmelidir.

Sağlık tarama zamanının yaklaşan personele aşağıda örneği verilen SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Örnek:

“Sayın... 06.11.2018 tarihinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında sağlık tarama randevunuz bulunmaktadır. H blok 1. Katta bulunan ilgili bölüme başvurunuz önemle rica olunur.”

Sağlık tesisinde çalışan görevli personel için tüm bölümlerde (Poliklinikler, servis, eczane vb.) giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.) televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanlarının bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ 27.12.2017 TARİHLİ E.87307621-419-1761 SAYILI ÇALIŞAN MOTİVASYONU İLE İLGİLİ YAZI.
12.11.2014 TARİHLİ “ DİNLENME ODALARI “ İLE İLGİLİ YAZI

Sağlık tesislerimizde daha kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunulması; çalışan personelin moral ve motivasyonunun yüksek olmasına, ihtiyaç ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına, fiziki ortam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile doğru orantılıdır. İyi hizmet sunulması sadece yeterli personelin mevcut olması ile değil işini ve çalıştığı ortamı seven, güler yüzlü ve çalışmaya istekli personel ile mümkün olacaktır. Sağlık personeli çalıştığı ortamda ne kadar mutlu ve huzurlu olursa; çalıştığı kuruma olan bağlılığı, yaptığı işlerdeki başarısı ve buna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti de bir o kadar artacaktır. Bu bağlamda; sağlık personelimizin taleplerinin karşılanması ve uygun dinlenme odalarının oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda; tercihen gün ışığı alan dinlenme odalarının

oluşturulması ve bu alanlarda asgari olarak; el yıkama lavabosu, mini buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.) ve televizyon bulunmasının sağlanması ayrıca kişiye özel eşyaların muhafazası için çalışanlara dolap tahsis edilmesi, mahremiyete uygun giyinme alanlarının oluşturulması gerekmektedir.

SORU: Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizler yapılıyor mu?

SIRA : 37
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 6
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri düzenlemeler yapılmalıdır. Bildirim kaynakları; hasta ve yakınları için oluşturulan dilek ve öneri kutuları, hasta hakları birimi, hastane web sayfasına, hastane mailine ve varsa hastanenin sosyal medya hesaplarına gelen bildirimler şeklinde olabilir.

Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizlerin nasıl yapılacağına dair örnek tablolar aşağıda verilmiş olup sağlık tesisi kendine özgü farklı parametreleri içerecek şekilde de analizler yapılabilir. Amaç periyodik olarak hasta ve yakınlarının talep ve önerilerinin en çok hangi bölümlerden yapıldığı ve olumsuz bildirim içeriklerinin nedenlerinin değerlendirilerek, gerektiğinde iyileştirme çalışmalarının başlatılmasıdır.

Hasta ve yakınlarının talep ve önerilerinin bildirim kaynağına göre analizi aşağıdaki şekilde yapılabilir.

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

Toplam Sayı				
-------------	--	--	--	--

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

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

Sağlık tesisi tarafından olumsuz bildirimler değerlendirilerek, bu bildirimlerin sağlık tesisinin hangi bölümlerine ait olduğunun analizi aşağıdaki şekilde yapılabilir.

OLUMSUZ BİLDİRİM YAPILAN BÖLÜM	Bildirim Sayısı	% Oranı
Poliklinik		
Cerrahi		
Yataklı servisler		
Protez Laboratuvar hizmetleri		
...		
Toplam Sayı		

Hasta ve yakınlarının yaptıkları olumsuz dilek ve önerilerin içeriklerine yönelik örnek analiz yapılmalıdır.

OLUMSUZ BİLDİRİMLERİN İÇERİK ANALİZİ		
Bildirim içerikleri	Bildirim sayısı	% Oranı
Yemek		
Temizlik		
Güvenlik		
Fiziksel, çevresel yapı, malzeme, cihaz ve onarım ile ilgili sorunlar		
İlgisizlik, bilgilendirme ve yönlendirme eksikliği		
Randevu alma		
...		
...		
Toplam		

Bildirim kaynağı, olumsuz bildirim yapılan bölüm ve olumsuz bildirimlerin içerik analizleri üç (3) ayda bir yapılarak sonuçlar üst yönetim ile paylaşılmalıdır.

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

SIRA : 38

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.7.1. Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır. Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.

3.GD.7.2. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ;

Acil servislerde güvenlik önlemleri:

MADDE 10:(1) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. 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. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:

MADDE 13: b)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.

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

SIRA : 39
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 8
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.8.1. Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.

3.GD.8.2. Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu incelenmelidir. Aynı başhekimliğe bağlı birden fazla yerleşke de hizmet veren sağlık tesislerinde her yerleşkede bulunan bina için ayrı değerlendirme raporu alınmalıdır. Değerlendirme raporu iki yılda bir veya sağlık tesisinde inşaat, tadilat, fiziki durumunda ve yerleşim planlarında yapılan değişiklikler vb. değişiklik olması durumunda güncellenmelidir.

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

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

SIRA : 40
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 9
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.9.1. Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

a) Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

b) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır. Kesici-Delici atık kapları en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

c) Tıbbi atık torbaları en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.

Servisler, ameliyathane, laboratuvar vb. birimlerde evsel atık, ambalaj atığı, tıbbi atık, toplama kutuları/kovaları ve kesici/delici alet kutularının uygun şekilde olup olmadığı görülmelidir. İçeriklerine bakılarak uygun ayrıştırma yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Örneğin, evsel atık içerisinde kontamine (kan bulaşmış) eldiven görülmesi, kesici delici alet kutusunda boş flakon görülmesi gibi yanlış ayrıştırma yapıyorsa olumsuz değerlendirilmelidir. Toplama ekipmanları (atık kovaları) atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulundurulmalıdır.

Tıbbi atıklar, kapaklı, pedalla açılabilen kovalarda kırmızı renkli torbalar ile toplanmalıdır.

Tıbbi atık kovaları;

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

Kesici-delici atıklar; enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bistüri, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi suture iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, kırılmış ilaç ampulleri, lam, lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıkları içerir. Değerlendirme esnasında kesici-delici atık kutularının içeriği kontrol edilmelidir. Kesici-delici atık kutusunda yukarıda tanımlanan atıklar dışında; örneğin enjektörün plastik piston kısmı, boş cam flakon, vb. görüldüğünde olumsuz değerlendirilmelidir.

Gözlemciler bu unsuru atık depolarında torbaları görerek değerlendirebilecekleri gibi sağlık tesisinin çeşitli birimlerinde tıbbi atık kovalarının doluluğunu gözlemleyerek de kontrol edebilirler.

Sağlık tesisi tarafından birimlerde hangi büyüklükte tıbbi atık kutularının kullanılacağı, birimden çıkan tıbbi atık miktarına göre belirlenmeli, ilgili birimlerde kullanılan kutuların içindeki tıbbi atıklar en fazla 2 gün bekletilmelidir.

Tehlikeli atıkların ayrıştırılmasının doğru yapıp yapılmadığı servislerde, laboratuvarında, polikliniklerinde, görüntülemelerde ve tehlikeli atık depolarında gözlenmelidir. Ameliyathenede inhalasyon anesteziplerinin (sevorane vb.) şişelerinin nasıl bertaraf edildiği sorgulanmalıdır. Tehlikeli atıklarla kontamine olmuş uygulanan serumlar, serum setleri, enjektörler tehlike atık olarak değerlendirilmelidir.

Laboratuvarında ve sağlık tesisinin genelinde kullanılan ve şüpheli tehlikeli atık olabileceği düşünülen sıvıların analizlerinin yaptırılıp, Atık Yönetimi Yönetmeliği EK-4 ' de verilen listede belirtilen konsantrasyonların üzerinde ise tehlikeli atık kabul edilip depolanmalı ve bertarafı o şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli atıklar uygun kaplarda toplanmalıdır. Sıvı atıklar için varil, katı ve taşınabilir hafif atıklar için ise; üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “DİKKAT! TEHLİKELİ ATIK” ibaresini taşıyan, sağlam plastik torbalar kullanılmalıdır.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (25 Ocak 2017)

Genel ilkeler MADDE 5 – (1) Tıbbi atıkların yönetimine ilişkin ilkeler şunlardır; a) Tıbbi atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır. b) Tıbbi atıkların, tehlikeli, tehlikesiz, belediye veya ambalaj atıkları gibi diğer atıklar ile karıştırılmaması esastır. c) Tıbbi atıkların, kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, geçici depolanması, taşınması ve bertarafı esastır. ç) Tıbbi atıkların neden olduğu çevresel kirlenme ve bozulmadan kaynaklanan zararlardan dolayı tıbbi atığın toplanması, taşınması, geçici depolanması ve bertarafı faaliyetlerinde bulunanlar müteselsilen sorumludurlar. e) Sağlık kuruluşları, atıklarının toplanması, taşınması, sterilizasyonu ve bertarafı için gerekli harcamaları karşılamakla yükümlüdür.

ç) Tıbbi, tehlikeli, tehlikesiz, ambalaj, belediye atıkları ve diğer atıkları birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrı toplamakla, d) Herhangi bir kimyasalla muamele görmüş patolojik atıkları diğer tıbbi atıklardan ayrı toplamakla, e) Tıbbi atıkları toplarken teknik özellikleri bu Yönetmelikte belirtilen torbaları ve kapları kullanmakla, f) Günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarının UATF düzenleyerek, günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmekle, g) Ayrı toplanan tıbbi atıkları sadece bu iş için tahsis edilmiş kapaklı konteyner/kap/kova ile tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine taşımakla, ğ) Günlük 50 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atık geçici deposu tesis etmekle, günlük 50 kilograma kadar tıbbi atık üretmesi durumunda geçici tıbbi atık konteyneri bulundurmamakla, günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine götürmek veya bu atıkları tıbbi atık toplama aracına vermekle, h) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini periyodik olarak eğitmekle/eğitimi sağlamakla, ı) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini bağışıklamakla, en fazla altı ayda bir sağlık kontrolünden geçirmek ve diğer koruyucu tedbirleri almakla, i) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelin

özel koruyucu giysilerini ve ekipmanlarını temin etmek ve kullanılmasını sağlamakla, j) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması, sterilizasyonu ve bertarafı için gereken harcamaları karşılamakla, k) Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almakla, l) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayından başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamaları kullanarak doldurmak, onaylamak ve form çıktısının bir nüshasını beş yıl boyunca saklamakla, yükümlüdürler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Atıkların Ayrılması, Toplanması, Taşınması ve Geçici Depolanması
Tıbbi atıkların ayrılması ve toplanması **MADDE 10 – (1)** Tıbbi atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle belediye atıkları, ambalaj atıkları, tehlikeli atıklar ve benzeri diğer atıklar ile karıştırılamaz.

(2) Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı, orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılamaz ve tekrar kullanılamaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılamaz, tıbbi atıklar torbasından çıkarılamaz, boşaltılamaz ve başka bir kaba aktarılamaz. (3) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harflerle yazılmış “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla $\frac{3}{4}$ -oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve tıbbi atık torbalarına konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılamaz, açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz. (4) Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak tıbbi atık torbalarına konulur. (5) Tıbbi atık torbaları biriktirme süresince tıbbi atık kabı ya da kovası içerisinde muhafaza edilir. Tıbbi atık kabı ya da kovasının delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan turuncu renkli plastik malzemeden yapılmış olması zorunludur. (6) Yeni torba ve kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakın alanda bulundurulması sağlanır. Tıbbi atıkların sağlık kuruluşu içinde taşınması

Diğer atıklar **MADDE 25 – (1)** Sağlık kuruluşları, faaliyetleri sonucunda oluşabilecek tıbbi atıklar haricinde belediye atıkları, tehlikeli atıklar, tehlikesiz atıklar, ambalaj atıkları ve diğer geri kazanılabilen atıklar ve benzeri tüm atıklarının yönetiminde Bakanlıkça belirlenen esaslara

uymak zorundadır. (2) Radyoaktif atıklar, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre yönetilir.

SORU: Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?

SIRA : 41
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 10
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.10.1. Tehlikeli ve tıbbi atık torbaları üzerinde hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalıdır. Tehlikeli atıklar (EWC kod bazında) ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (DHBS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

3.GD.10.2. Birim bazlı tıbbi atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.

3.GD.10.3 EWC kod bazında tehlikeli atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.

3.GD.10.4 Tıbbi ve Tehlikeli Atıkların maliyeti yönetim tarafından takip edilmelidir.

3.GD.10.5 Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ünit başına üretilen tıbbi atık miktarı vb parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

Tıbbi atıkların birim bazlı miktar takibi aşağıda örnek tabloda belirtildiği şekilde yapılmalıdır.

Birim Bazlı Tıbbi Atık Miktarı (Kg)				
Birimler	Ocak	Şubat		Toplam
Cerrahi Birimler Tıbbi Atık				
Ameliyathane Tıbbi Atık				
Servis Tıbbi Atık				
Protez Laboratuvarlar Tıbbi Atık				
Poliklinikler Tıbbi Atık				
Radyoloji Tıbbi Atık				
.....				
Diğer Birimler				
TOPLAM				

EWC kod bazında tehlikeli atık miktar takibi aşağıda örnek tabloda belirtildiği şekilde yapılmalıdır.

EWC Kod Bazında Tehlikeli Atık Miktarı (Kg)				
Tehlikeli Atık EWC Kodları ve İsimleri	Ocak	Şubat	Mart	Toplam
08 03 17 / Tehlikeli Maddeler İçeren Atık Baskı Tonerleri				
09 01 03 / Röntgen Banyo Suyu 1.(Developer)				
09 01 04 / Röntgen Banyo Suyu 2.(Fikser) Sabitleyici				
13 01 13 / Diğer Hidrolik Yağlar				
13 02 08 / Diğer Motor, Şanzıman ve Yağlama Yağları (Jeneratör Bakım Yağları-Kategori Belirtiniz)				
15 01 10/ Tehlikeli Maddelerin Kalıntılarını İçeren ya da Tehlikeli Maddelerle Kontamine Olmuş Ambalajlar				
15 02 02 / Tehlikeli Maddelerle Kirlenmiş Emiciler, Filtre Malzemeleri (Başka Şekilde Tanımlanmamış İse Yağ Filtreleri), Temizleme Bezleri, Koruyucu Giysiler				
16 02 13 / Elektrikli ve Elektronik Ekipmanların Tehlikeli Parça İçeren Iskartaları				
16 02 15 /Iskarta Ekipmanlardan Çıkartılmış Tehlikeli Parçalar (Elektrikli ve Elektronik Ekipmanlar İçin)				
18 01 06 Tehlikeli Maddeler İçeren ya da Tehlikeli Maddelerden Oluşan Kimyasallar (Patoloji Atıkları Haricindeki Dezenfektan Sıvı Atıkları)				
18 01 06/ Tehlikeli Maddeler İçeren ya da Tehlikeli Maddelerden Oluşan Kimyasalla Muamele Görmüş Patolojik Atıklar				
18 01 08 / Sitotoksik de Sitostatik İlaçlar				
18 01 10 / Diş Tedavisinden Kaynaklanan Amalgam Atıkları				
20 01 21 / Flüoresan Lambalar de Diğer Civa İçeren Atıklar vb.				
20 01 26 / Sıvı ve Katı Yağlar (20 01 25 Dışındaki Sıvı ve Katı Yağlar)				
20 01 33 / Kurşunlu Piller de Akümülatörler, Nikel Kadmiyum Piller, Civa İçeren Piller de Bu Pilleri İçeren Sınıflandırılmamış Karışık Pil ve Akümülatörler				
20 01 35 / Bilgi İşlem Teknik Servis (Atık Elektrikli de Elektronik Eşyalar) (Ağır Metal İçeren Atıklar)				
12 01 12/ Parafin				
Diğer				
Toplam				

Tıbbi ve tehlikeli atıkların maliyeti yönetim tarafından aşağıda örnek tabloda belirtildiği şekilde yapılmalıdır.

Atık Maliyeti (TL)													
Atıklar	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Toplam
Tıbbi Atık													
Tehlikeli Atık													

Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ünit başına düşen tıbbi atık miktarı vb parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak örnek tabloda belirtildiği şekilde yapılmalıdır.

TIBBİ ATIK MİKTARININ PARAMETRELERE GÖRE ANALİZİ							
	Ocak	Şubat	Mart			Aralık	Toplam
Toplam Hasta Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı*							
Yatan Hasta Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı							
Ünit Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı							

*Toplam hasta sayısı nöbet hizmetinde, yatan ve poliklinik hastalarını kapsar.

İlgili ayın tıbbi atık miktarı (kg)

1- TOPLAM HASTA BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI= _____

İlgili ayda toplam hasta sayısı (acil, yatan ve poliklinik)

İlgili ayın tıbbi atık miktarı (kg)

2- YATAN HASTA BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI = _____

İlgili ayda toplam yatan hasta sayısı

3- ÜNİT BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI =

İlgili ayın toplam tıbbi atık miktarı (kg)

Toplam Ünit Sayısı

KAYNAK;

TKHK Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Atık Yönetimi Birimi'nin 19.02.2016 tarih ve 103.01-E.42 sayılı yazısı.

İlgili yazıda; Atık yönetimi; atıkların toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geçici depolanması, geri dönüşümü-tekrar kullanımı ve bertarafı aşamalarının sistemli bir şekilde yürütülmesidir.

Sağlık kuruluşları tarafından atık bertaraf için ödenen ücretin bütçe gider kaleminde önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir.

Atık miktarı birim bazında incelendiğinde, dağılımın oransal' standardının oluşturulması, ortaya çıkan atığın miktar olarak değerlendirilmesinde önemli bir kriter olacaktır. Atık miktarının birim bazında tespiti, takibi ve azaltılmasının sağlanması amacı ile atığın birimlerde barkodla etiketlenerek depolara taşınması ve tartılarak sisteme kaydedilmesi gerekmektedir.

Bu bağlamda; gerekli alt yapının hazırlanarak en geç 01.07.2016 tarih' e kadar uygulamaya geçilmesi ve bu tarihten itibaren aylık birim bazında kilogram olarak kayıtların tutulması istenmektedir.

ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ (02.04.2015)

4.madde z) Geri dönüşüm: Enerji geri kazanımı ve yakıt olarak kullanımı ya da dolgu yapmak üzere atıkların tekrar işlenmesi hariç olmak üzere, organik maddelerin tekrar işlenmesi dâhil atıkların işlenerek asıl kullanım amacı ya da diğer amaçlar doğrultusunda ürünlere, malzemelere ya da maddelere dönüştürüldüğü herhangi bir geri kazanım işlemini,

Aynı yönetmeliğin 5 madde;

e) Farklı türdeki atıkların kaynağında/üretildikleri yerde diğer atıklarla karıştırılmaksızın, sınıflandırılarak ayrı toplanması esastır.

SORU: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu? (ADSH'larda değerlendirilecektir)

SIRA : 42

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.11.1. Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmalı, iletişim ve tanıtımdan sorumlu yönetici birim sorumlusu ve birim çalışanı/çalışanları belirlenmeli, görevlendirmeler ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Ağız Diş Sağlığı Hastaneleri, sorumlu yönetici, birim sorumlusu ve birim çalışanlarından oluşan İletişim ve Tanıtım birimi kurulmalıdır. Görevlendirmeler, ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir. Bu soru ADSH’larda değerlendirilecektir.

KAYNAK:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nün 10.01.2019 tarihli 90305236-639-110 sayılı İletişim ve Tanıtım Birimi Kurulması konulu yazısı

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

SIRA : 43
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 12
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.12.1. Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.

3.GD.12.2. Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

3.GD.12.3. Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.

3.GD.12.4. Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratın tahriplerine karşı alınan tedbirler incelenmelidir. Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.

Arşivde bulunan dosyaların arşiv planına uygun yerleştirilip yerleştirilmediği değerlendirilmelidir.

Yangın söndürme cihazlarının periyodik kontrolleri yapılmalı ve kolay erişilebilir alanda bulundurulmalıdır.

Arşive kabul edilen dosyaların arşiv kayıtlarının ve muhafazasının uygun şekilde yapıldığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

ARŞİV HİZMETLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK(16.5.1988/19816 Ek ve Değişiklikler: 1)18.8.2001/24487 RG, 22.2.2005/25735 RG)

Koruma Yükümlülüğü

Madde 4 - Mükellefler, ellerinde bulundurdıkları ve Genel Müdürlüğe teslim etmedikleri arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler.

Madde 11- Birim Arşivine Verilecek Malzemenin Ayrımı ve Hazırlanması

Madde 12-Uygunluk Kontrolü

Madde 13-Malzemenin Birim Arşivine Devri

Madde 15-Malzemenin Birim Arşivinde Tasnifi ve Yerleştirilmesi

Madde17- Birim Arşivinden yararlanma(Birimlerce, gerektiğinde, görülmek veya incelenmek üzere, ancak dışarıya çıkarılmamak kaydıyla, birim arşivinden dosya alınabilir. Birim arşivinden alınan dosya inceleme sonunda geri verilir.)

Arşivlerden Yararlanma

Madde 9 - Genel Müdürlüğün yetki ve sorumluluğuna geçmiş veya henüz geçmemiş olan arşiv malzemesinin aslı hiç bir sebep ve suretle, arşivlerden veya bulundukları yerlerden dışarıya verilemez.

Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik/Arşiv Malzemesi ile Arşivlik Malzemenin Korunması, Birim ve Kurum Arşivlerinde Saklanması, Gizliliği ve Yararlanma, Koruma Yükümlülüğü

Madde 5-Kurum, elinde bulundurduğu ve Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğüne teslim etmediği arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip, saklamakla yükümlüdür. Kurum, arşiv malzemesi ve arşivlik malzemenin korunması ile ilgili olarak;

- a) Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,
- b) Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,
- c) Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,
- d) Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,
- e) Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,
- f) Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,
- g) Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme için 12-15 derece arasında) tutulmasından, Sorumludur.

Gözlemci arşiv bölümünün yazılı düzenlemede bulunan bilgilerinin uygulandığını kontrol etmelidir.

Birim ve Kurum Arşivleri Madde 5 - Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için “Birim Arşivleri”, daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için “Kurum Arşivleri”ni kurarlar. Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır.

SORU: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?

SIRA : 44
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.13.1.Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hastalarda kullanılacak kimlik doğrulama tanımlayıcılarının ayrı ayrı belirlenip belirlenmediği gözlemci tarafından sorgulanmalıdır Hasta kayıt kabul birimlerinde her türlü yapılacak girişimsel ve cerrahi işlem öncesi, ilaç uygulamaları öncesi, tedavi prosedürlerinin uygulaması öncesi vb. durumlarda hasta kimliğinin doğrulanıp doğrulanmadığı sorgulanmalı ve gözlem esnasında ziyaret edilen bölümlerde uygulamanın yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Hasta doğrulamada tanımlayıcı olarak hasta bilekliği kullanılıyor ise yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalı ve hasta ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği değerlendirilmelidir.

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 45
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 14
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.14.1. Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.

3.GD.14.2. Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescili olmalıdır.

3.GD.14.3.Evde sağlık hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.

3.GD.14.4.Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.

3.GD.14.5. Evde sağlık hizmeti verileri DHBS'de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

3.GD.14.6. Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Evde sağlık hizmetini sunmak üzere Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşları bünyesinde Evde Sağlık Hizmet Birimi oluşturulmalıdır. Sağlık kuruluşu bünyesinde evde sağlık hizmeti verilecek birimin fiziki olarak kayıt, arşiv, sekreteryaya, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte olup olmadığı gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından tescili yapılarak Bakanlığa bildirilmelidir. Makamın 13.05.2015 tarihli ve 449 sayılı Bakanlık Oluruna istinaden tescil işlemleri İl Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir. Bu tarihten sonra yapılan tescil işlemleri; ilgili sağlık tesisinin birim tescil talebi, Valilik/ Müdürlüğün uygun görüşü ve oluru ile gerçekleşmekte, ve Bakanlığa bildirilmektedir. Ancak düzenli denetimleri yapılan birimlerin tescilinin hangi tarihte yapıldığına bakılmaz. Birimin bağlı bulunduğu sağlık tesisinin birleşme, taşınma ve rol grubunun değişmesi vb. hallerde Müdürlüğe talepte bulunulur. Müdürlüğün uygun görüşü ile birim tescili yenilenebilir. Yukarıda açıklaması yapılan hallerin dışında olup tescili olmadığı tespit edilen birimler için tescil işleminin yapılması istenir.

Evde Sağlık Hizmetleri Ekibi; Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından oluşturulan ve evde sağlık hizmetini birlikte sunmakla görevlendirilen, konu ile ilgili tercihen eğitim almış olan sağlık personeli ve diğer personelden oluşan ekiptir. Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere yılda iki defa yayımlanan Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Personel Araç ve Ekip Standartları Cetveline uygun olarak birimlerde kayıtlı hasta sayısına göre ekip oluşturulur. Ulaşım, hasta profili ve benzeri kriterler dikkate alınarak bu ekip sayısı artırılabilir.

Evde sağlık hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen nitelikte personel görev yapmalıdır. Ekip; Bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri, şoför, evde sağlık hizmetinin gerektirdiği diğer meslek mensuplarından oluşur.

Ekipte; En az 1 (bir) dişhekimi, en az 2 (iki) yukarıda sayılan sağlık personeli veya 1 (bir) şoför bulunur. Bu sağlık personelinin kimlerden oluşacağına hizmetin gerekliliği ve hastanın tedavi planına göre sorumlu idareci tarafından karar verilir. Ekipler oluşturulurken her 100 - 250 kayıtlı hastaya 1 ekip, 1 ekibe 1 dişhekimi ve 1 diş hekime 2 sağlık personeli (Diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri) 1 ekip aracı olacak şekilde planlama yapılmalıdır. Ayrıca birimde kayıt ve arşiv işlemleri ile haberleşme işlemlerini gerçekleştirmek üzere bir tıbbi sekreter ya da uygun nitelikte bir personel görevlendirilebilir.

Birimlere, ekibin hastaya ulaşımını sağlamak için hasta nakil aracı veya ekip aracı tahsisi yapılır. Hasta nakil hizmetinde kullanılacak araçlar üzerinde Sağlık Bakanlığı logosu, Evde Sağlık Hizmetleri logosu, Evde Sağlık Hizmetleri Başvuru Numarası (444 38 33) ve “Hasta Nakil Aracı” ibaresi olacak şekilde “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” ile belirlenen standartlara uygun olarak hizmete özgü giydirilir. Ekipte yer alan sağlık personeli, sürücü olarak da yetkilendirilebilir. Evde sağlık aracı yeterli mobil donanıma sahip olmalı ve taşınır mobil rönttgen cihazı bulunmalıdır.

Sağlık tesisi yönetimi tarafından evde sağlık hizmetleri en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içeren “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

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

**İlgili ayda gerçekleşen toplam ziyaret sayısı / ilgili ayda takip edilen hasta sayısı şeklinde hesaplanmalıdır.*

Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Gözlemciler, DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığını,
- ✓ Aylık olarak evde sağlık hizmetlerinin takip edilip edilmediğini,
- ✓ DHBS’de en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARI TARAFINDAN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASINA DAİR YÖNETMELİK-27 Şubat 2015

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

SIRA : 46
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 15
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.15.1. Mesai ve nöbet takip sistemi DHBS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.

3.GD.15.2. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

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

SIRA : 47
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 16
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.16.1. Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere DHBS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.

3.GD.16.2. e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.

3.GD.16.3. Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

e-Nabız butonu, SBSGM tarafından Dış Hekimliği Bilgi Sistemleri'ne 06.02.2018 tarihli ve E.613 sayılı yazı ile gönderilen aşağıdaki talimatlara uygun şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

-e-Nabız butonu e-Nabız sistemine ait güncel logo olmalıdır.

-Buton hekimlerin ilk anda görebileceği alanda bulunmalıdır.

-Butonun üzerine gelindiğinde “Hastanın sağlık geçmişini görüntülemek için tıklayınız.” ibaresi yer almalıdır.

- ✓ -Hekimler polikliniklerde ve servislerde hastalarına ait tüm görüntüleme verilerine kullandıkları DHBS’de erişim sağlayabilmelidirler.

SORU: Nöbet hizmeti süresince güvenlik hizmeti veriliyor mu?

SIRA : 48
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 17
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.17.1. Sağlık tesisinde aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir.

3.GD.17.2. Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.

3.GD.17.3. Kamera sistemi sağlık tesisi giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.

3.GD.17.4. Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

ADSM/ADSH' de aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir. (Aktif hekim sayısı 20 ve daha fazla ise tam zamanlı, az ise 24:00 kadar nöbet tutulması,4-9 (4 ve 9 dahil) olduğunda icap nöbeti tutulur.)

Nöbet hizmetleri süresince güvenlik hizmetinin 24 saat süreyle sağlık tesisi girişine hâkim, uygun alanda verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Gözlemciler tarafından 2 ay öncesine ait kayıtlar izlenerek kayıt süresi değerlendirilmelidir. Geçmişe yönelik kamera kayıtları gece saatlerini içerecek şekilde kayıtlarda aydınlatma, güvenlik ve karşılama yönlendirme hizmetleri de kontrol edilebilir.

Kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve yeterliliği değerlendirilmelidir.

Güvenliği sağlamak amacı ile tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara yetkili personel dışında erişimin kısıtlanma durumu değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 44 – Diş tabibi nöbetleri:

Dört veya daha fazla diş tabibi bulunan kurumlarda Diş tabibi nöbeti konulur.

Kurumların bünyesinde diş tedavi protez merkezi bulunup, bulunmadığına, acil vak'a durumuna, iş hacmine ve diş tabibi mevcuduna göre kaç diş tabibinin nöbetçi kalacağına baştabip karar verir.

SORU: Nöbet hizmetlerinin başvuru yoğunluğu takip ediliyor mu?

SIRA : 49

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.18.1. Sağlık tesisinde nöbet hizmetleri başvuru yoğunluğu yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin nöbet hizmetlerinin başvuru yoğunluğu takip edilmelidir.

Nöbet hizmet saatlerinde gelen hastalar içinde acil müdahale gerektiren hasta (travma, kanama, pulpitis vb.) sayısı ve bu saatlerde başvuran hasta içindeki oranı izlenmelidir. Acil müdahale gerektiren hastalar ICD tanı kodlarına göre belirlenmelidir.

Sağlık tesisinin nöbet hizmetlerinin müracaat verileri analiz edilerek yönetim tarafından değerlendirilmelidir. (Mesai saatleri içinde acil müdahale gerektiren hasta sayıları analize dahil edilmemelidir).

Sağlık tesisinde Nöbet Hizmetleri Başvuru Yoğunluğu takibinin en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

..... Yılı Nöbet Hizmetleri Başvuru Yoğunluğu Takip Tablosu					
AYLAR	Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Sayısı	Toplam Başvuran Hasta Sayısı	*Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Oranı	**Acil Müdahale Gereken Hasta Sayısı	***Acil Müdahale Gereken Hasta Oranı
OCAK					
ŞUBAT					
.....					
Yıllık Toplam/Ortalama					

*Nöbet Hizmetinde Başvuran Hasta Oranı: Nöbet hizmetinde başvuran hasta sayısı / toplam başvuran hasta sayısı şeklinde hesaplanmalıdır.

** Acil Müdahale Gereken Hasta Sayısı: K04.0, K04.6, K04.7, K10.3, K12.2, M24.3, M84.8, M86.8, R58, R59, S01.5, S02.5, S02.6, S03.0, S03.2, S03.4, S04.5, T18.0, T49.7, Y56.7 ICD kodları ile müracaat eden hasta sayısıdır.

*** Acil Müdahale Gereken Hasta Oranı: Acil müdahale gereken hasta sayısı/ nöbet hizmetinde başvuran hasta sayısı şeklinde hesaplanmalıdır.

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

SIRA : 50

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.19.1. Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi hekim ve branş/klinik bazında aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” ile takip edilmelidir.

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

**İlgili hekim, brans/klinik için ayaktan başvurularda(Nöbet Hizmetlerinde muayene edilen hasta sayısı dahil) edinilen puanın ilgili aydaki toplam puana oranını ifade eder.*

*** İlgili hekim, brans/klinik için yatan hastalardan edinilen puanın ilgili aydaki toplam puana oranını ifade eder.*

**** Poliklinik yapan hekimler için ilgili dönemde, ayaktan başvurularda edinilen puanın, toplam poliklinik hasta sayısına bölünmesiyle hesaplanır.*

Gözlemciler tarafından;

- ✓ DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık Tesisi dışında yapılan ameliyatlar ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA :51
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 20
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.20.1. Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS ’de kayıt altına alınmalıdır.

3.GD.20.2. Sağlık tesisi dışında ameliyat yapan her bir diş hekiminin yaptığı "Ameliyat ve İşlem sayısı" aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli, ameliyat randevu defteri kullanılmamalı ve ameliyat/işlem yapan her diş hekimi için ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

ADSM/H’lerde sağlık tesisinde görev yapan her bir diş hekiminin yaptığı "ameliyat, işlem sayısı" aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

ADSM/H lerde sağlık tesisi dışında ameliyat yapan her bir diş hekiminin yaptığı " Ameliyat ve İşlem sayısı" aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Diğer sağlık tesisleri ile ameliyathane kullanım protokolü bulunmayan ADSM/H’ler bu sorudan ‘MUAF’ tutulacaktır.

... Ayı Sağlık Tesisi Dışında Yapılan Ameliyat ve İşlem Sayısı Yönetici Takip Ekranı												
İşlem Türü		Kanal Tedavi Sayısı		Çekim Sayısı		Dolgu Sayısı		Detertraj Sayısı		Diğer İşlemler		
Hekim Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	TOPLAM
Y Hekim												
Z Hekim												
.....												
Toplam İşlem Sayısı												

Çocuk Hasta Sayısı: Sağlık tesisine başvuran 5-15yaş arasındaki hasta gubunu, Ameliyat ve işlemler Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır. Kanal Tedavi Sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 402.150, 402.152, 402.153, 402.154, 402.270, 402.271, 402.272, 402.273,403.100 kodlu işlemleri, Çekim Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Ağız ve Diş Çene Cerrahisi” başlığı altında bulunan 405.010 ile 405.056 arasındaki kodlu işlemleri, Dolgu Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin “Tedavi ve Endodonti” başlığı altında bulunan 402.010 ile 402.120 arasındaki kodlu işlemler ile 402.160, 402.170, 402.180, 402.190 kodlu işlemleri, Detertraj Sayısı: Girişimsel İşlemler Listesinin 6.Periodontoloji başlığı altında bulunan 406.020,406.021,406.022, 406.023 kodlu işlemleri, Diğer İşlemler: Girişimsel İşlemler Listesinde “Kanal tedavisi, çekim, dolgu, detertraj” işlemleri dışında kalan diğer işlemleri ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Ameliyat randevularının nasıl verildiği,
- ✓ Ameliyat/Cerrahi işlemlerin Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanıp tanımlanmadığını,
- ✓ DHBS’de “Ameliyat ve işlem sayılarının Yönetici Takip Ekranı” en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı: Şekil olarak oluşturulmuş ancak yukarıdaki koşulları sağlamıyor, içerik olarak sağlık tesisindeki uygulamalarla uyumlu değil ve sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyorsa gözlemciler tarafından olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numuneler uygun şekilde transfer ediliyor mu?

SIRA : 52
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 21
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.GD.21.1. Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden (Cerrahi klinikler, Ameliyathane, Poliklinikler vb.) patoloji laboratuvarına numunelerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalı ve transferler bu düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.

3.GD.21.2 Biyopsi ve doku numuneleri kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta ve numune bilgilerini içeren etiket/barkod bulunmalıdır.

3.GD.21.3. Patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin teslim tutanaklarında (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası, tarih ve saat bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Patoloji materyallerinin patoloji laboratuvarına transferinin nasıl olması gerektiği, her aşaması ayrıntılı olacak şekilde yazılı düzenleme ile tanımlanmalıdır (materyalin ameliyathaneden, cerrahi kliniklerinden kime teslim edileceği, patoloji laboratuvarına transferinin nasıl yapılacağı vb.). Gözlemci yazılı düzenlemedeki bu hususların uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmelidir.

Ameliyathanede patoloji materyallerinin toplandığı alanda varsa saklama kaplarının üzerindeki bilgileri gözlemci kontrol etmelidir. Gözlem sırasında patoloji materyalinin bulunmaması durumunda ameliyathane personelinden süreç sorgulanmalıdır. Hasta bilgileri, ön/kesin tanı, patoloji materyalinin alındığı bölge, ameliyathaneden teslim eden ve transferi yapacak olan kişinin teslim aldığına dair imzasının bulunduğu teslim tutanakları (defter, form vb.) gözlemciler tarafından incelenmelidir.

ECZACILIK HİZMETLERİ

SORU: Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler konusunda; sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda İl Sağlık Müdürlüğünde veya bağlı sağlık tesislerinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)

SIRA : 53
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

3.EH.1.1 İlaç ve tıbbi sarf malzemeler konusunda sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir;

- *Akılcı ilaç kullanımı,
- *İlaçların stabilitesi,
- *İlaç geçimsizliği,
- *İlaç-ilaç etkileşimi,
- *Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar,
- *Tehlikeli ilaçların güvenli uygulamaları,
- *İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimi,
- *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar,
- *Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimi,
- *İlaç hazırlama teknikleri,
- *Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.),
- *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları,
- *Akılcı antibiyotik kullanımı.

3.EH.1.2 Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç - tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.

3.EH.1.3 Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknikerliği sertifikası olan personel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerle ilgili sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından verilen eğitim için eğitim dokümanları, eğitim kayıtları ve yıllık eğitim programı incelenmelidir.

Servis eczanelerinde, depolarda, ilaç hazırlama ve satın alma süreçlerinde görevli eczacı dışındaki personele verilen eğitimlerin dokümanları ve eğitim kayıtları incelenmelidir.

Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknikerliği sertifikası olan personel olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETED E YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

Personel: 2- Ecza depolarında çalışacak yardımcı personel, kendilerine verilen görevle bağdaşan bir eğitim almış olmalıdır. Ayrıca görevi süresince ilaç, depolama, saklama ve dağıtım konularında eğitime tabi tutulmalı ve eğitim uygun aralıklarla tekrarlanmalıdır. Bu eğitimler, ecza depoları ile ilgili meslek kuruluşlarınca verilmeli, kayıtları tutulmalı ve teftişe açık olarak saklanmalıdır.

SORU: Eczanede ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun olarak gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 54

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

3.EH.2.1 Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

3.EH.2.2 Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

3.EH.2.3 İlaç hazırlama ve uygulama sürecinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “İlaç Geçimsizliği Talimatına” uygun hareket edilmelidir.

3.EH.2.4 Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun yapılmalıdır.

3.EH.2.5 İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

3.EH.2.6 Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

3.EH.2.7 Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Servis ve

birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçlara ait sistem üzerinden yapılan bildirimler, DHBS eczane modülünde servis, birim bazlı ve toplam olarak görülmeli, DHBS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

3.EH.2.8 Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-30 - İlaç suiistimallerine yönelik tedbirler alınacak” ve “TGAP-P2-3-4 - Hem oral hem de parenteral ilaçların hastaya uygulanacak doza göre kullanılmadan kalan kısımlarının zayi olmasını engellemek için Aseptik ve Majistral İlaç Hazırlama Üniteleri kurularak eczacılar tarafından hasta başı ilaç hazırlanacak” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

İlgili unsurların Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun olarak gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği kontrol edilmelidir.

Birimlerde tam doz olarak kullanılmayan ilaçların kullanılmadan kalan dozlarının DHBS ilgili ekranları aracılığıyla bildirimi yapılmalıdır. Bu bildirimler birim bazında ilaç jenerik adı, ilaç adı, formu, imha edilen doz miktarı, doz birimi ve imha edilen doz tutarı bilgisini içerecek şekilde eczacı ve yönetici tarafından “Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilebilmelidir. Bu veriler gün, ay, yıl ve istenilen tarih aralığı belirtilerek görülebilmelidir. Aşağıda yer alan tablodaki başlıklar asgari olarak “Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı” nında olmalıdır. Bu başlıklar sağlık tesisinin ihtiyacına istinaden çoğaltılabilir. Tabloda yer alan bilgiler istenilmesi halinde excel ve pdf dosya türünde alınabilmelidir.

Tablo 1. Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı

Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	Gün/Ay/Yıl/Tarih Aralığı					
	İlaç Jenerik Adı*	İlaç Adı*	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz Miktarı	Doz Birimi (mg, IU)	İmha Edilen Doz Tutarı**
Nöbet Hizmet Alanı	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	-	-	-	(İlgili Birimin Toplam İmha Edilen Tutarı)
Poliklinik -1						
Poliklinik -2						
Servis						
Diğer						
Toplam						Toplam Tutar

Yönetici Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilmelidir.

Tablo 1.1. Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı (Ekran Detayı)

Kısmi Doz İmha Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	Gün/Ay/Yıl/Tarih Aralığı					
	İlaç Jenerik Adı*	İlaç Adı*	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz Miktarı	Doz Birimi (mg, IU)	İmha Edilen Doz Tutarı**
Poliklinik - 1	2	-	-	-	-	1.101,7
	Lidokain HCl 20 mg/ml 2 ml Ampul	-	-	3500	mg	685,00
		Örnek-1 40 mg/2 ml	Ampul	1000	mg	196,00
		Örnek-2 40 mg/2 ml	Ampul	2500	mg	489,00
	Örnek - 3					
		Örnek - 4	Ampul	1750	mg	416,70

* MKYS’de tanımlı ilaç jenerik adını ve ilaç adını ifade etmektedir

** İmha edilen doz tutarı ilaç birim fiyatı üzerinden hesaplanmalıdır.

İlgili birimlere ait olan veriler İlaç Kullanım Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmeli ve imha tutarlarının düşürülmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

MEDİKAL DEPO

SORU : Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 55
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

3.MD.1.1 Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır. Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımlamaları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personele tebliğ edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili sorumluları ve sağlık tesisi bünyesindeki ilgili sorumlularını gösterir organizasyon şeması hazırlanmalı ve görevlilerin görev tanımları belirlenmelidir. Organizasyon şemasında Sağlık Bakanlığının ilgili ilgili birimlerinin iletişim bilgileri de yer almalıdır.

Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev tanımları belirlenmiş olmalı ve ilgili personele tebliğ edilmelidir.

KAYNAK:

2 KASIM 2011 TARİH VE 28103 SAYILI RESMİ GAZETE YAYIMLANAN SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME

MADDE 9 (ğ) : Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.

SORU: MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?

SIRA : 56
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.2.1 Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç ve sarf malzeme listeleri bulunmalıdır. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Medikal depoda; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel ilaç listelerine bakılmalıdır. İlaç İhaleleri temel ilaç listeleri baz alınarak hazırlanmalıdır.

Tıbbi sarf deposunda; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel sarf malzeme listelerine bakılmalıdır. Tıbbi sarf malzeme ihaleleri temel sarf malzeme listeleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

MADDE 2.2. Temel Malzeme Listelerinin Oluşturulması;

- a) Bendi Stok Yönetim Birimince Birlik Temel Malzeme Listeleri (ilaç, tıbbi sarf, laboratuvar, kırtasiye gibi) oluşturulur.
- b) Sağlık tesisleri de ihtiyaç duydukları taşınırların Birlik Temel Malzeme listelerine eklenmesini teklif eder. Bu tekliflerin Stok Yönetim Birimince alternatif ürünler de göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ile Birlik Temel Malzeme Listeleri güncellenir.
- c) Bu listeler bu Genelgenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç 3 ay içinde oluşturulur.
- d) Temel Malzeme Listeleri münferit talepler dikkate alınmadan en sık karşılaşılan vakalar göz önünde bulundurularak hazırlanmalı, böylece etkin stok yönetimi için malzeme çeşidi en alt seviyede tutulmalıdır.
- e) Bu listeler haricindeki talepler, gerekçenin açıklandığı resmi belgeler ile kayıt altına alınarak mümkün mertebe ihtiyaç sebebini gösteren verilerle desteklenmeli, fayda maliyet analizi ile değerlendirildikten sonra karara bağlanmalıdır.
- f) Birlik Temel Malzeme Listelerine yeni eklenen ve ilk defa satın alınacak malzemeler için azami stok miktarını geçmeyecek şekilde 60 gün yetecek miktarda alım yapılması uygun olacaktır.

SORU: Faturada ÜTS (Ürün Takip Sistemi) barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?

SIRA : 57
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.3.1 Medikal malzemelerin faturalarında ÜTS barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Son girilen medikal malzeme faturalarından rastgele 10 örnek seçilip, istenen veriler kontrol edilir.

KAYNAK :

TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU 2018/3 SAYILI GENELGE (TIBBİ CİHAZ VE KOZMETİK ÜRÜNLERİN ÜRÜN TAKİP SİSTEMİNE (ÜTS) KAYDI

SORU: Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapıyor mu?

SIRA : 58

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.4.1 Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirimi için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.

3.MD.4.2 Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar hakkında ilgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire, vb.) eğitim verilmelidir. Bir malzemedan kaynaklanan olumsuz olayın meydana gelmesi durumunda yapılacak olumsuz olay bildirim işlemi bilinmelidir.

3.MD.4.3 Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirimi için materyovijilans sorumlusu belirlenmeli ve gözlemci tarafından sağlık tesisindeki çalışanlara materyovijilans sorumlusunun kim olduğu sorularak, materyovijilans sorumlusunun bilinip bilinmediği hakkında bilgi edinilmelidir.

İlgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire vb.) TİTCK'nın yayınladığı görsel ve yazılı dokümanlar kullanılarak eğitim verilmelidir. İlgili görsel dokümanlara <https://www.youtube.com/watch?v=EqDBoytF5Rc> adresinden ulaşılabilir. Sağlık personelinin en az %60'ına eğitim verilip verilmediği kontrol edilmelidir.

Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklanan olumsuz olayların bildirimlerinin TİTCK'ya Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylarda farkındalığın artırılması için ilgili servis ve birimlerde çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde (DHBS giriş/açılış/duyuru ekranında, dinlenme ve çalışma alanlarında, vb alanlarda) TİTCK tarafından yayınlanmış görsel ve yazılı bilgilendirme dokümanlarının bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

KAYNAK:

Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de YAYIMLANAN "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLARHAKKINDA TEBLİĞ'in

2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

- a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.
- b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
- c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirim konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
- ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
- d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
- e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine hâle getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?

SIRA : 59
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.5.1 Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuat ve Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılmalıdır. Medikal malzemeler, tedarikçi firma tarafından depolara teslim edilmedikçe muayene işlemlerinin başlamaması gerekmektedir. Muayene işlemlerinin nasıl yapıldığı sorgulanmalıdır. Depolara gelen medikal malzemeler tedarikçi firma yetkilisinin iştiraki ve depo sorumlusu tarafından sayılıp, muayene-kabul komisyon üyeleri tarafından kontrol edilip, edilmediği sorgulanmalıdır.

KAYNAK:

19/12/2002 TARİHLİ VE 24968 SAYILI RESMÎ GAZETE'DE YAYIMLANAN MAL ALIMLARI DENETİM MUAYENE VE KABUL İŞLEMLERİNE DAİR YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK

MADDE 1 : Satın alınan mal yüklenici tarafından idareye teslim edilmedikçe muayene ve kabul işlemleri yapılamaz.

MADDE 2 : Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur.

SORU: İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?

SIRA : 60

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.6.1 İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, DHBS sistemine girişi yapılmalı, stok seviyesi, minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde DHBS sistemi uyarı vermelidir.

3.MD.6.2 Sağlık tesisi özelinde kritik öneme sahip ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin belirlenen stok seviyelerinin altına düşmesi durumunda, depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS vb. yöntemlerle bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, belirlenmediği DHBS sisteminden kontrol edilmelidir.

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, DHBS'de uyarı verip vermediği (renkli, görsel, SMS) kontrol edilmelidir.

DHBS'de minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri, tam farmasötik eşdeğer olan yani aynı jenerik koda sahip ilaçların için barkod düzeyinde değil jenerik düzeyinde hesaplanmalıdır.

DHBS, sağlık tesisinin ihtiyaçları doğrultusunda belirleyeceği (kritik öneme sahip) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok seviyelerinin kritik stok seviyesinin altına düşmesi durumunda ilgili depo sorumlusuna, minimum stok seviyesinin altına düşmesi durumunda depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS ile bildirilmelidir. Örneğin;

Sağlık tesisi tarafından kritik öneme sahip olarak belirlenen isimli ilacın stok seviyeleri aşağıdaki sayıda belirlenmiş olsun.

Minumum stok seviyesi: 46 adet

Kritik stok seviyesi: 69 adet

Maksimum stok seviyesi: 150 adet

Bu belirlenmiş seviyeler doğrultusunda;

Stok durum SMS bildirimi – Depo sorumlusuna

STOK BİLGİ - ilaç stok mevcudu kritik stok seviyesi olan 69 adet
altına düşmüştür.

Stok durum SMS bildirimi – Depo sorumlusu ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime

STOK BİLGİ - ilaç stok mevcudu minimum stok seviyesi olan 46 adet
altına düşmüştür.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

SORU: Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?

SIRA : 61

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.7.1 Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde, Taşınır Kontrol Yetkilisi ile birlikte MKYS verilerine bakılarak ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok düzeyi ortalaması 60 gün veya altında olup, olmadığı kontrol edilmez. İlaç veya tıbbi sarf malzeme stok gün düzeylerinden birinin 60 günün üzerinde olması durumunda soru olumsuz olarak değerlendirilir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013/09 SAYILI GENELGE:

1.2 Maddesinin a) Bendi İşbu Genelge ile Birlikler ve bağlı Sağlık Tesisleri için Azami Stok Miktarı 60 (altmış) gün yetecek stok miktarı olarak yeniden belirlenmiştir.

SORU: Medikal depodan ilgili birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?

SIRA : 62

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

3.MD.8.1 Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

3.MD.8.2 Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

3.MD.8.3 Medikal depolarında yapılan (giriş, toplu çıkış, devir (stok, ihtiyaç fazlası) vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

3.MD.8.4 Depo Sorumlusu/Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-30 - İlaç suiistimallerine yönelik tedbirler alınacak” ve “TGAP-P2-3-8 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek” ve “TGAP-P2-4-6 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılmalıdır. Söz konusu talimatlar özellikli birimlerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. Toplu çıkış işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

İlgili birimin talebi doğrultusunda (ilgili birimden DHBS üzerinden talep oluşturulmadan çıkış yapılmaz) yapılan toplu çıkışlardaki ilaç ve tıbbi sarf malzeme sayısı DHBS tarafından geçmiş tüketim verileri doğrultusunda hesaplanan 5 günlük stok miktarı düzeyinden fazla olup olmadığı kontrol edilir. Yapılan toplu çıkışlara dair MKYS'den alınan taşınır işlem fişleri, ilaçların birim sorumlusuna (sağlık çalışanı) eczane deposunda teslimatı esnasında işlemi gerçekleştiren TKY ve teslim alan birim sorumlusu tarafından imzalanmak suretiyle dosyalanmalıdır. Bu dosyaların uygunluğuna bakılmalıdır.

Sağlık tesisindeki ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerin, stok miktarları eczacı/ilgili depo sorumlusu tarafından en az üç ayda bir kontrol edilmelidir. Kontrollerde fiili stok miktarı ile DHBS’de görülen stok miktarı arasında uyumsuzluk tespit edilmesi durumunda rapor tutularak başhekime konu ile ilgili bilgi verilmelidir. Yapılan stok miktarı kontrolleri kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar gözlemci tarafından incelenmelidir.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisleri ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miiatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara “İade

Edilen” kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun olarak yapılıyor mu? (İlaç, tıbbi sarf malzemeler vb.)

SIRA : 63
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.9.1 Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-11 - İlaç miatlarının kontrolü sağlanacak” maddesi kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Miktar ve Miat Kontrol Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

3 çeşit ilaç ve tıbbi sarf malzeme depolarda ve çalışma alanlarında son kullanım tarihlerine bakılıp, miktarları sayılmalı, DHBS -MKYS üzerinden de kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihi yakın olan medikal malzemelerin çalışma alanlarında olmasına dikkat edilmelidir.

Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinden 3 örnek alınır fiili miktar ve miatları DHBS’de görülen miktar ve miatlarla karşılaştırılır. Aynı zamanda DHBS’de görülen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinden 3 örnek alınır miat ve miktarları medikal depodaki fiili miktar ve miatlar ile karşılaştırılır.

KAYNAK:

29.09.2016 tarih ve 30645516 barkod numaralı Fiili Malzemeler ile MKYS/HBYS Uyumu konulu genel yazı.

Soru: Medikal depolarında yapılan kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?

SIRA : 64
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.10.1 Yapılacak her kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.

3.MD.10.2 Taşınır türüne göre tutanak ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.

3.MD.10.3 Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

3.MD.10.4 Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

3.MD.10.5 Kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra kayıttan düşme teklif ve onay tutanağına istinaden “Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma” ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkartılır.

Yapılan kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

Yıl içinde medikal depolarındaki kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemlerinin kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılmalıdır.

Medikal depolarında yıl içinde kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yapılmamış ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

TAŞINIR MAL YÖNETMELİĞİ

Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış: MADDE 27-

(1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(2) Eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların Türk Bayrağı Tüzüğü'nün 38 inci maddesi uyarınca çıkarılan Eskimiş, Solmuş, Yırtılmış ve Kullanılamayacak Duruma Gelmiş Bayrakların Yok Edilmesi Usul ve Esaslarını Gösterir

Yönetmelik hükümleri gereğince ilgili yerlere teslim edilmesinde de birinci fıkra hükmü uygulanır.

(3) Birinci ve ikinci fıkralarda belirtilen hallerde kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtilir ve 5 inci madde hükmüne göre işlem yapılır.

(4) Garanti veya sigorta taahhünamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınırlar Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

SORU: Sağlık tesisi bünyesinde “İhtiyaç Tespit Komisyonu” kurulmuş mu?

SIRA : 65
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.11.1 Sağlık tesisi bünyesinde “İhtiyaç Tespit Komisyonu” kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi bünyesinde Başhekim tarafından İhtiyaç Tespit Komisyonunun kurulup kurulmadığı ve komisyonda görev alan personele görevlerinin tebliğ edilip edilmediği kontrol edilir. Geçmişe yönelik işlemlerde İhtiyaç Tespit Komisyon kararları aranır.

KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE: 2. İHTİYAÇ TESPİT VE PLANLAMA İŞLEMLERİ

2.1 Stok Yönetim Birimi ve İhtiyaç Tespit Komisyonları b) İhtiyaç Planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere Sağlık Tesisleri bünyesinde “**İhtiyaç Tespit Komisyonları**” kurulacaktır. c) Sağlık Tesisleri İhtiyaç Tespit Komisyonları; Hastane Yöneticisi veya görevlendireceği kişinin başkanlığında, Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü veya bunları temsilen yardımcıları ile Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinden oluşturulur. Ayrıca bu komisyonlara ihtiyacın niteliğine göre (mal veya hizmet) ilgili teknik veya uzman personel de katılabilir.

SORU: İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?

SIRA : 66
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.12.1 Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayımlanan 31899314 barkod sayılı "Stok Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayımlanan 31899314 barkod sayılı "Stok Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir. Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının 8'i geçip geçmediği kontrol edilmelidir. Sağlık tesisinde 19 Ekim 2016 tarihinden sonra yapılan ihalelerde değerlendirilecektir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI 19 EKİM 2016 TARİH VE 31899314 BARKODLU "STOK TASARRUF EYLEM PLANI" KONULU YAZI

SORU: Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi talimata uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 67
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.13.1 Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

3.MD.13.2 Tehlikeli maddelerin dökülmesi, saçılması ve maruz kalınması durumunda yapılacaklar bilinmeli, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Tehlikeli maddelerin yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin listesi hazırlanmış olmalıdır. Tehlikeli maddelerin üzerinde ve depolandığı raflarda tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.

Malzeme kayıtlarında tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, son kullanma tarihi bulunan listelerin hazırlanıp, hazırlanmadığı kontrol edilir.

Tehlikeli maddelerin kullanım şekli, temas halinde yapılacaklar, saklama koşulları, güvenli taşıma şekli, dökülmesi ve tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacakların, talimata uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Dökülme seti bulunup bulunmadığı sorulmalıdır.

Tehlikeli maddelerin depolarda muhafazasının uygun koşullarda yapılıp, yapılmadığı kontrol edilir. Örneğin; Eter, alkol vb. patlayıcı ve yanıcı malzemeler yan yana depolanmamalıdır.

Tehlikeli maddelerin depolardaki yerlerinin tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketlerle belirlenip, belirlenmediği kontrol edilmedir.

KAYNAK:

ÇEVRE BAKANLIĞI 20/04/2001 TARİH VE 24379 SAYILI TEHLİKELİ KİMYASALLAR YÖNETMELİĞİ;

MADDE 29 : Zararlı kimyasal madde ve ürünleri; özellikleri, depolamaları ve diğer şekillerdeki iştigalleri sırasında arz edebilecekleri tehlikenin cinsine göre Ek-VIII'de verilen sınıflara ayrılmıştır. Zararlı kimyasal madde ve ürünlerini üretenler, çevre ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde depolama yapmakla yükümlüdür. Bu maddelerin kötü amaçlı veya sorumsuz kişilerin eline geçmemesi ve amaç dışında kullanılmaması için gerekli önlemler, işletme müdürü, serbest bölgelerde serbest bölge müdürleri tarafından alınır.

Zararlı kimyasal madde ve ürünlerinin bulunduğu depolar, depolanan maddenin oluşturabileceği zararlar göz önüne alınarak, gerekli ısı, izolasyon, yıldırımdan koruma, havalandırma, alarm, yangın söndürme, gibi sistemler ile donatılır ve amacına uygun malzemelerle inşa edilir.

Depolara ve bunların yakınına, depolanan madde veya ürünlerinin yükleme, boşaltma ve kullanımları sırasında ortaya çıkabilecek tehlikeler ve bu tehlikelere karşı korunma önlemleri ile ilgili uyarı işaretleri ve yazıları asılır.

Zararlı kimyasal madde ve ürünleri, ilaç, hayvan ilacı, gıda maddesi, hayvan yemi ve bunların katkı maddeleri ile aynı depolara konulamaz.

Ek-IV'de verilen işaretlerden korozif, az zehirli ve tahriş edici özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünlerin depolanmasında, insan ve çevre sağlığı açısından işletmede gerekli yerlerde uyarı levhaları bulundurulur.

Ek-IV'de verilen işaretlerden çok zehirli özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünler kilitli mekanlarda depolanır. Bunların depolanması ile sorumlu kişiler, işletme müdürü ve konu ile ilgili personel dışındaki kişilerin bu maddelerle iştigalini önlemek için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

SORU: Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 68

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.14.1 Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeye kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.

3.MD.14.2 Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

3.MD.14.3 Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.

3.MD.14.4 Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.

3.MD.14.5 Medikal depoların temizliği, Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuat, rehber ve “Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatı”na uygun fiziki koşullara sahip olmalı ve istenilen şartları sağlamalıdır.

Medikal depo fiziki şartları değerlendirilmelidir.

Yer, duvar ve tavanlar boyanmış olmalı, rutubete karşı önlem alınmalıdır.

Depolardan geçen atık su boruları mutlak suretle açıkta görülmeyecek şekilde kapatılmalı ve yalıtımı sağlanmış olmalıdır. Yalnızca yalıtım yapılmış olması yeterli değildir. Herhangi bir patlama halinde kamu zararı oluşmaması için gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Palet veya rafa yerleştirilmiş şekilde yerle teması kesilmeli, duvara yaslanmayacak şekilde boşluk bırakılmalıdır.

Raf sistemi kurulmuş olan depolarda rafların devrilmesini önlemek, çalışan güvenliğini sağlamak ve kamu malına gelebilecek zararı önlemek için rafların birbirine ve duvara monte edilerek sabitlenmiş olması gerekmektedir.

Depo belirli aralıklarla haşerelere karşı ilaçlanmalı ve kontrolü idare tarafından yapılmalıdır. Özellikle zemin ve zemin altında bulunan depolarda kemirgen hayvanların girişini engelleyecek tedbirlerin alınmış olması gerekmektedir.

Depo görevlisinin malzeme giriş ve çıkışlarında hata yapma olasılığını önlemek için medikal depolar yeterli güçte aydınlanma aparatlarıyla aydınlatılmalı, özellikle kör nokta olmamasına dikkat edilmelidir.

Medikal depo sorumlusu, depo temizlik kurallarını ve temizleme sıklığını belirlemelidir. Görevlendirilen temizlik personeli depoların ve içlerinde depolanan ürünlerin özelliklerine göre temizlik kuralları açısından bilgilendirmelidir. Çalışan güvenliği konusunda tehlikeli, yanıcı ve yakıcı ürünlerin bulunduğu depoların temizliği esnasında gerekli güvenlik önlemler idare tarafından alınması sağlanmalıdır. Medikal depo sorumlusu temizlik ve bakım formlarını doldurarak arşivlemeli, gereği halinde hastane idaresine bilgi vermelidir.

Medikal depoda bulunan malzemelerin güvenli depolanmasının sağlanması ve bozulma sonucunda kamu zararı oluşmaması için (örneğin, oda sıcaklığı ve en fazla %60 bağıl nem gibi saklama koşulları belirlenmiş ilaçların uygun koşullarda saklanmaması durumunda aktivite kaybına uğraması gibi.) depoların iklimlendirilmiş olması gerekmektedir.

Yeterli havalandırma alanları oluşturulmalı, hırsızlığa karşı güvenlik önlemleri idare tarafından alınmalıdır.

Medikal depo sorumluları tarafından depo planı oluşturulmalı, malzeme teslimatında ilgili alanlara yerleşimi sağlanmalıdır. Yer değişikliği yapılması halinde liste güncellenmeli ve güncel listeler belirli alanlarda asılı olmalıdır. Ürünlerin depodaki yerleşim yerlerine ilişkin bilgiler (raf sırası, numarası gibi) DHBS ürün kartlarında belirtilmelidir.

Medikal depo yapılacak alan; sağlık tesisinde bulunan malzeme çeşidi, kaplayacakları hacim, istif miktarı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle seçilmeli, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Medikal depo sorumlusunun çalışma odası olmalı, verimli çalışma için gerekli imkanlar sağlanmış olmalıdır.

Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.

MADDE 16- Ecza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plânı" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plânı, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.

5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımı için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

- 6- Mal teslim alma ve sevk etme yerleri, depolama alanlarından ayrılmış olmalıdır. Boşaltma ve yükleme süresince ürünler kötü hava şartlarından korunmalıdır.
- 7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.
- 9- Kabul kısmı, boşaltma sırasında ürünleri kötü hava şartlarından koruyacak şekilde olmalıdır. Kabul alanı, depo alanlarından ayrı olmalıdır. Kabul sırasında kapların zarar görüp görmediği ve alınan malın sipariş ile aynı olup olmadığı ve raf ömrü kontrol edilir.
- 10- Özel saklama tedbirleri gerektiren ürünler (meselâ narkotikler, özel saklama şartlarında saklanacak ürünlerdir) kabul sırasında derhal tanımlanmalı; yazılı talimatlarda ve ilgili mevzuatta belirlenen şekilde depolanmalıdır.
- 13- Depolama alanları, temiz ve çöpten, tozdan ve zararlılardan arındırılmış olmalıdır. Kırılmayı, dökülmeyi, mikroorganizmalar ile bulaşmayı ve çapraz bulaşmayı önleyecek yeterli ve etkili metotlar uygulanmalıdır.
- 14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.
- 15- Uyuşturucu, psikotrop ilâçlar, canlı mikroorganizma içeren ilâçlar ve toksik ilâç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve bir birlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

SORU: Medikal depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 69
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.15.1 Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.15.2 Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.

MD.15.3 Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.15.4 Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

MD.15.5 Elektriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)

AÇIKLAMA:

Medikal depoların güvenliği Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuat, rehber ve Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun olarak sağlanmalıdır.

Eczane ve depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek kaza riskleri azaltılmalıdır. Depo kapıları metal/çelik yapıda olmalı, pencereler demir parmaklıklar ile takviye edilmeli, gerekli kamera sistem ve güvenlik personeli gibi önlemler alınmalıdır.

İlaç ve tıbbi sarf malzeme güvenliği için eczane ve medikal depolara erişim kısıtlanmış olmalı, ilgili birim personeli dışında kişilerin girişini engelleyecek şekilde kartlı, şifreli vb. sistemler kullanılmalıdır. Dinlenme alanı planlaması yapılırken bu hususa dikkat edilmelidir. Ürün güvenliği için medikal depo ve eczanede ayrımı yapılmış bir ürün teslim alanı bulunmalıdır.

Yangın tehlikesi için merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri (yangın tüplerinin kontrol tarihlerine bakılmalıdır) gibi önlemler alınmalıdır.

Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.

Deprem riskine karşı malzemelerin sabitlenmesini sağlayacak montaj işlemleri yapılmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından prizler kırık olmamalı, kabloları açıkta, güvenlik riski oluşturacak şekilde bulunmamalıdır. Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Eczza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.

MADDE 16- Eczza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plânı" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Eczza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plânı, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.

5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımı için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Eczza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.
15- Uyuşturucu, psikotrop ilaçlar, canlı mikroorganizma içeren ilaçlar ve toksik ilaç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve birbirlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

21- Sevk sırasında aşağıdaki hususlara uyulacaktır:

- a) Tanınma işaretleri ve yazılar yok olmamalıdır.
- b) Sevkiyat yapılan ürün, diğerlerine bulaştırılmamalı, diğer ürünler veya materyal ile bulaşmayacak durumda olmalıdır.
- c) Dökülme, kırılma ve hırsızlığa karşı yeterli tedbirler alınmalıdır.
- d) Sevkiyatı yapılan ürünlerin güvenliği sağlanmalı, kabul edilemeyecek derecede ısığa, soğuğa, ışığa, neme veya diğer istenmeyen etkilere veya mikroorganizma veya zararlılara veya zararlara maruz kalmaları önlenmelidir.

SORU: Medikal depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?

SIRA : 70
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.16.1 Medikal depolarda/eczanede ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

3.MD.16.2 Medikal depolarda, sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren (sesli, görsel, mesaj ve elektronik posta) veri aktarımı yapabilen dijital derece/sistemler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. Dijital derece/sistemlerden rapor alınabilmeli ve elektronik olarak arşivlenmelidir.

3.MD.16.3 Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)

3.MD.16.4 Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır. Listeler güncel tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaçlar ve tıbbi sarf malzemelerin (laboratuvar kitleri dahil) saklama koşulları göz önünde bulundurulmak suretiyle gruplandırılarak depolanmalı ve gerekli saklama koşulları (oda sıcaklığı ve bağıl nem) sağlanmalıdır. İlaç, tıbbi sarf malzeme ve hasta güvenliği

açısından, ilaçların ve tıbbi sarf malzemelerin depolama süresi boyunca uygun ortamda saklandığından emin olunması için sıcaklık ve nem değerlerinin kritik seviyenin üstüne çıkması veya altına inmesi halinde gerek buzdolabı gerekse oda şartlarında anlık uyarı veren (görsel, işitsel, mesaj yolu ile) ve dijital veri aktarımı sağlanabilen dijital dereceler/sistemlerle takip edilmelidir. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. Dijital dereceler/sistemlerin düzenli aralıklarla bakımları/kalibrasyonları yaptırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Edinilen kayıtların referans değerler aralığında bulunmaması halinde bozulma tespit edilirse, depo sorumlusu hastane idaresine bilgi vermeli ve yasal işlemler yapılmalıdır. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Bu işlemlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanır ve uygun şekilde muhafaza edilmesi sağlanır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun olarak iş ve işlemler gerçekleştirilir. Listelerin güncel tutulması gerekmektedir.

KAYNAK:

İlaçlar ve Eczza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

7- Eczza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

11- Tıbbî farmasötik ürünler, tıbbî malzeme, kozmetikler ve benzerleri gibi çeşitli ürün türleri birbirinden ayrı yerlerde depolanır. Her bir ürün, ışıktan, nemden ve sıcaklıktan kaynaklanabilecek zararları önlemek üzere, imalâtçısının belirlenen şartlar altında bulundurulur.

Sıcaklık ve nem periyodik olarak izlenir; kaydedilir ve bu kayıtlar düzenli olarak gözden geçirilir.

12- Özel sıcaklıkta saklama öngörülen durumlarda, depolama alanları, istenen şartların dışına çıktığını belirten sıcaklık kaydediciler veya diğer cihazlar ile donatılmalıdır. Bu nitelikteki alanların her yerinde öngörülen şartların sağlandığını gösterecek yeterli cihazlar bulunmalıdır.

SORU: Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?

SIRA : 71

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.17.1 Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) uyarı vermelidir.

3.MD.17.2 Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler DHBS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

3.MD.17.3 Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde özellikli birimlerin (Nöbet hizmetleri, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

3.MD.17.4 Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS)' de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerden yapılan toplu istemlerde ilgili değerleri göz önünde alınarak yönlendirme yapmalıdır.

3.MD.17.5 Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS)' de son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler tespit edilebilmeli ve rapor alınabilmelidir. Bu ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketilmeme sebepleri araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-22 - Akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim, farkındalık ve izleme-değerlendirme faaliyetleri yürütülerek ilaç kullanımını optimize edilecek ve ilaç maliyetleri azaltılacak”, “TGAP-P2-3-11 - İlaç mizatlarının kontrolü sağlanacak”, “TGAP-P2-3-8 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek” ve “TGAP-P2-4-6 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miatları DHBS'ye doğru girilmeli ve kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için DHBS eczane modülünde uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için medikal depo ve özellikli birimlerde (nöbet hizmet alanı, servis, ameliyathane vs.) miadı yaklaşan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktar ve tutarları eczacı ve yönetici tarafından “Miadı Yaklaşan İlaç/Tıbbi Sarf Malzemeler İçin Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilebilmelidir. Aşağıda yer alan tablodaki başlıklar asgari olarak “Miadı Yaklaşan İlaç/Tıbbi Sarf Malzemeler İçin Yönetici Takip Ekranı” nında olmalıdır. Bu başlıklar sağlık tesisinin ihtiyacına istinaden çoğaltılabilir. Tabloda yer alan bilgiler istenilmesi halinde excel ve pdf dosya türünde alınabilmelidir.

Tablo 2. Miadı Yaklaşan İlaçlar İçin Yönetici Takip Ekranı

Miadı Yaklaşan İlaçlar İçin Yönetici Takip Ekranı*				
Depo/Birim Adı	İlaç Adı**	Stok Miktarı	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Eczane	-	(İlgili Birime Ait Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam İlaç Tutarı)	-
Servis				
Poliklinik - 1				
Diğer				
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar	-

Yönetici Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Tablo 2.1. Miadı Yaklaşan İlaçlar İçin Yönetici Takip Ekranı (Ekran Detayı)

Miadı Yaklaşan İlaçlar İçin Yönetici Takip Ekranı*				
Depo/Birim Adı	İlaç Adı**	Stok Miktarı	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Eczane	-	120	1.027,9	-
	Örnek-1 500 mg Tablet	70	802,9	04.07.2019
	Örnek-2 1000 mg Ampul	50	225	11.09.2019
	Örnek-3 ...	...	...	...
Servis	-	...	...	-
	Örnek-4 ...	...	...	...

Tablo 3. Miadı Yaklaşan Tıbbi Sarf Malzemeler İçin Yönetici Takip Ekranı

Miadı Yaklaşan Tıbbi Sarf Malzemeler İçin Yönetici Takip Ekranı*				
Depo/Birim Adı	Malzeme Adı	Stok Miktar	Stok Tutarı	Son Kullanma Tarihi
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutarı)	-
Nöbet Hizmet Alanı				
Servis				
Diğer				
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar	-

* Bu ekranlarda sadece miadı 6 aydan daha az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler görülmelidir.

** MKYS'de tanımlı ilaç adını ifade etmektedir.

İlaç ve tıbbi sarf malzeme için farklı Yönetici Takip Ekranı (ekran detayı dahil) olmalıdır.

DHBS 'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerin medikal depo/eczaneden yaptığı toplu istemlerde ilgili birimlerin mevcut stokları göz önünde bulundurularak belirlenen 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzeme miktarının aşılması durumunda istem karşılama ekranında onaylama yapan personele uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için eczane, servis ve özellikli birimlerde (nöbet hizmet alanı, servis, ameliyathane vs.);

- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları,
- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok tutarları
- Ürün bazında 5 günlük miktar tüketim ortalaması
- Ürün bazında 5 günlük tutar tüketim ortalaması

Eczacı ve yönetici tarafından “Servis İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilebilmelidir. Aşağıda yer alan tablodaki başlıklar asgari olarak “Servis İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Yönetici Takip Ekranı” nında olmalıdır. Bu başlıklar sağlık tesisinin ihtiyacına istinaden çoğaltılabilir. Tabloda yer alan bilgiler istenilmesi halinde excel ve pdf dosya türünde alınabilmelidir.

Tablo 4. Servis İlaç Deposu Yönetici Takip Ekranı

Servis İlaç Deposu Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	İlaç Jenerik Adı	İlaç Adı	İlaç Stok Miktarı	İlaç Stok Tutarı	5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük İlaç Tüketim Tutar Ortalaması*
Nöbet Hizmet Alanı	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	(İlgili Birimin Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birimin Toplam İlaç Tutarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Tutarı)
Servis						
Poliklinik						
Diğer						
TOPLAM	-	-	Toplam İlaç Miktarı	Toplam İlaç Tutarı	-	-

* Varsa “tüketim çıkış” türü ile çıkış yapılan ve order karşılanan eczaneyi ifade eder. Yönetici Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Tablo 4.1. Servis İlaç Deposu Yönetici Takip Ekranı (Ekran Detayı)

Servis İlaç Deposu Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	İlaç Jenerik Adı	İlaç Adı	Mevcut İlaç Stok Miktarı	Mevcut İlaç Stok Tutarı	5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük İlaç Tüketim Tutar Ortalaması*
Nöbet Hizmet Alanı	2	-	652	347,58	740	391,67
	Örnek-1 40 mg Ampul	-	525	210	600	240
		Örnek-2 40 mg Ampul	300	120	-	-
		Örnek-3 40 mg Ampul	100	38,75	-	-
		Örnek-4 40 mg Ampul	125	51,25	-	-
	Örnek-5	-	127	137,58	140	151,67
		Örnek-6	127	137,58	-	-

- İlgili birimlerde ilk defa kullanılacak ilaçlar için 5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı/Tutarı dikkate alınmayacaktır.
- İlgili birimlerde zorunlu olarak belirli adetlerde bulundurulması gereken ilaçlar için 5 günlük tüketimi miktar/tutar ortalaması baz alınmayacaktır. Bu ilaçlar için belirlenen maksimum stok adetleri belirtilecektir.
- 5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı ve Tutarı hesaplaması sadece jenerik bazında yapılacaktır.

Tablo 5. Servis Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Yönetici Takip Ekranı

Servis Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı**	Tıbbi Sarf Malzeme Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı	5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması *	5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması*
Nöbet Hizmet Alanı	-	-	(İlgili Birim Toplam Miktarı)	(İlgili Birim Toplam Tutarı)	(Toplam 5 Günlük Tüketim Miktarı)	(Toplam 5 Günlük Tüketim Tutarı)
Servis						
Poliklinik						
Diğer						
TOPLAM	-	-	Tüm Birimler İçin Toplam Miktar	Tüm Birimler İçin Toplam Tutar	-	-

Yönetici Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilmelidir.

Tablo 5.1. Servis Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Yönetici Takip Ekranı (Ekran Detayı)

Servis Tıbbi Sarf Malzeme Deposu Yönetici Takip Ekranı						
Birim Adı	Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı**	Tıbbi Sarf Malzeme Adı***	Stok Miktarı	Stok Tutarı	5 Günlük Tüketim Miktarı Ortalaması*	5 Günlük Tüketim Tutar Ortalaması*
Poliklinik	-	-	1.180	6.140,62	1380	7.351,3
	Örnek-1	-	500	5.810	600	6.972
		Örnek-2	300	3.486		
		Örnek-3	200	2.324		
		...				
	Örnek-4	-	200	116	230	133,4
		Örnek-5	150	87	-	-
		Örnek-6	50	29	-	-
		...				

* 5 günlük tüketim miktar/tutar ortalaması; Ürün bazında ilgili birimin geçmiş 60 günlük tüketim miktarından ve tüketim tutarından ilgili ürünün 5 günlük tüketim ortalamaları belirlenir. Bu ortalamalar sadece malzeme tanımı başlığı için hesaplanır ürün bazında hesaplanmaz. (Sağlık tesisinin ihtiyacına göre tüketim ortalaması hesaplanacak özellikli ürünler belirlenebilir)

** Tıbbi Sarf Malzeme Tanımı: Aynı tanıma sahip olan tıbbi sarf malzemeleri tek başlık altında göstermelidir. MKYS’de yer alan tıbbi sarf malzeme tanımını ifade eder.

*** Tıbbi Sarf Malzeme Adı: HBYS’de tanımlı malzeme adını ifade eder.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için medikal depo ve özellikli birimlerde (nöbet hizmet alanı, servis, ameliyathane vs.) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketim hızları takip edilir.

- Medikal depo ve eczane için son 2 ayda tüketimi olmayan veya geçmiş tüketim verilerinin ortalamasından tüketimi daha az olan,

- Diğer birimler için son 15 günde tüketimi olmayan veya geçmiş tüketim verilerinin ortalamasından tüketimi daha az olan,

ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktar ve tutarları eczacı ve yönetici tarafından “Hareket Görmeyen İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilebilmelidir. Aşağıda yer alan tablodaki asgari başlıklar “Hareket Görmeyen İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Yönetici Takip Ekranı” nında olmalıdır. Bu başlıklar sağlık tesisinin ihtiyacına istinaden çoğaltılabilir. Tabloda yer alan bilgiler istenilmesi halinde excel ve pdf dosya türünde alınabilmelidir.

Bu kapsamda Başhekimlik aracılığı ile ilgili ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin alınması talebinde bulunulan klinikle/branşla irtibata geçilerek alınma talebine istinaden neden kullanılmadığı sorgulanır ve yazılı olarak belgelendirilir. İlgili ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin kullanımı veya başka bir kuruma devri sağlanır. Bulundurulması zorunlu veya acil kullanıma konu olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler bu kapsamda değerlendirilmez.

Tablo 6. Hareket Görmeyen İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Takip Ekranı

Hareket Görmeyen İlaç Yönetici Takip Ekranı			
Depo/Birim Adı	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
Eczane	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Nöbet Hizmet Alanı			
Servis			
Poliklinik			
Diğer			
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar

Yönetici Takip Ekranından her bir birim ismine tıklandığında aşağıda belirtilen ekran detayına ulaşılabilir.

Tablo 6.1. Hareket Görmeyen İlaç Yönetici Takip Ekranı (Ekran Detayı)

Hareket Görmeyen İlaç Yönetici Takip Ekranı			
Depo/Birim Adı	İlaç Adı	Stok Miktarı	Stok Tutarı
Eczane	-	888	27.426,6
	Örnek-1 250 mg Tablet	500	21.335
	Örnek-2 750 mg Flakon	388	6.091,6
Poliklinik	-		

Tablo 7. Hareket Görmeyen Tıbbi Sarf Malzeme Takip Ekranı

Hareket Görmeyen Tıbbi Sarf Malzeme Takip Ekranı			
Depo/Birim Adı	Malzeme Adı	Stok Adedi	Stok Tutarı
Tıbbi Sarf Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Adet)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Nöbet Hizmet Alanı			
Servis			
Poliklinik			
Diğer			
Toplam	-	Toplam Adet	Toplam Tutar

İlaç ve tıbbi sarf malzeme için farklı Yönetici Takip Ekranı (ekran detayı dahil) olmalıdır.

KAYNAK:

2013-09 STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI GENELGESİ

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 6 (c) : İlaçın farmakolojik etkisinin devamlılığı ile emniyeti, etkinliği ve maliyeti bakımından gözetimini sağlar.

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

26.08.2016 Tarih ve 80981279-809.99-E.99-804 Sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Yazı

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

SORU: Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
(Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 72

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.18.1 İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

3.MD.18.2 Kısmi doza konu olan ilaçlar yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçların yapılan bildirimleri DHBS eczane modülünde servis, birim bazlı ve toplam olarak görülmelidir.

3.MD.18.3 İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

3.MD.18.4 İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

3.MD.18.5 İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

3.MD.18.6 İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-8 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek”, “TGAP-P2-4-6 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek” ve “TGAP-P2-3-11 - İlaç miatlarının kontrolü sağlanacak” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler Sağlık Bakanlığının yayımlanmış olduğu ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçların bildirimi DHBS üzerinden yapılmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılıncaya üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;

MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.

MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM’ne bildirirler.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.

e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalajlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.

Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalajında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşınca kadar uyulmalıdır.

24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

SORU: Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi mevzuata uygun yapılıyor mu? (Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 73

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MD.19.1 Tıbbi sarf deposundan; ilgili birim ve servislere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

3.MD.19.2 Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.

3.MD.19.3 Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

3.MD.19.4 Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Bildirimler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır. Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.

3.MD.19.5 Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-30 - İlaç suiistimallerine yönelik tedbirler alınacak” ve “TGAP-P2-3-8 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek”, “TGAP-P2-4-6 - Cep depo uygulamaları engellenecek ve 5 günden fazla stok çıkışı yapılan servis/ünitelere Taşınır Kayıt Yetkilisi atanarak toplu çıkışlar engellenecek” ve “TGAP-P2-3-11 - İlaç miatlarının kontrolü sağlanacak” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler Sağlık Bakanlığının yayımlamış olduğu ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Servis ve özellikli birimlerde bulunan tıbbi sarf malzeme sayısı DHBS tarafından geçmiş tüketim verileri doğrultusunda hesaplanan 5 günlük stok miktarı düzeyinde (en fazla) olup olmadığı kontrol edilir. Kontroller yapılırken ilgili Yönetici Takip Ekranlarından faydalanılabilir.

Servis ve özellikli birimlerde bulunan fiili tıbbi sarf malzeme sayısı ve miadı DHBS’ de görülen sayı ve miad ile uyumlu olup olmadığı örneklem usulü kontrol edilir.

Sağlık tesisinde bulunan tıbbi sarf malzeme materyovijilans sorumlusunun bilinip bilinmediği sorgulanır.

Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili sağlık personeli bilgisi değerlendirilir. Farkındalık sağlamak için ilgili birim ve servislerde görsel ve bilgilendirme dokümanlarına erişimleri sorgulanır.

Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından

belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir) İş ve işlemlerin istenilen standartlara uygun olarak gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği kontrol edilir.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisleri ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara “İade Edilen” kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete’ de YAYIMLANAN “TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ’in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen “Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları” kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

- a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.
- b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
- c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirim konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
- ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
- d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
- e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma

işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

TEKNİK HİZMETLER

SORU: Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA :74

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.1.1 Enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.

3.TH.1.2 Günlük kontrollere ait formlar tutulmalıdır.

3.TH.1.3 Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

İlgili yönetmeliğine göre; bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici ya da kesin kabul belgesi olmalıdır. Belge üzerinde herhangi bir geçerlilik tarihi belirtilmemiş ise, bir defaya mahsus alınması yeterlidir. Geçici kabul komisyonunca belirlenmiş eksik, noksan, hata vb. işlemler belirtilen sürelerde tamamlanmalıdır.

Günlük kontrolleri ile periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı, bu bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları bulunmalıdır.

GEÇİCİ KABUL TUTANAĞI

07.05.1995 tarihli ve 22280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yönetmeliğe göre Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığına TEDAŞ Genel Müdürlüğü OSMANGAZİ İDİAŞ ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ'nün 27/03/2015 tarih ve EPİB-301519066-1396 sayılı yazıları gereği OSMANGAZİ İDİAŞ ESKİŞEHİR İL Makamı'na aşağıdaki geçici kabul kuruştur:

Akt-Sayı:	Mesleği:	Çalıştığı Kuruluş:
Başkan : Ergin YEŞİLKAYA	Ek. Elektrik Müh.	OSMANGAZİ İDİAŞ ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ
Öye : Tuncan ÇINAR	Teknisyen	OSMANGAZİ İDİAŞ ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ
Öye : Akın ULUKOCA	Ek. Müh.	ALKAN ULUKOCA MÜH. ELEK. SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Öye : Cemal DÖYÜK	İdari ve Mali İşleri Müdürü	DEVLET HASTANESİ

Kabulü Yapılan İşin Niteliği ve Türü: Eskişehir Çifteler Devlet Hastanesi'ne alt 1 adet 165 KVA ve 1 adet 1120VA Jeneratör Tesisi İçin

Tesisin Projesi: 1 adet 165 KVA ve 1 adet 1120 KVA Jeneratör Tesisi

Tesisin Projesini Yapan Mühendisin Adı, Soyadı : Akın ULUKOCA

Tesisin Projesini Yapan Mühendisin Özlü Kayıt No'su : 27387

Projesi Onaylayanın Tarihi : 25.05.2015

Projesi Onaylayanın Kuruluşu : Osmangazi İDİAŞ ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ

Onaylama Tarihi ve Saati : 25.05.2015 / 00

Teslimin Adresi : Eskişehir Çifteler Devlet Hastanesi

Teslimin Yapılacak Kuruluşun Adı : Eskişehir Çifteler Devlet Hastanesi

Adres : Eskişehir Çifteler Devlet Hastanesi Cad. Çifteler / ESKİŞEHİR

Yüklenici Adı : Akın ULUKOCA Müh. Elektrik İşçisi San. Tic. Ltd. Şti.

Adres : Dışkapı Mah. Hastanesi Cad. Anadoluhisari / ESKİŞEHİR

Kayıt No'su : 161.891.82 TL

Kayıt Ek veya Değişiklik varsa Notları :

Süre Ücretleri :

Teslimin Bitirildiği Tarih : 25.05.2015

Elektrik ve Gaz Tesisleri Kabul Tutanağına Göre % Mükemmellik :

Yukarıda belirtilen ve tarih yazılan tesisi bulundukları yere girenler kabul yönetmeliğine göre denet ve onaylanarak işlerin bitirilmesi için gerekli olan işleri tamamlayarak teslimatı yapılmıştır. Geçici kabul tutanağına göre işler bitirilmiştir. Teslimatın bitirilmesi için gerekli olan işleri tamamlayarak teslimatı yapılmıştır. Teslimatın bitirilmesi için gerekli olan işleri tamamlayarak teslimatı yapılmıştır. Teslimatın bitirilmesi için gerekli olan işleri tamamlayarak teslimatı yapılmıştır.

Başkan : Ergin YEŞİLKAYA Ek. Elektrik Müh.

Öye : Tuncan ÇINAR Teknisyen

Öye : Akın ULUKOCA Ek. Müh.

Öye : Cemal DÖYÜK İdari ve Mali İşleri Müdürü

OSMANGAZİ ELEKTRİK DAĞITIM A.Ş. GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR ÇİFTELER ERİBAB İLİ İLÇESİ MAHALLESİ

Eskişehir Devlet Hastanesi'ne alt 1 Adet 165 KVA ve 1 Adet 1120VA DİZEL- JENERATÖR ELEKTRİK TESİSİ

GEÇİCİ KABUL TUTANAĞI

Geçici Kabul Tarihi : 25.05.2015
Bu Tutanak on Sayfadır.

KABUL KURULU

Başkan : Ergin YEŞİLKAYA Ek. Elektrik Müh.

Öye : Tuncan ÇINAR Teknisyen

Öye : Akın ULUKOCA Ek. Müh.

Öye : Cemal DÖYÜK İdari ve Mali İşleri Müdürü

Onaylayan Kuruluşun Adı : OSMANGAZİ İDİAŞ ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ

Yazılan 25.05.2015 tarih ve 27387 sayılı yazıdaki koşullara onaylandı.

OSMANGAZİ İDİAŞ ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ

KAYNAK:

07.05.1995 tarihli ve 22280 sayılı Elektrik Tesisleri Kabul Yönetmeliği

30.12.2014 tarihli ve 29221 sayılı Elektrik Tesisleri Proje Yönetmeliği

06.11.2015 tarihli ve 29524 sayılı Elektrik Üretim Tesisleri Kabul Yönetmeliği

SORU:Havalandırma sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA :75

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.2.1 Merkezi havalandırma sistemlerinin, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.

3.TH.2.2 Duvar ve salon tipi klimaların, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

İklimlendirme ve klima sistemleri, kuruldukları ortamdaki havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olmasını sağlamalı, havanın içinde bulunan bakteri ve kirli havayı filtrelerinde süzerek daha sağlıklı bir ortam oluşturmalıdır.

Merkezi havalandırma sistemleri ile duvar ve salon tipi klimaların periyodik dönemlerde genel kontrolleri yapılmalı, klima gazı dolumu, filtre temizliği ve değişimi vb. bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları bulunmalıdır.

Merkezi havalandırma sistemleri ile duvar ve salon tipi klimaların periyodik dönemlerde genel kontrolleri yapılmalı, klima gazı dolumu, filtre temizliği ve değişimi vb. bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları bulunmalıdır.

KAYNAK:

05.12.2008 tarih ve 27075 sayılı Binalarda Enerji Performansı Yönetmeliği

27.10.2011 tarih ve 28097 sayılı Enerji Kaynaklarının ve Enerjinin Kullanımında Verimliliğin Artırılmasına Dair Yönetmelik

SORU: Asansörlerin, güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA :76

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.3.1 Yeni veya mevcut asansörlerin, ilgili idare (belediye - il özel idaresi) tarafından düzenlenmiş tescil belgesi olmalıdır.

3.TH.3.2 Yılda en az bir kez A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılması gereken uygunluk kontrolüne göre, güncel tarihli periyodik kontrol (uygunluk) belgesi bulunmalıdır.

3.TH.3.3 Kimlik numarasını gösteren gri renkli etiketler, kabin içerisine yapıştırılmış olmalıdır.

3.TH.3.4 Kontrol (uygunluk) belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisine ve durak kapısı kasasının üzerine rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.

3.TH.3.5 Etiket tarihinden itibaren kırmızı renkli asansörlerin 60 gün, sarı renkli asansörlerin ise 120 gün içerisinde uygunsuzlukları giderilmiş olmalıdır.

3.TH.3.6 Günlük kontrol ve periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait formlar bulunmalıdır.
3.TH 3.7 Arızada kalma sürelerini gösteren formlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşu tarafından periyodik kontrol öncesi her asansöre bir kimlik numarası verilir. Bu kimlik numaraları 85x50 boyutlarındaki alüminyum esaslı gri zeminli etiketlere siyah renkle yazılarak hazırlanır ve asansörün periyodik kontrolünde, kabinin içerisine kumanda butonu hizasına en az 160 cm. yüksekliğe kolayca sökülemeyecek şekilde yapıştırılır. Kimlik numarası etiketinin, asansörün kullanım ömrü boyunca muhafaza edilmesinden ve gerektiğinde yenilenmesinden bina yönetimi sorumludur.

Asansör yönetmeliği (2014/33/AB) kapsamında; yeni asansörlerin tescili için, piyasaya arz edildiği tarih itibarıyla altmış gün içerisinde monte eden firma tarafından bir defaya mahsus olmak üzere belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresine başvuruda bulunulur. Piyasaya arz edilen yeni asansörlerin ilk periyodik kontrolü tescil aşamasından önce, asansör yapımcısının müracaatı üzerine en geç 15 gün içerisinde A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılmış ve yeşil bilgi etiketinin yapıştırılmış olması gerekmektedir. Uygun görülen tescil başvurusu neticesinde, onaylı tescil belgesi ilgili idare tarafından düzenlenir ve asansörü monte eden firmaya sunulur.

15/08/2004 - 24/06/2015 tarihleri arasında piyasaya arz edilmesine rağmen kayıt altına alınmamış olan asansörlere ait yeşil veya mavi renkli bilgi etiketine esas periyodik kontrol raporuyla, 15/08/2004 tarihinden önce monte edilmiş mevcut asansörler için ise; güvenlik seviyesinin TS EN 81-80 standardına göre artırıldığını ispatlayan yeşil veya mavi renkli bilgi etiketine esas periyodik kontrol raporuyla, bir sonraki periyodik kontrol tarihine kadar bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idareye başvurulur. Uygun görülen başvurular için onaylı tescil belgeleri ilgili idare tarafından düzenlenerek bina sorumlularına teslim edilir.

Mevcut asansörlerin uygunluk kontrolü, yılda en az bir kez ilgili bakanlığın yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin (belediye - il özel idaresi) protokol imzaladığı akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşu tarafından bir önceki geçerlilik tarihi bitmeden yapılmış olmalıdır. Periyodik kontrol sonuçları kusursuz, hafif kusurlu, kusurlu ve güvensiz olmak üzere dört grupta değerlendirilir. İlgili idare adına periyodik kontrolü yapan A tipi muayene kuruluşu tarafından; kusursuz olarak tanımlanan asansöre yeşil, hafif kusurlu olarak tanımlanan asansöre mavi, kusurlu olarak tanımlanan asansöre sarı ve güvensiz olarak tanımlanan asansöre kırmızı renkli bilgi etiketleri kabin içerisinde kullanıcıların rahatlıkla görebileceği bir şekilde kumanda panelinin etrafında en uygun yere ve ana durakta yer alan dış çağrı kumanda panelinin yanına veya durak kapısı kasasının üzerine iliştilir. Üçüncü taraf kişi/kişilerin bilgi etiketini sahte olarak düzenlemesine veya amacına uygun olmayacak şekilde kullanılmasına karşı kare olarak basılabilen iki boyutlu barkodun, harflerden ve sayılardan oluşturulan doğrulama kodunun veya benzeri çözümlerin bilgi etiketi içerisinde belirtilen doğrulama alanında yer alması A tipi muayene kuruluşunca sağlanır.

Kırmızı renkli bilgi etiketi iliştilen ve güvensiz olarak tanımlanan asansörün kullanımına izin verilmez ve en fazla 60 gün içerisinde güvenli hale getirilmesi bina sorumlusunca sağlanır. Bu süre sonunda, A tipi muayene kuruluşu tarafından takip kontrolü

yapılır. Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansör, ilgili idare tarafından ana besleme sisteminden elektiriğin kesilerek mühürlenmesi yoluyla hizmetten men edilir. Güvensiz asansörün 60 gün içerisinde güvenli hale getirilmeden kullandırılmasından dolayı doğacak can ve mal kaydından bina sorumlusu mesuldür. Sarı renkli bilgi etiketi iştirilmiş olan asansördeki uygunsuzlukların en fazla 120 gün içerisinde giderilmesi bina sorumlusunca sağlanır. Bu süre sonunda, A tipi muayene kuruluşu tarafından takip kontrolü yapılır. Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansör, ilgili idare tarafından ana besleme sisteminden elektiriğin kesilerek mühürlenmesi yoluyla hizmetten men edilir. Mavi renkli bilgi etiketi iştirilmiş olan asansörde belirlenen uygunsuzlukların ise bir sonraki periyodik kontrole kadar giderilmesi bina sorumlusunca sağlanır. Asansörlerin günlük kontrollerine ait formlar tutulmalı, bakım-onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından periyodik bakımları yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı sürelerin kayıt altına alındığı formlar bulunmalıdır.

Asansörü bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

..... BELEDİYE BAŞKANLIĞI İmar ve Şehircilik Müdürlüğü YENİ ASANSÖR TESCİL BELGESİ	
TESCİL TARİHİ	
TESCİL KAYIT NUMARASI	
TESCİL YAPAN İLGİLİ İDARENİN ADI VE ADRESİ	
ASANSÖR MONTE EDENE DAİR BİLGİLER	
ASANSÖR MONTE EDENİN ADI	
ASANSÖR MONTE EDENİN ADRESİ	
ASANSÖR MONTE EDENE AİT İLETİŞİM BİLGİLERİ	
ASANSÖRE DAİR BİLGİLER	
ASANSÖR KİMLİK NUMARASI	
ADA VE PARSEL NO	
ASANSÖRÜN MONTAJ ADRESİ	
ASANSÖRÜN MARKASI	
ASANSÖRÜN SERİ NUMARASI	
ASANSÖRÜN İMAL YILI	
ASANSÖRÜN TAHRİK TÜRÜ	
ASANSÖRÜN HIZI	
ASANSÖRÜN KAPASİTESİ VEYA BEYAN YÜKÜ	
ASANSÖRÜN DURAK SAYISI	
MEVZUAT	
YÖNETMELİK ADI	
AT UYGUNLUK BEYANINA DAİR BİLGİLER	
BEYAN TARİHİ	
İMZA SAHİBİNİN ADI VE SOYADI	
UYGUNLUK BELGESİNE DAİR BİLGİLER	
BELGE NUMARASI	
BELGE DÜZENLENDİĞİ TARİHİ	
ONAYLANMIŞ KURULUŞUN ADI	
ONAYLANMIŞ KURULUŞUN KİMLİK NUMARASI	
SANAYİ SİCİL BELGESİNE DAİR BİLGİLER	
BELGE TARİHİ	
BELGE NUMARASI	
TSE HİZMET YETERLİLİK BELGESİNE DAİR BİLGİLER	
BELGENİN DÜZENLENDİĞİ TARİHİ	
BELGENİN GEÇERLİLİK SÜRESİ	
GARANTİ BELGESİNE DAİR BİLGİLER	
DÜZENLENDİĞİ TARİHİ	
GARANTİ SÜRESİ	
..... adresinde monte edilen ve tarihinde piyasaya arz edilmiş olan asansörün tescil, tarihli ve sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliğine göre yapılmıştır.	
BELEDİYE BAŞKANI a.	İMZA VE MÜHÜR

..... BELEDİYE BAŞKANLIĞI İmar ve Şehircilik Müdürlüğü MEVCUT ASANSÖR TESCİL BELGESİ	
TESCİL TARİHİ	
TESCİL KAYIT NUMARASI	
TESCİL YAPAN İLGİLİ İDARENİN ADI VE ADRESİ	
BAKIM FİRMASINA DAİR BİLGİLER	
BAKIM FİRMASININ ADI	
BAKIM FİRMASININ ADRESİ	
BAKIM FİRMASINA AİT İLETİŞİM BİLGİLERİ	
BAKIM FİRMASININ TSE HİZMET YETERLİLİK BELGESİ BİLGİLERİ	
BELGENİN DÜZENLENDİĞİ TARİHİ	
BELGENİN GEÇERLİLİK SÜRESİ	
ASANSÖRE DAİR BİLGİLER	
ASANSÖR KİMLİK NUMARASI	
ADA VE PARSEL NO	
ASANSÖRÜN MONTAJ ADRESİ	
ASANSÖRÜN TAHRİK TÜRÜ	
ASANSÖRÜN HIZI	
ASANSÖRÜN KAPASİTESİ VEYA BEYAN YÜKÜ	
ASANSÖRÜN DURAK SAYISI	
BİNA SORUMLUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER	
BİNA SORUMLUSUNUN ADI VE SOYADI	
BİNA SORUMLUSUNA AİT İLETİŞİM BİLGİLERİ	
Mevcut asansörün tescil, tarihli ve sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliğine göre yapılmıştır.	
BELEDİYE BAŞKANI a.	İMZA VE MÜHÜR

[illegible]

KAYNAK:

04.05.2018 tarih ve 30411 sayılı Resmi Gazete Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği
06.04.2019 tarih ve 30737 sayılı Resmi Gazete Asansör İşletme ve Bakım Yönetmeliği

SORU:Sağlık tesisinde elektrik, su ve yakıt giderlerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA :77

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.4.1 Enerji Tüketim Takip Modülüne elektrik, su ve yakıt faturalarının veri girişleri düzenli olarak yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerimizde kullanılan elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi, verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, gerekli önlemlerin alınması ve yakıt dönüşüm finansman çalışmalarının etkin yapılabilmesi için, fatura girişlerinin ilk ve son endeks dönemlerine göre; MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülüne eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerekmektedir. Sağlık tesislerinde sisteme fatura girişi yapacak kişi görevlendirilmiş ve sistemdeki iletişim bilgileri güncel olmalıdır.

SORU: Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA :78

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.5.1 Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

3.TH.5.2 Merkezi UPS'lerin bulunduğu oda sıcaklığı 20°- 25° arasında olmalı ve sıcaklık değerleri günlük kontrol çizelgeleri ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde ameliyathane, görüntüleme merkezleri gibi hizmet alanlarında bulunan yaşam destek ile görüntüleme cihazları elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı korunmalıdır. Bu koruma için kullanılacak olan kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı ve bakım formları dosyalanmalıdır.

UPS ve akülerin uzun ömürlü olması, verimli çalışması için gerekli soğutma işlemleri (havalandırma, klima vb.) yapılmalı, sıcaklık değerleri günlük kontrol formları ile takip edilmelidir.

SORU: Medikal gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA :79

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.6.1 Oksijen, azot, vakum ve medikal kuru havanın basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.

3.TH.6.2 Olumsuz durumlarda sorumlu teknisyenler ve nöbetçi personeller tarafından rahatlıkla görülebilecek ve duyulabilecek mesafede, işitsel ve görsel uyarı veren aktif alarm sistemleri bulunmalıdır.

3.TH.6.3 Merkez ve kat kontrol panolarının, periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.

3.TH.6.4 Medikal hava kompresörleri ve vakum pompalarının, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması ve hayati riske sebebiyet verilmemesi açısından; oksijen, azot, vakum ve medikal kuru havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır. Olumsuz durumlarda işitsel veya görsel uyarı veren alarm sistemleri aktif olarak çalışmalı, bu alarm sistemleri sorumlu teknisyenler ve nöbetçi personeller tarafından rahatlıkla görülebilecek ve duyulabilecek mesafede bulunmalıdır.

Merkezi gaz sistemleri ve kat kontrol panolarına yapılmış bakım ve onarımlara ait teknik servis formları ile, medikal hava kompresörleri ve vakum pompalarına periyodik dönemlerde

yapılan (kompresör iç filtreleri ve tesisat hat filtreleri değişimi vb.) kontrol ve bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.



KAYNAK:

10.12.2018 tarih ve 82379934 barkod numaralı “ Sağlık Tesislerinde Gaz, İklimlendirme Sistemleri Yönetimi Hk.” Hk. yazı.

SORU: Validasyon hizmeti kapsamında yapılan işlemler standartlara uygun mu?

SIRA :80

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.TH.7.1 Ameliyathane validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (asgari ISO Class 7 sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmeli, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.

3.TH.7.2 Biyogüvenlik kabinlerinin validasyon işlemleri TS EN 12469/ NSF/ANSI 49 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında asgari olarak

hava akış hızı, hepa ve ulpa filtre sızdırmazlık, hava akış yönünün görselleştirme testleri ve alarm ve diğer fonksiyonların kontrolü yapılmalı, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.

3.TH.7.3 Hepa filtre kullanılan alanlarda filtre sızdırmazlık testi ve partikül ölçüm sonuçlarına göre filtre değişimi yapılmalıdır. Filtre sızdırmazlık testi ve görsel muayenesinde sorun olmayan filtrelerin değişimi yapılmamalıdır.

3.TH.7.4 Validasyon ölçümleri yapan referans donanımlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır. Validasyon raporlarında cihazların marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Validasyon Hizmetleri kapsamında yukarıda belirtilen alanların validasyonları yaptırılmalıdır. Validasyon işlemleri yapılırken alınacak olan standart ve bu standart gereği uygulanacak olan testler belirtilmiştir.

Özellikli Ünitelerde (Kemoterapi ilaç hazırlama, TPN solisyon hazırlama vb.) validasyon işlemi uygulayacak muayene kuruluşları, ilgili hizmet alım firmalarından bağımsız A tipi kuruluş olmalıdır. Bu kuruluşun akredite olup olmadığına <https://secure.turkak.org.tr/kapsam/search> web adresinden Kuruluş Adı ve Kuruluş Türü (Muayene Kuruluşları olarak) seçilerek Kuruluşun Durumu (aktif olmalı) sorgulanmalıdır.

Sıra No	Kuruluş Adı	Kuruluş Türü	Karar Tarihi	Durum
1	AS-0001-OK	Q21 Belgelendirme Muayene ve Test Hizmetleri Ltd. Şti.	2015-05-09	Aktif
2	AS-0001-K	ELİNGO ELEKTRONİK MALAT VE KONTROL TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ Sıcaklık Kalibrasyon Laboratuvarı	2015-04-27	Aktif
3	AS-0001-M	İSTANBUL DENİZCİLİK VE BÖRVEY HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.	2015-10-19	Aktif
4	AS-0001-P	TÜRK STANDARDLARI ENSTİTÜSÜ Eğitim Dairesi Başkanlığı	2015-05-09	Aktif
5	AS-0001-PM	TÜBİTAK ULUSAL METROLOJİ ENSTİTÜSÜ (UME)	2015-05-19	Aktif, Kapsam Değişikliği

Validasyon işleminde kullanılan validatörlerin marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır. Kullanılan referans donanımlara ait izlenebilirlik sertifikalarının ve / veya raporlarının geçerlilik sürelerinin hizmet akdinde belirtilen süreyi kapsamaması gerekmektedir.

AYNİYAT DEPO

SORU: Ayniyat depolarında Demirbaş Varlık Yönetimi (DVYS) olarak kullanılan yazılımlar, Kayıt Tescil Sistemi (KTS)’nde aktif mi?

SIRA :81
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

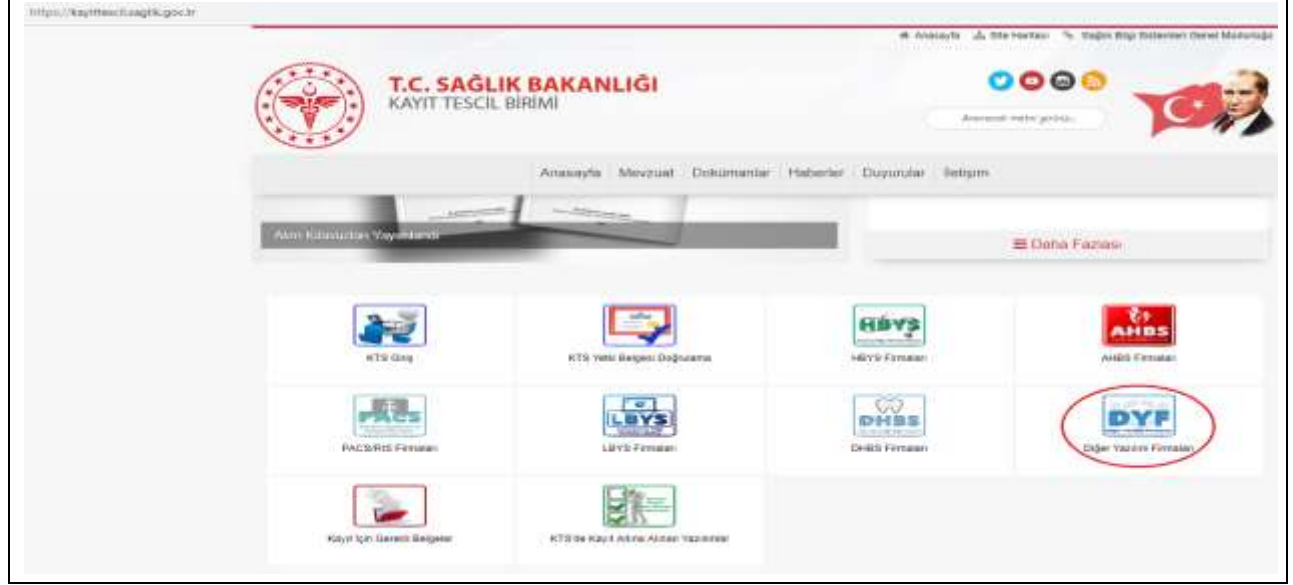
3.3AD.1.1 Ayniyat demirbaş depolarında MKYS’ye entegre olarak kullanılan yazılımlar, KTS Demirbaş Varlık Yönetim Sistemi’nde belirtilen aktif DVYS firmalarından olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Sağlık tesisi depolarında entegrasyonla MKYS’ye bağlı olarak kullanılan Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri’nde yapılan giriş - çıkış, devir, zimmet, künyeleme vb. işlemler ile, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi’ndeki veriler ile uyumlu uyumlu olmalıdır. Bu sebeple ayniyat dayanıklı taşınır depolarında MKYS’ye entegre olarak kullanılan Demirbaş Varlık Yönetim Sistemlerinin (DVYS) uygunluk belgesi kontrolü esastır. Sağlık tesisleri ayniyat demirbaş depolarda kullanılacak yazılımların, Genel Müdürlüğümüz tarafından DVYS Uygunluk Değerlendirme Kılavuzu kriterlerine göre, gerekli test ve kontrolleri yapıldıktan sonra, uygun görülen yazılım firmaları Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’ne bildirilerek aktif DHBS firmaları arasında yer alması sağlanmaktadır. Sağlık tesislerinin de depolarda kullanılacak yazılımları Sağlık Bakanlığı Kayıt Tescil Sistemi’nde aktif olarak belirtilen yazılım firmalarından tercih etmesi uygun olacaktır.

Bakılacak unsur kontrol edilirken, <https://kayittescil.saglik.gov.tr/web> adresinin diğer yazılım firmaları kısmından Demirbaş Varlık Yönetim Sistemi (DVYS) sekmesi seçilerek ilgili yazılımın Aktif DVYS Listesi’nde olup olmadığı kontrol edilir. Sağlık tesislerinde DVYS olarak kullanılan yazılımların <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,44804/demirbas-ve-varlik-yonetim-sistemi-dvys-is-akisi-ve-dvys-uygunluk-degerlendirme-kriter-kilavuzu.html>’daki tüm istekleri karşılaması gerekmektedir.

Sağlık tesisinin ayniyat demirbaş depolarında yazılım/bilgi yönetim sistemi kullanılmıyor yada sadece arıza bildirimini amacıyla kullanılıyor ise bu sorudan muaf tutulacaktır.



KAYNAK:

07.07.2015 tarih ve 11756578 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri konulu 2015/17 Genelgesi

Soru: Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?

SIRA :82
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.2.1 Ayniyat depolarında yapılan ve muhasebe birimlerine gönderilmesi gereken (giriş, devir, hurda vb.) işlemlere ait taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA :

DHBS'de yapılan ve MKYS'ye gönderilen işlemlerdeki entegrasyon hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda DHBS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, ayniyat tüketim - demirbaş depolarında yapılan ve muhasebeleştirilmesi gereken taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir.

Satınalma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyor ise, muayene ve kabul komisyonu başkanı tarafından imzalanmış olmalıdır.

TAŞINIR İŞLEM FİŞİ								Sayfa: 1/1
Fiş Sıra No		14		DÖNER SERMAYE		Tarih		25/04/2019
İl ve İlçenin		Adı		MERKEZ TEŞKİLAT, YOK		Kodu		99,00
Harcama Biriminin		Adı		SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ		Kodu		06.15.75.23/101
Taşınır Ambarının		Adı		KNA DEPO		Kodu		02
Muhasebe Biriminin		Adı		TÜRKİYE		Kodu		06.15.75.23
Muayene ve Kabul Kom.Rap.Tarih ve Sayısı								
Dayanağı Olan Belgenin Tarih ve Sayısı				01/01/2019-12				
İşlem Çeşidi		Nereden Geldiği		Nereye/Kime Verildiği				
SAYIM FAZLASI								
Birimler ve Ambarlar Arası Taşınır Hareketlerinde								
Gönderilen Harcama Biriminin		Adı		Kodu				
Gönderilen Taşınır Ambarının		Adı		Kodu				
Muhasebe Biriminin		Adı		Kodu				
Sıra	Taşınır Kodu	SicilNo	Taşınır Adı		Ölçü B.	Miktar	Birim Fiyat	Tutar
1	150-05-03-03-02		CAMAŞIR MAKİNESİ DETERJANI SANAYİ TİPİ		ADET	3	3	9,0000
2	150-05-03-03-05		CAMAŞIR ELDE YIKAMA TOZ DETERJANLARI		ADET	10	5	50,0000
3	150-05-03-03-05		CAMAŞIR ELDE YIKAMA TOZ DETERJANLARI		ADET	2	2	4,0000
150-05-03 TEMİZLEME VE DEZENFEKSİYON SOLİSYONLARI TOPLAMI:								63,00
GENEL TOPLAM :								63,00
Yukarıda gösterilen 3 kalem, toplam 15 taşınırın GİRİŞ KAYDI YAPILMIŞTIR .../.../.... Taşınır Kayıt Yetkilisinin Adı Soyadı: Unvanı: İmzası:				ÇIKIŞ KAYDI YAPILMIŞTIR .../.../.... Taşınır Kayıt Yetkilisinin Adı Soyadı: Unvanı: İmzası:				
TESLİM EDİLMİŞTİR .../.../.... TESLİM EDEN Adı Soyadı: Unvanı: İmzası:				TESLİM ALINMIŞTIR .../.../.... TESLİM ALAN Adı Soyadı: Unvanı: İmzası:				

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği: Madde 11 - Kamu idarelerince yapılabilecek düzenlemeler ile defter ve belgelerin elektronik ortamda tutulması:

- (1) Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır.
- (2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler.
- (3) Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği:

Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

Soru: Ayniyat depolarında yapılan hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri yönetmeliklere uygun yapıyor mu?

SIRA :83
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.3.1 Yapılacak her hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.

3.AD.3.2 İşlem ve taşınır türüne göre tutanak, teknik rapor ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.

3.AD.3.3 Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

3.AD.3.4 Hurdaların teslimi için tür ve niteliğine göre; Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK), Milli Emlak Müdürlüğü, Valilik, Kaymakamlık veya Darphane gibi kuruluşlara resmi yazı yazılmış olmalıdır.

3.AD.3.5 Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

3.AD.3.6 Teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş hurda teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.

3.AD.3.7 Ekonomik değeri olmayan, teknik, sağlık, güvenlik gibi nedenlerle imha edilen taşınırlara ait, komisyon tarafından düzenlenmiş imha tutanağı bulunmalıdır.

3.AD.3.8 Hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi, muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

3.AD.3.9 Hurda teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemiş ve ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemiş olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Onaya istinaden, taşınırlar “Hurdaya Ayırma” işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkartılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK) veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKEK ve Milli Emlak Müdürlüğü tarafından altı ay içinde teslim alınmayan hurdaların satışı, 2886 Devlet İhale Kanunu'na göre yapılabilir. Hurdaları teslim alan kurum ya da firma yetkilisine, taşınır işlem fişinin teslim alan kısmı imzalatılır. Hurdaları teslim alan tarafından düzenlenmiş hurda teslim tutanağı ve hurda miktarını belirtir kantar tartı fişi alınarak dosyasında saklanmalıdır. Ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisi onayıyla oluşturulacak komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşının ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra kayıttan düşme teklif ve onay tutanağına istinaden “Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma” ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkartılır.

Yapılan hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi, muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır. Taşıtların hurda onayı, 237 Sayılı Taşıt Kanunu’na göre bakanlık onayına tabidir. Türk Bayrağı ve resmi mühür gibi özellikli taşınırların hurda işlemleri ilgili kanun ve yönetmeliklere göre yapılır.

Hurdaların teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemeli, ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık-malmüdürlüğü) gönderilmemelidir. Yıl içinde ayniyat depolarındaki hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemlerinin kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılmalıdır.

Ayniyat depolarında yıl içinde hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yapılmamış ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

DURUM TESPİT RAPORU

Kullanımdan çıkan taşınır kullanılamaz hale geldiğinde ve noksan ya da mükerrer olarak kayıtlardan silinmesi ve düşmesi gerektiğinde gerekli işlemleri, defterdarlık veya saymanlık birimlerinde yapılacak işlemlerle ilgili olarak Taşınır İşlem Fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır. Taşıtların hurda onayı, 237 Sayılı Taşıt Kanunu’na göre bakanlık onayına tabidir. Türk Bayrağı ve resmi mühür gibi özellikli taşınırların hurda işlemleri ilgili kanun ve yönetmeliklere göre yapılır.

ÖZEL	SEKTÖREL	GENEL	TOPLAM
2	235.15.0.00	00	
3	235.15.0.00	00	
4	235.15.0.00	00	

TUTANAK SIRA NO: 1

TUTANAK SIRA NO: 2

TUTANAK SIRA NO: 3

TUTANAK SIRA NO: 4

TUTANAK SIRA NO: 5

TUTANAK SIRA NO: 6

TUTANAK SIRA NO: 7

TUTANAK SIRA NO: 8

TUTANAK SIRA NO: 9

TUTANAK SIRA NO: 10

TUTANAK SIRA NO: 11

TUTANAK SIRA NO: 12

TUTANAK SIRA NO: 13

TUTANAK SIRA NO: 14

TUTANAK SIRA NO: 15

TUTANAK SIRA NO: 16

TUTANAK SIRA NO: 17

TUTANAK SIRA NO: 18

TUTANAK SIRA NO: 19

TUTANAK SIRA NO: 20

TUTANAK SIRA NO: 21

TUTANAK SIRA NO: 22

TUTANAK SIRA NO: 23

TUTANAK SIRA NO: 24

TUTANAK SIRA NO: 25

TUTANAK SIRA NO: 26

TUTANAK SIRA NO: 27

TUTANAK SIRA NO: 28

TUTANAK SIRA NO: 29

TUTANAK SIRA NO: 30

TUTANAK SIRA NO: 31

TUTANAK SIRA NO: 32

TUTANAK SIRA NO: 33

TUTANAK SIRA NO: 34

TUTANAK SIRA NO: 35

TUTANAK SIRA NO: 36

TUTANAK SIRA NO: 37

TUTANAK SIRA NO: 38

TUTANAK SIRA NO: 39

TUTANAK SIRA NO: 40

TUTANAK SIRA NO: 41

TUTANAK SIRA NO: 42

TUTANAK SIRA NO: 43

TUTANAK SIRA NO: 44

TUTANAK SIRA NO: 45

TUTANAK SIRA NO: 46

TUTANAK SIRA NO: 47

TUTANAK SIRA NO: 48

TUTANAK SIRA NO: 49

TUTANAK SIRA NO: 50

TUTANAK SIRA NO: 51

TUTANAK SIRA NO: 52

TUTANAK SIRA NO: 53

TUTANAK SIRA NO: 54

TUTANAK SIRA NO: 55

TUTANAK SIRA NO: 56

TUTANAK SIRA NO: 57

TUTANAK SIRA NO: 58

TUTANAK SIRA NO: 59

TUTANAK SIRA NO: 60

TUTANAK SIRA NO: 61

TUTANAK SIRA NO: 62

TUTANAK SIRA NO: 63

TUTANAK SIRA NO: 64

TUTANAK SIRA NO: 65

TUTANAK SIRA NO: 66

TUTANAK SIRA NO: 67

TUTANAK SIRA NO: 68

TUTANAK SIRA NO: 69

TUTANAK SIRA NO: 70

TUTANAK SIRA NO: 71

TUTANAK SIRA NO: 72

TUTANAK SIRA NO: 73

TUTANAK SIRA NO: 74

TUTANAK SIRA NO: 75

TUTANAK SIRA NO: 76

TUTANAK SIRA NO: 77

TUTANAK SIRA NO: 78

TUTANAK SIRA NO: 79

TUTANAK SIRA NO: 80

TUTANAK SIRA NO: 81

TUTANAK SIRA NO: 82

TUTANAK SIRA NO: 83

TUTANAK SIRA NO: 84

TUTANAK SIRA NO: 85

TUTANAK SIRA NO: 86

TUTANAK SIRA NO: 87

TUTANAK SIRA NO: 88

TUTANAK SIRA NO: 89

TUTANAK SIRA NO: 90

TUTANAK SIRA NO: 91

TUTANAK SIRA NO: 92

TUTANAK SIRA NO: 93

TUTANAK SIRA NO: 94

TUTANAK SIRA NO: 95

TUTANAK SIRA NO: 96

TUTANAK SIRA NO: 97

TUTANAK SIRA NO: 98

TUTANAK SIRA NO: 99

TUTANAK SIRA NO: 100

KAYITLAN DÜŞME TEKLİF VE ONAY TUTANAĞI

TUTANAK SIRA NO: 1

TUTANAK SIRA NO: 2

TUTANAK SIRA NO: 3

TUTANAK SIRA NO: 4

TUTANAK SIRA NO: 5

TUTANAK SIRA NO: 6

TUTANAK SIRA NO: 7

TUTANAK SIRA NO: 8

TUTANAK SIRA NO: 9

TUTANAK SIRA NO: 10

TUTANAK SIRA NO: 11

TUTANAK SIRA NO: 12

TUTANAK SIRA NO: 13

TUTANAK SIRA NO: 14

TUTANAK SIRA NO: 15

TUTANAK SIRA NO: 16

TUTANAK SIRA NO: 17

TUTANAK SIRA NO: 18

TUTANAK SIRA NO: 19

TUTANAK SIRA NO: 20

TUTANAK SIRA NO: 21

TUTANAK SIRA NO: 22

TUTANAK SIRA NO: 23

TUTANAK SIRA NO: 24

TUTANAK SIRA NO: 25

TUTANAK SIRA NO: 26

TUTANAK SIRA NO: 27

TUTANAK SIRA NO: 28

TUTANAK SIRA NO: 29

TUTANAK SIRA NO: 30

TUTANAK SIRA NO: 31

TUTANAK SIRA NO: 32

TUTANAK SIRA NO: 33

TUTANAK SIRA NO: 34

TUTANAK SIRA NO: 35

TUTANAK SIRA NO: 36

TUTANAK SIRA NO: 37

TUTANAK SIRA NO: 38

TUTANAK SIRA NO: 39

TUTANAK SIRA NO: 40

TUTANAK SIRA NO: 41

TUTANAK SIRA NO: 42

TUTANAK SIRA NO: 43

TUTANAK SIRA NO: 44

TUTANAK SIRA NO: 45

TUTANAK SIRA NO: 46

TUTANAK SIRA NO: 47

TUTANAK SIRA NO: 48

TUTANAK SIRA NO: 49

TUTANAK SIRA NO: 50

TUTANAK SIRA NO: 51

TUTANAK SIRA NO: 52

TUTANAK SIRA NO: 53

TUTANAK SIRA NO: 54

TUTANAK SIRA NO: 55

TUTANAK SIRA NO: 56

TUTANAK SIRA NO: 57

TUTANAK SIRA NO: 58

TUTANAK SIRA NO: 59

TUTANAK SIRA NO: 60

TUTANAK SIRA NO: 61

TUTANAK SIRA NO: 62

TUTANAK SIRA NO: 63

TUTANAK SIRA NO: 64

TUTANAK SIRA NO: 65

TUTANAK SIRA NO: 66

TUTANAK SIRA NO: 67

TUTANAK SIRA NO: 68

TUTANAK SIRA NO: 69

TUTANAK SIRA NO: 70

TUTANAK SIRA NO: 71

TUTANAK SIRA NO: 72

TUTANAK SIRA NO: 73

TUTANAK SIRA NO: 74

TUTANAK SIRA NO: 75

TUTANAK SIRA NO: 76

TUTANAK SIRA NO: 77

TUTANAK SIRA NO: 78

TUTANAK SIRA NO: 79

TUTANAK SIRA NO: 80

TUTANAK SIRA NO: 81

TUTANAK SIRA NO: 82

TUTANAK SIRA NO: 83

TUTANAK SIRA NO: 84

TUTANAK SIRA NO: 85

TUTANAK SIRA NO: 86

TUTANAK SIRA NO: 87

TUTANAK SIRA NO: 88

TUTANAK SIRA NO: 89

TUTANAK SIRA NO: 90

TUTANAK SIRA NO: 91

TUTANAK SIRA NO: 92

TUTANAK SIRA NO: 93

TUTANAK SIRA NO: 94

TUTANAK SIRA NO: 95

TUTANAK SIRA NO: 96

TUTANAK SIRA NO: 97

TUTANAK SIRA NO: 98

TUTANAK SIRA NO: 99

TUTANAK SIRA NO: 100

KAYNAK:**Taşınır Mal Yönetmeliği: Madde 27 - Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış:**

(1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınır, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınır ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınır ile canlı taşının ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(2) Eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların Türk Bayrağı Tüzüğü'nün 38 inci maddesi uyarınca çıkarılan Eskimiş, Solmuş, Yırtılmış ve Kullanılamayacak Duruma Gelmiş Bayrakların Yok Edilmesi Usul ve Esaslarını Gösterir Yönetmelik hükümleri gereğince ilgili yerlere teslim edilmesinde de birinci fıkra hükmü uygulanır.

(3) Birinci ve ikinci fıkralarda belirtilen hallerde kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtilir ve 5 inci madde hükmüne göre işlem yapılır.

(4) Garanti veya sigorta taahhünamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınır Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Madde 28 - Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış:

(1) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyerek hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınır, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınır hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(4) Hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınır harcama yetkilisinin onayı ile kayıtlardan çıkarılır.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınır, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınır Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

(7) İlgili mevzuatı gereğince, kasko sigortası yaptırılmış taşıt ve iş makineleri ile ekipmanın risk sonrası hurdaya ayrılarak kayıtlardan çıkarılması durumunda hurdası, kasko sigortası genel

şartlarına dayanılarak sigorta şirketine verilebilir. Bu durumda rizikonun gerçekleşmesi anındaki gerçeğe uygun değeri sigorta şirketinden tahsil edilir.

Soru: Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırın muayene ve kabul komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?

SIRA :84
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.4.1 Ayniyat depolarına (tüketim-demirbaş) girişi yapılacak taşınırın muayene ve kabul komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi üye olarak bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Mal alımlarında bir başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Muayene ve kabul komisyonu, öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden oluşturulmalıdır. Ayniyat tüketim ve demirbaş depolarına girişi yapılacak taşınırın muayene kabul işlemlerinde, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi komisyon üyesi olarak bulunmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İl Sağlık Müdürlüğü Devlet Hastanesi			
MAL MUAYENE KOMİSYON RAPORU			
İŞİN ADI		: Kırtasiye Alımı	
BİTÇE TERTİBİ		: 22/D (Doğrudan Temin)	
YÜKLENİCİNİN ADI / ÜNVANI		: Kitap ve Kırtasiye Ltd. Şti.	
FATURA TARİH / NO		: 05.03.2018 – 156789	
S.NO:	MALZEME ADI	TESLİM EDİLECEK MİKTAR	ALINAN MİKTAR
1	YAZICI KARTUŞU	40 ADET	40 ADET
2	PILOT KALEM	50 ADET	50 ADET
3	ZİMBA MAKİNASI	50 ADET	50 ADET
4	ZİMBA TELİ	50 KUTU	50 KUTU
..... Devlet Hastanesi ile Kitap ve Kırtasiye Ltd. Şti. arasında 15.01.2018 tarihli ve 2645/455463 no'lu 4 kalem kırtasiye malzemesi alımı için yapılan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu Doğrudan Temin İhale Usulüne istinaden;			
Başkan : Üye : Üye : Teşekkül eden;			
Mal Muayene ve Kabul Komisyonumuz yüklenici Kitap ve Kırtasiye Ltd. Şti. hazır olduğu 07.03.2018 günü hastanemiz ayniyat deposunda toplanmış, alınan malzemelerin incelemeyi kolaylaştıracak mahiyette düzenli düzenli bir şekilde sunulduğu, teslim edilen malzemelerin şartname ve sözleşmesinde belirtilen evsafa uygun olduğu, kabule engel olabilecek eksik, kusur ve noksanın bulunmadığı görüldüğünden, komisyonumuza teslim edilen malzeme NİTELİKLERİNE UYGUNDUR.			
Komisyon Başkanı Müdür/Müdür Yrd.		Üye Uzman	07.03.2018 Yüklenici Firma İmza/Kaşe
		Üye Taşınır Kayıt Yetkilisi	
..... Uygundur			

KAYNAK:**19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik Madde 6 -**

Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya işin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir. Ara denetimi gerçekleştiren personel muayene kabul komisyonlarında görevlendirilebilir. Ancak, muayene ve kabul komisyonlarında görevlendirilen personelin tamamı ara denetimi gerçekleştiren personelden oluşturulamaz. Özellikleri dolayısıyla kısa sürede nitelikleri değişebilen veya günlük teslim konuları olan malların muayene ve kabul işlemlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için idareler, muayene ve kabul komisyonunu öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden kurarlar.

Soru: MKYS/Depo Tanımlama İşlemleri ekranında tanımlı taşınır kayıt yetkililerinin göreve başlama ve ayrılış tarihleri girilmiş mi?

SIRA :85
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.5.1 Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerinin, depo tanımlama işlemleri ekranındaki göreve başlama ve görevden ayrılış tarihleri il konsolide yetkilisi tarafından girilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisleri tarafından, taşınır kayıt yetkililerinin göreve başlayış yada ayrılış durumları İl Sağlık Müdürlüklerine mutlaka bildirilmelidir. Malzeme Kaynakları Yönetim

Sisteminde depo adı açma, göreve yeni başlayan taşınır kayıt yetkililerinin kullanıcı ve depo rol tanımlama, görevden ayrılan taşınır kayıt yetkililerinin kullanıcı ve depo rol iptal işlemleri Sağlık Müdürlüklerinde görevli il konsolide yetkilisi tarafından yürütülmektedir.

Bu işlemler yerine getirilirken, talepler doğrultusunda sağlık tesisinin tüm depolarında tanımlı taşınır kayıt yetkililerinin yeni göreve başlama ve görevden ayrılış tarihleri MKYS/Depo Tanımlama İşlemleri ekranına il konsolide yetkilisi tarafından güncel olarak girilmiş olmalıdır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yeni göreve başlayan taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA :86
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.6.1 Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) ilgili yıl içinde yeni görevlendirilen taşınır kayıt yetkililerine, göreve başlayış tarihinden itibaren 1 ay içinde il konsolide yetkilisi veya yardımcısı tarafından ilgili eğitimler verilmiş olmalıdır.

3.AD.6.2 Düzenlenecek eğitime dair; eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler vb. bilgilerin yer aldığı resmi yazı, il konsolide yetkilisi veya yardımcısı tarafından yeni görevlendirilen taşınır kayıt yetkililerinin bulunduğu sağlık tesislerine yazılmış olmalıdır.

3.AD.6.3 Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında yeni görevlendirilen taşınır kayıt yetkililerine; göreve başlayış tarihinden itibaren 1 ay içinde depo yönetimi, MKYS kullanıcı, TDMS, KBS/MYS, Karar Destek Sistemi (iş zekası) ve Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun yapacağı iş ve işlemler hakkındaki eğitimler, Sağlık Müdürlüklerinde görevli il konsolide yetkilisi veya yardımcısı tarafından düzenli olarak verilmelidir.

Yapılacak eğitime dair sağlık tesislerine yazılmış, eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler hakkında bilgilerin yer aldığı resmi görevlendirme yazısı bulunmalı, verilen eğitimlere ait sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar tutulmalıdır.

Soru: Ayniyat depolarının yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA :87
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. AD.7.1.Ayniyat depolarının yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Başkanlığı) iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, sağlık tesisindeki idari amiri ve taşınır kontrol yetkilisi, İl Sağlık Müdürlüğü'ndeki konsolide yetkilisi, klinik mühendislik ve stok yönetimi sorumlusu, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Taşınır Yönetim, Stok Yönetim, Klinik Mühendislik Yönetim, Mkys Yazılım Destek Birimi ile Strateji Geliştirme Başkanlığı Taşınır Yönetim Birimine ilişkin iletişim kanalları bilinmelidir. Gerekli durumlarda konu ve soruna göre iletişime geçeceği birimlere ait bilgilerin (telefon-mail vb.) yer aldığı bir organizasyon yapısı dokümanite edilmiş olmalıdır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve yardım işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?

SIRA :88
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.8.1. Sağlık tesisine yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.

3.AD.8.2 .Dilekçeye istinaden, bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.

3.AD.8.3. Bağışın tutar ve miktarını belirten belge yok ise, sıfır tutarlı giriş yapılmayıp değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

3.AD.8.4. Bağış ve yardım işlemi genel bütçe girişli ise taşınır işlem fişi üst yazı ekinde, döner sermaye girişli ise muhasebe işlem fişi ekinde ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

3.AD.8.5. Taşınır işlem fişlerinin 1 nüshası üst yazı ile bağış ve yardımı yapana gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Bağış yapacak kişinin hastane yöneticiliğine yazdığı, yapacağı bağışın nitelik ve miktarını belirten şahsi dilekçesi ilgi tutularak, MKYS giriş kaydı için başhekimden onay alınmalıdır. Onay yazısına alınan tarih/sayı giriş işleminin dayanağı kabul edilir.

Yapılan bağışın fiyatını belirten belge (fatura vb.) yok ise, sıfır (0) tutarlı giriş yapılmayıp en az 3 veya daha fazla tek sayıda kişiden oluşan değer tespit komisyonu tarafından taşınırların tutarı belirlenmiş olmalıdır. Bağış yapılacak taşınırlar teslim alındığında, “Bağış ve Yardım” işlemi ile kayıtlara alınır ve 3 nüsha taşınır işlem fişi düzenlenir.

Taşınır işlem fişlerinin bir nüshası genel bütçe girişli ise üst yazı ekinde, döner sermaye girişli ise muhasebe işlem fişi ekinde ilgili muhasebe birimine, diğer nüshasında teşekkür amaçlı üst yazı ekinde bağış ve yardımı yapana gönderilir.

Yıl içinde sağlık tesisinin tüm depolarına (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan bağış ve yardım işlemlerinin kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılmalıdır. Yapılmış bağış ve yardım işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

Mkbz No	Mkbz Trh	Bütçe	Tedarik Türü	Fatura No	F. Tarihi	Miktar	Tutarı	Kd/Kd Tutar	Tdrn. Fg. No	Tdrn. Fg. Tutar	Çıkış Fiş Bilg.	Belge No	Bel
501	31/01/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		015826	29/01/2019	405	84,83	84,83		,00			
2651	19/03/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		045611	15/03/2019	12	34.400,00	34.400,00		,00			
811	13/03/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		23660	05/03/2019	565	111,87	111,87		,00			
1276	24/04/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		31661	15/04/2019	295	95,50	95,50		,00			
MEDİKAL DEPO İLAÇ						Kayıt Sayısı	4	1.277	34.692,60	34.692,60	,00		
10.03.2014													

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 13 - Kayıt zamanı, kayıt değeri ve değer tespit komisyonu:

(2) c) Bağış ve yardım yoluyla edinilen taşınırlarda; bağış ve yardımda bulunan tarafından ispat edici bir belge ile değeri belirtilmiş ise bu değer, belli bir değeri yoksa değer tespit komisyonunca belirlenen değer, esas alınır.

(3) Değer tespit komisyonu, harcama yetkilisinin onayı ile taşınır kayıt yetkilisinin ve işin uzmanının da katıldığı en az üç kişiden oluşturulur. Komisyon değer tespitinde ticaret odası,

sanayi odası, borsa, meslek kuruluşları, ilgili diğer kuruluşlardan veya aynı nitelikteki taşınır satın alan idarelerden ve fiyat araştırması sonuçlarından yararlanabilir.

Bağış ve yardım yoluyla edinilen taşınırların girişi: MADDE 16 –

(1) Kanunun 40 ıncı maddesi ile diğer mevzuat çerçevesinde bağış ve yardım olarak edinilen taşınırlar teslim alındığında, taşınır kayıt yetkilisi tarafından Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlara alınır. Fişin birinci nüshası bağış ve yardım edene verilir veya gönderilir.

5018 Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu MADDE 40 - Bağış ve Yardımlar:

Herhangi bir gerçek veya tüzel kişi tarafından, kamu hizmetinin karşılığı olarak veya kamu hizmetleriyle ilişkilendirilerek bağış veya yardım toplanamaz, benzeri adlar altında tahsilat yapılamaz. Kamu idarelerine yapılan her türlü bağış ve yardımlar gelir kaydedilir. Nakdi olmayan bağış ve yardımlar, ilgili mevzuatına göre değerlemeye tâbi tutularak kayıtlara alınır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan tüketimlerin onaylı çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde muhasebe birimlerine gönderiliyor mu?

SIRA :89
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.9.1. Tüm depolara ait döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra, 1'er aylık dönemlerde ayın altısına kadar muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

3.AD.9.2. Tüm depolara ait genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra, 3'er aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili defterdarlık veya malmüdürlüğüne gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan tüketim çıkış işlemleri için düzenlenen tüketim çıkış bildirimlerinin belirtilen dönemlerde ilgili muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Döner sermaye tüketim malzemeleri çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra 1'er aylık dönemlerde, muhasebe işlem fişi ekinde bir sonraki ayın altısına kadar ilgili saymanlığa, genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra 3'er aylık (mart/haziran/eylül /aralık sonu) dönemlerde üst yazı ile bir sonraki ayın altısına kadar ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne gönderilmiş olmalıdır.

Döner sermaye tüketimlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe tüketimlerinin ise defterdarlık veya malmüdürlükleri tarafından KBS-MYS'ye işlenmesi zorunludur. Yıl içinde sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan tüketim çıkış işlemlerinin kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılmalıdır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI			
01/04/2019 - 30/04/2019 döneminde çıkış kaydı yapılan tüketim malzemeleri listesi			
TÜM DEPOLAR (Birim İçi Çıkışlar [Tüketim])			
06029002015			
Sıra No	Taşınır II. Düzey Detay Kodu	Taşınır II. Düzey Detay Adı	Toplam Tutar
1	150-01-01	YAZI ARAÇLARI	100,30
2	150-01-03	KAĞIT URUNLER	1.739,32
3	150-01-04	YAZICI, FAKSİMİLE CİHAZI, FOTOKOPI VE BASKI MAKİNESİ MALZEMELERİ	834,44
4	150-01-07	KUÇUK KIRTASIYE GEREÇ VE MALZEMELERİ	166,43
5	150-02-04	ÇEÇEK SERVİS TAKIMLARI	174,64
6	150-03-01	İLAÇLAR VE FARMAKOLOJİK URUNLER	184.527,43
7	150-03-02	BIYOKİMYASALLAR VE GAZ MADDELERİ İÇEREN KİMYASALLAR	1.636,38
8	150-03-03	MEDİKAL MALZEMELER	674.810,29
9	150-03-04	LABORATUVAR MALZEMELERİ	81.472,07
10	150-05-01	TEMİZLİK MALZEMELERİ	7.646,40
11	150-05-02	TEMİZLİK ARAÇ VE GEREÇLERİ	41.680,43
12	150-05-03	TEMİZLEME VE DEZENFEKSİYON SOLİSYONLARI	88,50
13	150-06-01	GIYECEKLER	156,60
14	150-06-02	MEFRUŞAT URUNLERİ	15.066,00
15	150-12-06	METAL URUNLER	1.888,00
16	150-13-02	CİHAZLAR VE ALETLER GRUBU YEDEK PARÇALARI	27.494,00
Genel Toplam			1.039.481,23

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 30 - Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi:

(1) 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 malî 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.

(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

Soru: Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırın, kullanıma verme (zimmet) işlemleri güncel olarak yapılıyor mu?

SIRA :90
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.10.1 Dayanıklı taşınırın kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.

3.AD.10.2 Kullanıma verilen dayanıklı taşınırın için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.

3.AD.10.3 Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırın kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ayniyat dayanıklı taşınırın, taşınır istek belgesi ile talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırın, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) düzenlenerek ve karşılıklı imza ile kullanıma verilir. Taşınır teslim belgesinde malzemenin cinsi, miktarı, taşınır kodu belirtilmelidir. Fişin bir nüshası ayniyat dosyasında saklanır, diğer nüshası ise zimmet sahibine verilir. Oda, salon, servis gibi ortak alanlara verilen taşınırın, istek yapan birim yetkilisinin veya ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınarak teslim edilir.

Kişi veya ortak kullanıma verilen ayniyat dayanıklı taşınırın MKYS'deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu olmalıdır. Kullanıma verme işlemleri %90 seviyesinin üzerinde güncel olarak yapılmalı, kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları ve kullanıcıları haricinde müdür, müdür yardımcısı, taşınır kayıt yetkilisi vb. kişilere zimmetlenmemelidir.

ZİMMET FİŞİ

1/

FİŞ SIRA NO	12311506			TARİH	23/05/2019
İL VE İLÇENİN	ADI	MERKEZ TEŞKİLAT, YOK		KODU	99
HARCAMA BİRİMİNİN	ADI	SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDINATORLUĞU		KODU	15.75.0.62.101
KİME VERİLDİĞİ	33760233524				
NEREYE VERİLDİĞİ	SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDINATORLUĞU				

SIRA	SİCİL NO	KÜNYE NO	ADI	BÜTÇE	ÖZELLİKLERİ	TUTAR
1	253-02-01-01-01-19-2	1015313822	ÇAPA MAKİNELERİ	DS	-	2.758,32
2	253-03-06-241005122-19-1	1015298519	AFEREZ CİHAZLARI, KAN AYRIŞTIRMA	DS	3158-84564-13221	1,00
3	255-03-01-02-04-14-4	1014318478	PANEL MASALAR	DS	MASA-PANEL-255-03-01-02-03-11-14-462	20,00
Toplam						2.779,32

Yukarıda sıra ve sicil numarası, cinsi, kodu, özellikleri ve nereye ya da kime verildiği yazılan demirbaş, tesis, makine ve cihaz teslim edilmiştir. Kullanıcı kendi kusuru sonucunda doğacak zararları tazmin etmeyi kabul eder.

Tarih: 23/05/2019

Taşınır Kayıt Yetkilisinin		Teslim Alanın	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı	Taşınır Kayıt Yetkilisi	Unvanı	VERİ HAZIRLAMA VE KONTROL İŞLETMENİ
İmzası		İmzası	

Yukarıda sicil numarası belirtilen taşınır eksiksiz olarak teslim alınarak zimmetten döğülmüştür.

Taşınır Kayıt Yetkilisi

KAYNAK:**Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 23 - Dayanıklı taşınırların kullanıma verilmesi:**

(1) Tesis, taşıt ve iş makineleri haricindeki dayanıklı taşınırlar Taşınır İstek Belgesi düzenlenmek suretiyle talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar 6/A örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenerek kullanıma verilir.

(2) Kara taşıt ve iş makinelerinin yetkili makamın onayına istinaden yönetiminden sorumlu görevliye veya kullanıcıya verilmesinde ise 6 örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenir.

(3) Kara taşıtlarının dışındaki taşıtların sorumluya veya kullanıcılarına devir ve teslimine ilişkin usul ve düzenlenecek belgeler kamu idarelerince ayrıca belirlenir.

(4) Taşınır Teslim Belgesine dayanılarak Dayanıklı Taşınırlar Defterine gerekli kayıtlar yapılır. Fişin birinci nüshası dosyasında saklanır. İkinci nüshası Taşınır Teslim Belgesiyle taşınır teslim edilen görevlilere verilir.

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

Madde 5 – Sorumluluk:

(3) Kamu idarelerine ait taşınırların muhafazası ile görevli olan veya kendilerine kullanılmak üzere taşınır teslim edilen kamu görevlileri bu taşınırları en iyi şekilde muhafaza etmek, gerekli bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırmak, veriliş amacına uygun bir şekilde kullanmak ve görevin sona ermesi veya görevden ayrılma halinde iade etmek zorundadırlar.

(4) Kamu görevlilerinin kullanımına verilen dayanıklı taşınırlar, kullanıcıları tarafından başkasına devredilemez. Kullanıcılarının görevden ayrılması halinde söz konusu taşınırların ambara iade edilmesi zorunludur. Bu şekilde teslim yapılmadan personelin kurumla ilişkisi kesilmez.

(5) Taşınırların muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

(6) Kullanılmak üzere kendilerine taşınır teslim edilen kamu görevlilerinin kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik ya da dikkatsizlikleri nedeniyle oluşan kamu zararı, değer tespit komisyonu tarafından tespit edilecek gerçeğe uygun değer üzerinden, ilgili mevzuat hükümleri uygulanmak suretiyle tahsil edilir. Ortak kullanım alanına tahsis edilen dayanıklı taşınırlarda meydana gelen kamu zararı ise zararın oluşmasında kasıt, kusur veya ihmali olanlardan tahsil edilir.

Soru: Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) MKYS/TDMS ve MKYS/KBSMYS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?

SIRA :91
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.11.1 Saymanlıklara bildiri mi yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

3.AD.11.2 Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildiri mi yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS-MYS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, belirtilen sürelerde muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Döner sermaye işlemlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe işlemlerinin ise; defterdarlık ya da malmüdürlükleri tarafından KBS-MYS'ye ilgili dönemlerde işlenmesi zorunludur. Muhasebe birimleri tarafından bildirimlerin ilgili hesaplara doğru şekilde işlenip işlenmediğinin kontrolü için, MKYS/TDMS hesap karşılaştırmaları her ay, MKYS/KBS-MYS hesap karşılaştırmaları ise üçer aylık dönemlerde taşınır kayıt yetkilileri tarafından yapılmalıdır. İlgili dönemlere II. düzey detay kodu itibarıyla kaydedilmeyen işlemler için, bağlı bulunan muhasebe birimi ile irtibata geçilip, gerekli kayıtların yapılması sağlanmalıdır.

Gözlem öncesi bakanlığın belirleyeceği tarih aralığı (en az 1 ay öncesi) dikkate alınarak ve 150-03 kodu (hastabaşı tüketim olduğu için) tolere edilerek diğer kodlardaki MKYS/TDMS/KBS-MYS hesap uyumlulukları karşılaştırılır.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 30 - Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi:

(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı'nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer

idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

Soru: Yılsonu taşınır mal yönetim hesabı için, gerekli cetvel ve belgeler onaylı olarak düzenlenmiş mi?

SIRA :92
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.12.1 Döner sermaye ve genel bütçe taşınır mal yönetim hesabı için;yılsonu sayımına ilişkin sayım tutanağı, taşınır sayım ve döküm cetveli, harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetveli ve yıl sonu itibarıyla en son düzenlenen taşınır işlemfişinin sıra numarasını gösterir tutanak onaylı olarak hazırlanmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taşınır mal yönetim hesabı;

- a) Yılsonu sayımına ilişkin sayım tutanağı
- b) Taşınır sayım ve döküm cetveli
- c) Harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetveli
- ç) Yılsonu en son düzenlenen taşınır işlem fişinin sıra numarasını gösterir tutanaktan oluşur.

Taşınır mal yönetim hesabı, harcama birimleri itibarıyla taşınır kayıt yetkililerince, sayım kurulu tarafından onaylanan taşınır sayım ve döküm cetveline dayanılarak harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetveli düzenlenir. Düzenlenen ve taşınır kontrol yetkilisi tarafından da imzalanan cetveller muhasebe kayıtlarına uygunluğu yönünden kontrol edilerek onaylanmak üzere muhasebe yetkilisine gönderilir. Muhasebe yetkilisince muhasebe kayıtlarına uygunluğu onaylanan cetvellerin ekine taşınır sayım ve döküm cetveli ile varsa sayımda noksan ve/veya fazla bulunanların çıkış ve/veya girişine ilişkin taşınır işlem fişleri eklenir ve bir dosya halinde harcama yetkilisine sunulur. Taşınır mal yönetim hesabı; harcama yetkilisince, taşınır kayıt ve işlemlerinin usulüne uygun yapıldığı anlaşıldıktan, harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetvelinin taşınır sayım ve döküm cetveline uygunluğu görüldükten sonra onaylanır.

Taşınır mal yönetim hesabının bir nüshası, il taşınır mal yönetim hesabının oluşturulabilmesi için Sağlık Müdürlüklerinde görevli il konsolide yetkilisine teslim edilir.

KAYNAK:

Taşınır mal Yönetmeliği Madde 34 - Taşınır mal yönetim hesabı:

(1) Taşınır mal yönetim hesabı, Kanunun kaynakların kullanılması ve yönetilmesi konusunda harcama birimi ve harcama yetkililerine yüklediği sorumluluğun gereği olarak taşınır kayıt ve

işlemlerinin usulüne uygun yapılp yapılmadığının harcama yetkilisi tarafından kontrol ve denetimine esas olmak üzere taşınır kayıt yetkilisi tarafından harcama birimleri itibarıyla hazırlanır ve taşınır kontrol yetkilisince kayıt ve belgeler ile mali tablolara uygunluğu kontrol edilerek imzalanır. Taşınır mal yönetim hesabında; önceki yıldan devredilen, yılı içinde giren, çıkan ve ertesi yıla devredilen taşınırlar ile yılsonu sayımında bulunan fazla ve noksanlar gösterilir.

(2) Taşınır mal yönetim hesabı aşağıdaki cetvellerden oluşur: a) Yılsonu sayımına ilişkin Sayım Tutanağı. b) Taşınır Sayım ve Döküm Cetveli. c) Harcama Birimi Taşınır Mal Yönetim Hesabı Cetveli; müze ve kütüphane olarak faaliyet gösteren harcama birimlerinde Müze/Kütüphane Yönetim Hesabı Cetveli. ç) Yılsonu itibarıyla en son düzenlenen Taşınır İşlem Fişinin sıra numarasını gösterir tutanak.

(3) Taşınır mal yönetim hesabı, taşınır kayıt yetkililerince aşağıdaki şekilde hazırlanır: a) Sayım Kurulu tarafından onaylanan Taşınır Sayım ve Döküm Cetveline dayanılarak ilgisine göre Harcama Birimi Taşınır Mal Yönetim Hesabı Cetveli, Müze Yönetim Hesabı Cetveli veya Kütüphane Yönetim Hesabı Cetveli düzenlenir. Bünyesinde tarihi veya sanat değeri olan taşınırlar ile kütüphane materyalleri bulunan kamu idareleri, gerekli görülmesi halinde söz konusu cetvellerden ilgili olanını ayrıca düzenleyebilirler.

b) (a) bendine göre düzenlenen ve taşınır kontrol yetkilisi tarafından da imzalanan cetveller muhasebe kayıtlarına uygunluğu yönünden kontrol edilerek onaylanmak üzere muhasebe yetkilisine gönderilir. Taşınır işlemleri ile muhasebe işlemleri elektronik ortamda ilişkilendirilerek yürütülen sistemlerde onaylama işlemi, sistem üzerinden elektronik ortamda da yapılabilir.

c) Muhasebe yetkilisince muhasebe kayıtlarına uygunluğu onaylanan cetvellerin ekine Taşınır Sayım ve Döküm Cetveli ile varsa sayımda noksan ve/veya fazla bulunanların çıkış ve/veya girişine ilişkin Taşınır İşlem Fişleri eklenir ve bir dosya halinde harcama yetkilisine sunulur.

ç) Taşınır mal yönetim hesabı; harcama yetkilisince, taşınır kayıt ve işlemlerinin usulüne uygun yapıldığı anlaşıldıktan, Harcama Birimi Taşınır Mal Yönetim Hesabı Cetvelinin Taşınır Sayım ve Döküm Cetveline uygunluğu görüldükten sonra onaylanır. Yetkili mercilerce istenildiğinde ibraz edilmek veya gönderilmek üzere harcama biriminde, yurt dışı teşkilatının taşınır mal yönetim hesabı ise merkez teşkilatında muhafaza edilir.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında, ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

SIRA :93
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.13.1 Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.

AÇIKLAMA:

MKYS’de yapılan malzeme sınıflandırma ya da kod değişikliği çalışmalarından dolayı; ayniyat depo hesap kodlarından çıkartılan taşınırların ilgili ambarlara devredilmesi ya da diğer ambarlardan devri yapılan taşınırların ayniyat depolara girişinin yapılması gerekmektedir. Ambarlar arası devredilecek taşınırlar belirlendikten sonra “Devir-Ambarlar Arası Devir” çıkış

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

SIRA :94
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.14.1 Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.

3.AD.14.2 Taşınırların 2. düzey hesap kodunda, fiyat veya miktarında yapılan düzeltme işlemlerine ait taşınır işlem fişleri; genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi depolarında pasif kodlarda kayıtlı taşınırlar ile daha önceden girişi yapılmış taşınırın kodu, birim fiyatı veya miktarı sehven hatalı olarak kaydedilmiş ise; hatanın fark edildiği tarihte, hataya ilişkin hususların nedenleri belirtilerek harcama yetkilisinden alınan onaya istinaden, taşınırlar “Düzeltilme” çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, doğru taşınır kodu, miktar ve tutar ile “Düzeltilme” giriş işlemi yapılarak yeniden kayıtlara alınır.

Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltme işlemlerine (2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapıldı ise) ait taşınır işlem fişleri genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise, amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi (MİF) ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilir. 2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapılmadı ise, taşınır işlem fişlerinin muhasebe birimine gönderilmesine gerek yoktur.

MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiyeye Düşenleri Getir ekranından yada MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından düzeltme işlem farkı kontrolü yapılır.

Yıl içinde yapılmış düzeltme işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

Malzeme İşlemleri - SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ - 5855

Malzeme İşlemleri Defter ve Belgeler Yapılmış Malzeme Çıkışları Giriş/Çıkış Rakamları ÇKYS

Kapsam ayarları

Birim: SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ Birim Seç

Bütçe Türü: DÖNER SERMAYE Depo: TUM DEPOLAR Depo Seç

Tarih Aralığı: 01/01/2019 23/05/2019

Taşınır Kodu:

Yeniden hesapla

	Tutar	Miktar
Devir	549,72	3,00
Girşiler	6.374,32	70,08
Çıkışlar	96,08	14,08
Kalan	6.827,96	59,00

Farkları Getir

Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Ekskiye Düşenler Getir

	Tutar	Miktar
Ambarlar Arası Devir Giren	20,00	1,00
Ambarlar Arası Devir Çıkan	20,00	1,00
Düzeltme Giren	20,00	1,00
Düzeltme Çıkan	,00	,00
Eksi Bakiye Durumu	,00	,00

Depo, Malzeme ve Fiyat Farkı varsa HBYS firmasını bilgilendirip mutlaka işleme işlemi yapmalısınız.

Düzeltilme butonlarını kullanmaktan çekinmeyiniz. Hesaplarınızı bozamaz.

Barkod Alanında olan Malzeme Hatalarını Düzelt

Bu tuş entegrasyonla malzeme tutarlarını, miktarlarını depoya aktararak gönderen HBYS lerin isteği ile kontrolünüz. Malzemeleri bozabileceği için HBYS sorumluları ile mutlaka irtibata geçiniz. İşlem yapacağınız depoyu mutlaka seçmelisiniz.

HBYS Fiyat Farklağı Düzelt

Entegrasyon nedeniyle fiyatların hatalı gönderildiği tespit edilmiştir. Bu nedenle HBYS ile MKYS arasında özellikle miktarlar aynı ama tutarlar farklı ise bu işlemi yapınız. Depo bazında çalışır. Her depo için ayrı ayrı çalıştırabilirsiniz.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 39 - Kayıt hatalarının düzeltilmesi:

- (1) Taşınırın kodunda, birim maliyet bedelinde veya miktarında hata yapılması durumunda, harcama yetkilisinin onayı üzerine düzenlenecek yeni Taşınır İşlem Fişiyle hatalı kaydın çıkış işlemi yapılır. Daha sonra düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle de doğru verinin girişi yapılmak suretiyle hata düzeltilir. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltmelere ilişkin Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası muhasebe birimine gönderilir.
- (2) Mahsup dönemi sonuna kadar tespit edilen kayıt hataları, ilgili olduğu yılın hesaplarına; daha sonra tespit edilen kayıt hataları ise cari yıl hesaplarına mâledilerek düzeltilir.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu ekskiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?

SIRA :95
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.15.1 Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Tüm depolardaki taşınırınların stok kontrolleri, taşınır kayıt yetkilisi tarafından düzenli olarak yapılmalıdır. Depolardaki mevcut taşınırınların, DHBS’de yapılan işlemlerin entegrasyonla MKYS’ye gönderilmesi esnasındaki hatalardan dolayı ya da MKYS’de yapılan işlem hataları sonucunda eksi (-) stoğa düşüp düşmediği takip edilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Ekskiye Düşenleri Getir ekranından,

eksi stoğa düşen malzemelerin kontrolü yapılır. Stoğu eksiye düşen malzemeler mevcut ise; MKYS/ Dönemsel İşlemler/Stoğu Eksiye Düşenler Listesi'nden malzemelerin detayları incelenir.

Malzeme İşlemleri - SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ - 5656

Malzeme İşlemleri | Defter ve Belgeler | Yansımaya Çıkartma | Giriş/Çıkış Rakamları

Kapsamı İşleme

Birim: SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ | Birim Seç

Bütçe Türü: DÖNER SERMAYE | Yenden Hesapla

Depo: TÜM DEPOLAR | Depo Seç

Tarih Aralığı: 01/01/2019 - 23/05/2019

Tagir Kodu:

	Tutar	Miktar
Devir	549,72	3,00
Girişler	6.374,32	70,08
Çıkışlar	96,08	14,08
Kalan	6.827,96	59,00

Farklar Tablosu

	Tutar	Miktar
Depo Farkı Sayısı		
Malzeme Farkı Sayısı		
Fiyat Farkı Sayısı		
Bütçe Türü Farkı Sayısı		

Ambarlar Arası Devir Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenler Getir

	Tutar	Miktar
Ambarlar Arası Devir Giren	20,00	1,00
Ambarlar Arası Devir Çıkan	20,00	1,00
Düzeltme Giren	20,00	1,00
Düzeltme Çıkan	,00	,00
Eksi Bakiye Durumu	,00	,00

Notlar:

Depo, Malzeme ve Fiyat Farkı varsa HDYS firmasını bilgilendirip muttaka işlemi yapmalısınız.

Düzeltme butonlarını kullanmaktan çekinmeyiniz. Hesaplamayı kontrol ediniz.

Barbar Alineide olan Malzeme İstatistik Düzelt

Bu işlemler HDYS firmasının kontrolünde yapılır. HDYS firmasının gönderdiği malzeme stokları HDYS firmasının kontrolünde olacaktır. Malzemelerin pozisyonları için HDYS firmasının ile muttaka irtibata geçiniz. İşlemleri yapacağınız depoya muttaka seğmelisiniz.

HDYS Fiyat Farkı Düzelt

HDYS firmasının malzeme fiyatlarını hatalı gönderdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle HDYS ile MKYS arasında yapılacak miktarlar ayrı ayrı tutarlar farkı ile bu işlemi yapınız. Depo bazında gelgit, her depo için ayrı ayrı gerçekleştirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?

SIRA :96
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.16.1 Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansımaları için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

DHBS'de yapılan ve entegrasyonla MKYS'ye gönderilen ya da doğrudan MKYS'de yapılan her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulması gerekmektedir. Depo kayıtları oluşturulmayan giriş işlemlerindeki malzemeler depo stoklarına yansımamaktadır.

Her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulup oluşturulmadığının kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılmalıdır.

Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme Ekranı

Parametre Bilgileri
Bağlı Birim SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ
Birim SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ
Yıl 2019 Bütçe Türü DÖNER SERMAYE
Makbuz Tarihi 01/01/2019 23/05/2019 Taşınır Kodu Fatura No
Makbuz No
Tedarik Türü
Alım Yöntemi
Çıkış Türü
Depo DEPO SEÇİNİZ
Yılsonu Devrini de Getir
Depo Kayıtları Olupmamış Giriş Fişlerini Getir
TDM5 Boş Olanları Getir
TDM5 Eşleştirme Yöntemi Ayniyat Makbuz No, Tarih ve Fatura Tarihi
Düzeltilme/AAD fark durumu

Giriş Fiş Bilgileri	Makbuz No	Makbuz Trh	Bütçe	Tedarik Türü	Fatura No	F. Tarihi	Miktar	Tutarı	Kdv'siz Tutar	Tama Fiş No	Tama Fiş Tutarı	
12	29/03/2019	DÖNER SERMAYE SATINALMA	23423	01/01/2019	1	2.660,32	2.454,00	,00				
1	01/04/2019	DÖNER SERMAYE SATINALMA	1	01/01/2019	1	92,00	92,00	,00				
2	04/04/2019	DÖNER SERMAYE SATINALMA	2	01/01/2019	4							
ANA DEPO												
							Kayıt Sayısı	2	5	2.742,32	2.546,00	,00

SORU: MKYS'de kayıtlı miktarlar ile depodaki fiili stoklar birbiri ile uyumlu mu?

SIRA :97
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.17.1 MKYS ayniyat depolarında kayıtlı stok miktarları ile, ayniyat depolardaki fiili stok miktarları birbiri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taşınır kayıt yetkililerinin; belli dönemlerde depolarında gerekli sayım işlemlerini gerçekleştirmek, sayımda belirlenen noksan ve fazlalıkları kayıt altına alarak sistemde kayıtlı stok ile fiili stok sayılarını eşit hale getirmek görev ve sorumlulukları arasındadır.

Taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmasında, yılsonlarında ve harcama yetkilisinin gerekli gördüğü durum ve zamanlarda depo sayımları yapılmalıdır. MKYS ayniyat depolarda kayıtlı stok miktarları ile ayniyat depodaki fiili stok miktarlarının uyumluluğu örneklem usulü seçilerek karşılaştırılmalıdır.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 6 - Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri:

(4) Taşınır kayıt yetkililerinin görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Harcama birimince edinilen taşınırlardan muayene ve kabulü yapılanları cins ve niteliklerine göre sayarak, tartarak, ölçerek teslim almak, doğrudan tüketilmeyen ve kullanıma verilmeyen taşınırları sorumluluğundaki ambarlarda muhafaza etmek.

e) Ambarda çalınma veya olağanüstü nedenlerden dolayı meydana gelen azalmaları harcama yetkilisine bildirmek.

f) Ambar sayımını ve stok kontrolünü yapmak, harcama yetkilisince belirlenen asgari stok seviyesinin altına düşen taşınırları harcama yetkilisine bildirmek.

g) Kullanımda bulunan dayanıklı taşınırları bulundukları yerde kontrol etmek, sayımlarını yapmak ve yaptırmak.

ı) Ambarlarında kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumlu olmak.

Madde 32 - Sayım ve sayım sonrası yapılacak işlemler:

(1) Kamu idarelerine ait taşınırların, taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmasında, yılsonlarında ve harcama yetkilisinin gerekli gördüğü durum ve zamanlarda sayımı yapılır.

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

(7) 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.

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

Soru: Özellikle sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların, kayıtlara alınması için gerekli düzeltme işlemleri yapılmış mı?

SIRA :98

BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.18.1 Düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.

3.AD.18.2 Değer tespit komisyonu tarafından tıbbi donanımların tutarları, edinim yılları dikkate alınarak belirlenmiş olmalıdır.

3.AD.18.3 Tıbbi donanımların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar biyomedikal depoya kaydı yapılmış olmalıdır.

3.AD.18.4 Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan tıbbi donanımların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat demirbaş depoda yeniden kayıt altına alınmış olmalıdır.

3.AD.18.5 Yapılan işleme ait taşınır işlem fişleri genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik mühendislik hizmetleri kapsamında özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların kayıt altına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda taşıtlar ile biyomedikal dayanıklı taşınırların, sağlık tesisi başhekiminden düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için alınacak onaydan sonra, ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacaktır.

Daha önceden tek kalemdede girişi yapılan özellikli sağlık araçlarındaki donanımların, komisyon marifeti ile edinim yılları dikkate alınarak değerleri belirlendikten sonra, biyomedikal dayanıklı taşınır deposuna kaydının yapılmış olması gerekmektedir. Özellikli sağlık aracı ise; “Düzeltilme” çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, “Düzeltilme” giriş işlemi ile yeniden ayniyat demirbaş depoda kayıt altına alınmalıdır. Düzeltme işlemlerinden sonra ayniyat depoya girişi yapılan araç ile biyomedikal depoya girişi yapılan tıbbi donanım tutar toplamalarının, düzeltme işleminden önceki aracın tutarı ile eşit olmalıdır. Düzeltme çıkış ve giriş işlemlerine ait taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmelidir.

MKYS/Malzeme İşlemleri ekranından Ayniyat Demirbaş Depo seçilerek 254 kodunda kayıtlı özellikli sağlık araçlarının kontrolü yapılır. Özellikli sağlık aracı bulunmayan yada düzeltme işlemini daha önceki yıllarda yapmış sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

Malzeme Adı	Açıklama	Miktar	Birim Fiyat	Sicil No	Son Durum
ACİL YARISIM AMBULANSI (K)	WV CRAFT / 06.BU.2915	0	97256,62	254-01-05-01-06-14	Tokendi
AMBULANSLAR	AMBULANSLAR	0	41400	254-01-05-01-12-2	Kullanımda
AMBULANSLAR	Fiat 06 BF 3649	0	81833	254-01-05-01-06-3	Kullanımda
HİZMET ARAÇLARI	HİZMET ARAÇLARI	0	34636,81	254-01-01-02-07-1	Kullanımda
HİZMET ARAÇLARI	HİZMET ARAÇLARI	0	41,8	254-01-01-02-07-5	Kullanımda
KAMYONETLER	HİZMET ARAÇLARI	0	6100	254-01-03-03-07-1	Kullanımda
MINIBÜSLER	HİZMET ARAÇLARI	0	977,28	254-01-02-02-07-1	Kullanımda
MINIBÜSLER	HİZMET ARAÇLARI	0	977,28	254-01-02-02-07-3	Kullanımda

KAYNAK:

13.01.2015 tarih ve 80981279/5458.17 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal Dayanımlı Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı

İlgi (b) yazı ile Genel Sekreterliklerimize bağlı sağlık tesisleri ve özellikli sağlık araçlarında bulunan bahse konu donanımlara ait veri girişlerinin ivedilikle tamamlanması gerektiği bildirilmiş ve veri giriş oranları yayınlanmıştır.

31.03.2015 tarih ve 80981279/809.99/160 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal/ Ayniyat Depo Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı

254-01 Karayolu Taşıtları Grubu kodu altında bulunan özellikli sağlık araçları ile bu araçların içindeki biyomedikal donanımların ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacağından (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemine daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarının, Taşınır Mal Yönetmeliğinin 13 üncü maddesinde belirtilen hükümler çerçevesinde; Fiyat Tespit Komisyonu marifeti ile araç içi biyomedikal donanımların değerleri belirlenerek, biyomedikal dayanıklı taşınır depoya “Düzeltilme” girişi ile veri girişi sağlanmıştır. Daha sonra söz konusu özellikli sağlık araçlarının önceki toplam taşıt bedelinden, araç içi biyomedikal donanımlar için belirlenen değer düşürüldükten sonraki kalan değer için ayniyat dayanıklı taşınır depoya “Düzeltilme” çıkışı ve “Düzeltilme” giriş işlemi ile yeniden kayıt altına alınacaktır. İlgili saymanlığa giriş/çıkış taşınır işlem fişleri gönderilecektir. Yeni alınacak özellikli sağlık araçlarında ise; taşıt bedeli ile taşıt içi biyomedikal dayanıklı taşınırların bedelleri, düzenlenen faturada ayrı ayrı belirtilmeli ve MKYS kayıtlarının yapılması gerekmektedir.

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 13 - Kayıt zamanı, kayıt değeri ve değer tespit komisyonu:

(3) Değer tespit komisyonu, harcama yetkilisinin onayı ile taşınır kayıt yetkilisinin ve işin uzmanının da katıldığı en az üç kişiden oluşturulur. Komisyon değer tespitinde ticaret odası, sanayi odası, borsa, meslek kuruluşları, ilgili diğer kuruluşlardan veya aynı nitelikteki taşınırı satın alan idarelerden ve fiyat araştırması sonuçlarından yararlanabilir.

Soru: Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?

SIRA :99
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 19
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.19.1.Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

3.AD.19.2. Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı/Detay Bilgileri ekranında aracın durumu (Faal/Faal Değil/Hurdaya Ayırma/Devredildi) ve faal değil ise çalışmama nedeni (Elektrik/Mekanik/Yakıt Arızası/Kaza Durumu/İklim Şartları/Personel Eksikliği/Muayene Sorunu) belirtilmiş olmalıdır.

3.AD.19.3. Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış ve ihale detay bilgileri girilmiş olmalıdır.

3.AD.19.4. Maliye Bakanlığı Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi (TBS)'ne genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı araçların girişini yapacak personel görevlendirilmiş ve defterdarlık/malmüdürlüğünden TBS giriş şifresi alınmış olmalıdır.

3.AD.19.5. MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet alımı araç verileri ile Maliye Bakanlığı Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi (TBS) verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde kullanılan demirbaş araçlar ile hizmet ve taşıma amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması, gerekli analizlerin yapılabilmesi için, MKYS Ulaşım Araçları ekranına; ruhsat ve hizmet alımı sözleşme bilgilerine uygun olarak, araç bilgileri ve teknik özelliklerinin girişinin yapılmış olması gerekmektedir.

Aracın durumu (Faal/Faal Değil/Hurdaya Ayırma/Devredildi) ve faal değil ise çalışmama nedeni (Elektrik/Mekanik/Yakıt Arızası/Kaza Durumu/İklim Şartları/Personel Eksikliği/Muayene Sorunu) detay bilgileri ekranında belirtilmiş olmalıdır.

Ayrıca sağlık tesisi bünyesinde kullanılan genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı edinilen demirbaş ve hizmet alımı araç verilerinin de, bağlı bulunulan defterdarlık veya mal müdürlüğünden alınacak şifre ile <https://www.kbs.gov.tr/TBS/gen/login.htm> web adresinden veri girişlerinin yapılmış olması gerekmektedir.

MKYS/ Ulaşım Araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet aracı verileri ile KBS Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS)/Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi'ndeki (TBS) verilerle uyumlu olmalıdır.

Demirbaş ya da hizmet alımı aracı bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

Plaka	Aracın Türü	Marka	Model	Yıl	Yalıt Türü	Motor	Motor No	Kuvvet No	Aracın Km
06 A2 474	T02 Bebek otomob.	VOLVO	C30 1.8 D2 ADVANCE	2010	KURUMSAL BENZİ	1400	70000023994	15.000	
06 A2 474	T02 Bebek otomob.	FORD	FIESTA COOL 1.4 TDCI 5 KAP	2008	DİZEL	1400	70000004422	132.000	
06 FB 001	T02 Bebek otomob.	RENAULT (OYAK)	FLUENCE DYNAMIQUE 1.6 REV	2013	KURUMSAL BENZİ	1600	70000011170	68.000	
06 PL	T15 Ambulans (Tıbbi don)	VOLKSWAGEN	AMAROK V6 3.0 TDI 224 4x4 0V	2008	DİZEL	2800	70000033835	0	
06 THX 06	T15 Ambulans (Tıbbi don)	FORD	TRANSIT SANGUL BENZİ	2001	KURUMSAL BENZİ	1600	70000008194	52.489	
33 HU 112	T15 Ambulans (Tıbbi don)	FORD	TRANSIT 350 L KAMYONET	2008	DİZEL	2400	70000035975	400.200	



KAYNAK:

20.03.2015 tarih ve 36385208.949.5461/524 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Taşıtların MKYS Ulaşım Araçları Ekranına Tanımlanması Hk. Yazısı

Kurumumuz Kamu Hastaneleri Birlikleri ve bağlı sağlık tesislerinin envanter (demirbaş) kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması daha iyi kontrol, analiz ve ölçülebilir duruma gelmesi amacıyla taşıtların künye tasarımı çalışması tamamlanmıştır. Bu konuda, Malzeme Kaynakları Yönetim Sisteminde (MKYS) "Ulaşım Araçları" ile "Demirbaş ve Hizmet Alımı" ekranları bilgi girişine açılmış olup, söz konusu ekranlara Karayolu Taşıtlar Grubu 254-01 taşınır hesap kodunda bulunan demirbaş envanterindeki araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların; araç türü, marka model, motor hacmi, kilometre, yakıt türü, hizmet amacı, bulunduğu yer, hizmet alım ve garanti, trafiğe çıkış tarihi, muayene, sigorta yılı gibi bilgiler ve teknik özelliklerinin girişinin yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda, Genel Sekreterlik ve bağlı sağlık tesisinin envanter kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların, özelliklerinin ruhsat bilgilerine uygun şekilde yazımız ekinde yer alan MKYS Ulaşım Araçları Kılavuzu'nda belirtilen talimatlar doğrultusunda girişleri yapılmalıdır.

30.05.2016 tarih ve 74892797-220.06.02-10101 sayılı Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi (TBS) Hk. Yazısı

5018 sayılı Kanun kapsamındaki kamu idareleri ile 16 Eylül 2015 tarihli ve 29477 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Genel Yönetim Mali İstatistikleri" konulu Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel Tebliği (Sıra No: 46) ekinde yer alan diğer kurumların, taşıt yönetimi sürecinde kaynaklarını etkili, ekonomik ve verimli kullanmasını sağlamak amacıyla, taşıt envanterinin çıkarılması, takibinin yapılması ile maliyetlerini izlemek üzere karar mercilerine etkili karar desteğinin verilmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda; söz konusu Sistemi kullanacak kamu idaresi personelinin yetkilendirilmesi gerekmekte olup; a) Raporlama ve konsolidasyon işlemlerini yapmak üzere "Taşıt Kurum Kullanıcısı", b) Taşıtlara ilişkin veri giriş işlemleri için "Taşıt Veri Giriş Görevlisi", rolleri belirlenmiştir. Bu çerçevede; KBS üzerinde (www.kbs.gov.tr/TBS) yer alan TBS'de, taşıt sahibi harcama birimlerince gerekli verilerin girilmesi ve kurum bazında raporlamaların yapılabilmesi amacıyla görev yapacak personelin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerinden; merkezi yönetim kapsamında olanlar kendi muhasebe birimlerine, mahalli idareler ile adı geçen Tebliğ ekinde yer alan diğer kurumlar mali istatistik yönünden ilişkili oldukları muhasebe birimlerine, sosyal güvenlik kurumları ise defterdarlık muhasebe müdürlüklerine

resmi yazıyla başvurmak suretiyle, Sistemi kullanacak personelin yetkilendirilmesini sağlamaları ve veri girişlerini 31.07.2016 tarihine kadar tamamlamaları gerekmektedir.

Soru: Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?

SIRA :100
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 20
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.20.1 Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak şuan kod değişikliklerinden dolayı ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin (sedye, yatak, tekerlekli sandalye, tıbbi cihaz, cihazlara ait yedek parçalar, cerrahi el aletleri vb.), ambarlar arası devir çıkış işlemi ile uygun depolara devirlerinin yapılmış olması gerekmektedir. Devri gerçekleştirilen yada ayniyat demirbaş depoya devredilen taşınırlar, ilgili depolarında da düzeltme çıkış ve düzeltme giriş işlemi ile uygun kodlara alınmış olmalıdır.

Karar Destek Sistemleri (İş Zekası)/Kumanda Tabloları/ Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi/Dayanaklı Taşınır Sorgulama ekranından, ilgili parametreler doldurularak ayniyat dayanaklı taşınır depoda bulunmaması gereken veya eski, hatalı, pasif kodlu malzemelerin kontrolü yapılmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında Konulu Genel Yazı Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanıklı

taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir. Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgi maddelerinde (1-12-18) yer alan hükümlere istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır.

Taşınır mal Yönetmeliği Madde 19 - Devir alınan taşınırların girişi:

(2) Aynı kamu idaresinin muhtelif harcama birimlerinin ambarları arasında devredilen taşınırların alınmasında da Taşınır İşlem Fişi düzenlenir ve Fişin birinci nüshası ilgili taşınır kayıt yetkilisine verilir.

(3) Aynı harcama biriminin ambarları arasındaki taşınır devirlerinde düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez.

Soru: Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?

SIRA :101

BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.21.1 Ayniyat dayanıklı taşınırlara; taşınırın adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler %90 oranının üzerinde yapıştırılmış ve etiket bilgileri güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilmek zorundadır. Ayniyat demirbaş depo envanterinde kayıtlı bulunan ve taşınır teslim belgesi (zimet fişi) ile kullanıma verilen taşınırların üzerinde, MKYS'de kayıtlı malzeme adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler %90 oranının üzerinde mevcut olmalıdır.

Göğüs Hastalıkları Hastanesi			
Oda		Bilgi İşlem	
Taşınır Kod		2550310505-6	
Taşınır Adı	Bilgisayar Kasası	Edinim Tarihi	2009
			

KAYNAK:**Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 36 - Dayanıklı taşınırların numaralanması:**

(1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.

Soru: Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA :102

BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 22

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.22.1 Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

3.AD.22.2 Malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

3.AD.22.3 Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

3.AD.22.4 Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.

3.AD.22.5 Malzeme yerleşim listesi ve raf krokisi bulunmalı, güncel liste ve krokiye göre raflar etiketlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Malzeme güvenliğini etkileyecek depo alanları fiziki koşullarının uygun olması gerekmektedir. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz olmalıdır. Atık su ve kalorifer gibi boruların patlamasına karşı yalıtımı sağlanmalıdır.

Taşınırların nemlenme ve ıslanmaya karşı, duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Rafların devrilmeye karşı, birbiri ile ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir. Kapı ve pencere camları kırık olmamalı, sineklik vb. gibi önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır. Depolar, hastane ihtiyacını karşılayacak büyüklük ve yeterlilikte olmalıdır.

Malzeme karışıklığının önlenmesi için, güncel malzeme yerleşim listesi ve depo raf krokileri bulunmalı, güncel liste ve krokiye göre raflar etiketlenmiş olmalıdır.

KAYNAK:**Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 5 - Sorumluluk:**

(1) Harcama yetkilileri taşınırın etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak edinilmesinden, kullanılmasından, kontrolünden, kayıtlarının bu Yönetmelikte belirtilen esas ve usullere göre saydam ve erişilebilir şekilde tutulmasını sağlamaktan sorumludur. Harcama yetkilileri taşınır kayıtlarının bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak tutulması ve taşınır mal yönetim hesabının hazırlanması sorumluluğunu taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri aracılığıyla yerine getirir.

(2) Harcama yetkilileri, taşınırlara ilişkin işlem ve kayıtların usule uygun olarak yapılıp yapılmadığını kontrol etmeye veya ettirmeye; kasıt, kusur veya ihmal sonucu kırılan, bozulan veya kaybolan taşınırın ilgililerden tazmini için gerekli işlemleri yapmaya veya yaptırmaya yetkilidir.

(5) Taşınırın muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Soru: Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?

SIRA :103

BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 23

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.AD.23.1 Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

3.AD.23.2 Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

3.AD.23.3 Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

3.AD.23.4 Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

AÇIKLAMA :

Depoların riskli alanlar olması sebebiyle, güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek risklere karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Hırsızlığa karşı depo giriş kapıları kamera sistemleri ile takip edilmeli, gerekiyorsa kapı ve pencereler demir parmaklık vb. gibi önlemlerle desteklenmelidir.

Depo veya çevresinde meydana gelebilecek yangın tehlikesine karşı, deponun büyüklüğüne göre yeteri kadar yangın tüpü veya merkezi söndürme sistemleri ile gerekli önlemler alınmış olmalıdır.

Su basması ve sel felaketlerine karşı suyun akışını sağlayacak bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta ve yerlerde olmamalıdır.

KAYNAK:

Taşınır Mal Yönetmeliği Madde 6 -Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri:

(4) Taşınır kayıt yetkililerinin görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

d) Taşınırın yangına, ıslanmaya, bozulmaya, çalınmaya ve benzeri tehlikelere karşı korunması için gerekli tedbirleri almak ve alınmasını sağlamak.

e) Ambarda çalınma veya olağanüstü nedenlerden dolayı meydana gelen azalmaları harcama yetkilisine bildirmek.

ı) Ambarlarında kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumlu olmak.

KLİNİK MÜHENDİSLİK

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)’nde KMBYS olarak aktif mi?

SIRA : 104

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.1.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi’nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirimi amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)

3.KM.1.2. KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

3.KM.1.3. KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır. (İl Sağlık müdürlüğü tarafından ödemesi gerçekleştirilen KMBYS değerlendirmeye tabidir.)

AÇIKLAMA:

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılan yazılımların uygunluk belgesi kontrolü esastır. Mükerrer kayıtların önlenmesi, iş yükünün azaltılması ve kontrollü bilgi akışının sağlanabilmesi için KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) uygunluğu sağlanmalıdır.

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılmayan, sadece arıza bildirimi amacıyla kullanılan yazılım/bilgi yönetim sistemleri bu sorudan muaf tutulmalıdır.

Bakılacak unsur kontrol edilirken <https://kayittescil.saglik.gov.tr/> web adresinin diğer yazılım firmaları kısmından “Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi (KMBYS)” sekmesi seçilerek ilgili yazılımın Aktif KMBYS Listesi’ nde olup olmadığı kontrol edilir. Sağlık tesislerinde KMBYS olarak kullanılan yazılımların “KMBYS Güncel Kriter Kılavuzu v.1.2.1” (<https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,44997/klinik-muhendislik-bilgi-yonetim-sistemi-kmbys-uygunluk-degerlendirme-guncel-kriter-kilavuzu.html>) deki tüm isterleri karşılaması gerekmektedir.

KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

Sağlık tesisinde KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) kullanılması durumunda kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır. Sağlık tesislerinde kullanılan KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi)’ nin ödemeleri İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapıldığında buradaki kontrol teşkilatında da en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.

KAYNAK:

20.09.2013 tarih ve 809 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri konulu genel yazı, 29.11.2013 tarih ve 4608 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri Entegrasyon Başvuruları konulu genel yazı.

07.07.2015 tarih ve 11756578 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri konulu 2015/17 Genelgesi.

13.08.2015 tarih ve 12658043 sayılı Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimsel Uygunluk Değerlendirmesi Hakkında konulu yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS’ de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?

SIRA :105

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.2.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS’de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren güncel etiketler %90 oranının üzerinde yapıştırılmış olmalıdır.

3.KM.2.2. Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her biyomedikal dayanıklı taşınıra MKYS üzerinden tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgilerinin sisteme girilmesi ile birlikte tekil bir künye numarası atanır. Künye numarası oluşturulan dayanıklı taşınırlarla ilgili bu bilgilerin ve künye numarasının bulunduğu kare kod oluşturulur. Bu kare kodun üzerinde bulunduğu etiket, ilgili dayanıklı taşınırın üzerinde bulunmalıdır. Bu etiketlerin içerdiği bilgiler cihaz bilgileri ile uyumlu olmalıdır. Sağlık tesisinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kare kod etiketlenme oranı %90 ‘ın üzerinde olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Dayanıklı taşınırların numaralanması

MADDE 36 – (1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın

giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.”

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“Biyomedikal Depo Yönetimi

1. Depo kaydı yapılmamış veya zimmet işlemi uygulanmamış biyomedikal dayanıklı taşınırların sağlık hizmet sunumunda kullanılması, devredilmesi, teknik hizmete ve emanete verilmesi engellenmeli; bu taşınırların klinik, servis, ameliyathane gibi sağlık hizmet sunum alanlarında kullanımından önce depo kaydı ve zimmet işlemi yapılmalıdır.
2. Envanterde kayıtlı veya hizmet alımı yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırların, görünür en az bir yüzeyine, MKYS künye numarası ve kare kodunun yer aldığı etiket iliştilmelidir.
3. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan etiketlerin yıpranması, bozulması, okunamaz hale gelmesi gibi durumlarda etiketler yenilenmelidir.
4. Biyomedikal depo kapsamındaki malzemelerin kullanımı, muhafazası, koruyucu bakımı ve teknik servis faaliyetleri ile ilgili eğitimler planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.”

SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 106
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 3
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.3.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon vb.) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri (tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka-model-ubb barkodu-**edinme yılı-üretim yılı-garanti süresi** –

cihazın durumu bilgileri) doğru şekilde yapılmalıdır. Girişlerin doğruluğu örneklem usulü kontrol edilirken aşağıdaki cihazların bilgileri mutlaka sorgulanmalıdır.

- DENTAL RÖNTGEN GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ
- DİŞ ÜNİTLERİ

KAYNAK:

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklı Taşınır konulu genel yazı

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınır Hakkında konulu genel yazı

SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?

SIRA :107

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.4.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde(Poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon vb.) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

3.KM.4.2. MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yeri Değerlendirme Rehberi'nde belirtilen 5 farklı biyomedikal cihazın verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerindeki hizmet alım biyomedikal dayanıklı taşınırın doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım üzerinden girilen veri girişleri (hizmet türü-tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka-model-seri no-üretim yılı-tedarik türü-sözleşme tarihi- tedarikçi vergi no- sorumlu kurum personeli) doğru şekilde yapılmalıdır.

Bazı hizmet alımlarına ilişkin verilerin Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı'na girişlerinin yapıp yapılmadığı kontrol edilirken TDMS – Karar Destek Raporları-ALACAK VE BORÇ TAKİBİNE İLİŞKİN RAPORLAR - BL5- Hizmet Alımına İlişkin Ödemeler sekmesi incelenmelidir.

MKYS Hizmet Alım Ekranı' ndaki cihaz veri girişleri ile TSİM deki aşağıda belirtilen biyomedikal cihaz sayılarının uyumlu olması gerekmektedir. Sağlık tesisinde bu 5 farklı cihazdan **mevcut** olanların MKYS-TSİM karşılaştırılması yapılmalıdır.

S.NO	TSİM ADI
1	Röntgen Panoramik, Sefalometrik
2	Dental Tomografi
3	Röntgen Periapikal
4	Diş Ünit

SORU: Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?

SIRA : 108

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.5.1. Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

3.KM.5.2. Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin muayene – kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

3.KM.5.3. Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi, tedarik edilen malzemenin sağlık tesisi içerisindeki yönetimini sağlayacak olan ve biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile tüketim malzemeleri hakkında teknik bilgiye sahip olan personeldir. Bu personelin tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim işlemleri sırasında görevlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAK:

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan hizmet alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan mal alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan danışmanlık alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

04.03.2009 tarih ve 27159 sayılı resmi gazetede yayınlanan yapım işleri muayene ve kabul yönetmeliği

“Muayene ve kabul komisyonlarının kuruluşu

Madde 5- Muayene ve kabul komisyonları, yetkili makam tarafından, biri başkan olmak üzere en az üç (3) kişiden oluşturulur. Hizmetin önemi ve özelliği dikkate alınarak komisyonun üye sayısı, toplam sayı tek olmak üzere yeteri kadar arttırılabilir.

Bu komisyonlarda görevlendirilecek olanların tamamının danışmanlık konusu hizmetin uzmanı olması zorunludur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya hizmetin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?

SIRA : 109

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.6.1. Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar; eğitim birimlerinde bulunmalıdır.

3.KM.6.2. Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar klinik mühendislik hizmet birimlerinde olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin Eğitim Birimleri ve Klinik Mühendislik Hizmet Birimlerinin birlikte organize ettiği kullanıcı eğitimleri düzenlenmelidir. Bu eğitimler biyomedikal dayanıklı taşınır kullanıcılarının değişmesi durumunda ve yeni işe başlayışlarda tekrarlanmalıdır. Yeni tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait eğitimler ise firma tarafından da verilebilir. Eğitim kayıtları eğitim birimlerinde bulunmalıdır. Klinik Mühendislik Birimleri ayrıca bu eğitimlere ait eğitim dokümanlarını da bulundurmaktadır.

Sağlık tesisi tarafından tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik servis eğitimleri ilgili firma tarafından Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilmelidir. Bu eğitime ait eğitim dokümanları ve kayıtlar Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde bulunmalıdır.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik hizmetleri hakkında konulu genel yazı.

“D. 1. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir.”

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 110

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.7.1. Sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri sorumlularına İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

3.KM.7.2. Sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri sorumlularına İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

3.KM.7.3. Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri birim sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu, Tıbbi cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkındaki Yönetmelik hakkında eğitim verilmelidir.

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri birim sorumlularına:

- TS 17020,
- TS 17025,
- TS 13703,
- TS 12426 teknik servis standartları,
- tıbbi cihaz satış reklam ve tanıtım yönetmeliği,

- 2018/26 sayılı tıbbi cihazlarla ilgili mal ve hizmet alımı işlemleri genelgesi hakkında eğitim verilmelidir.

KAYNAK:

06.12.2016 tarih ve 1196 sayılı Uluslararası Standartlara Erişim Yetkisi Hakkında konulu genel yazı.

“Sağlık tesislerimizde yürütülen hizmetlere yönelik, metroloji faaliyetleri, teknik hizmetler, kalite sistemleri, bilişim sistemleri gibi birçok alanda kullanılan uluslar arası standartların edinimine ihtiyaç duyulmaktadır. Dünya Bankası finansman desteği ile Kurumumuz tarafından yürütülen “Kamu Hastanelerinde Yenilikçi Sağlık Yönetimi Projesi” kapsamında Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından yayımlanan standartlara erişim yetkisi edinilmiştir.

Tedarik Planlama, Stok ve Lojistik Yönetimi Daire Başkanlığı’ nın koordinasyonunda İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına erişim yetkisi tanımlanmıştır. Buna göre Birim Sorumlularının MKYS kullanıcı adı ve şifresi ile <https://sbu2.saglik.gov.tr/spp/> web adresinden giriş yaparak standart talebinde ve standart erişiminde bulunabileceklerdir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA :111

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.8.1. Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

3.KM.8.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’ de güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kullanılan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırın cihaz bazlı arıza bildirimleri, arızada kalma süreleri ve yapılan onarım işlemleri ile ilgili evraklar tutulmalıdır. KMBYS kullanan sağlık tesisleri dışındakiler kayıt sürelerini excel formatında takip edebilirler.

Biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızalı olma durumlarına yönelik bilgiler MKYS’ de güncel olmalıdır.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı.

“C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

- a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
- c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

- a. Devir faaliyetleri
- b. Stok kontrol faaliyetleri
- c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
- e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
- i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınır Hakkında konulu genel yazı

SORU: Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?

SIRA : 112

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.9.1. Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.

3.KM.9.2. Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırın garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

3.KM.9.3. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Aktif çalışma süresi, bir cihazın belirli bir periyotta toplam kullanılabileceği süreden arızada kaldığı sürenin çıkartılmasıyla elde edilir. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif çalışma süresinin toplam süreye oranı %95 olmalıdır. Bu oranın belirlenebilmesi

için her biyomedikal dayanıklı taşınırın arızada kaldığı süre yazılım/bilgi yönetim sistemleri üzerinde veya matbu formda kayıt altına alınmalıdır.

Sağlık tesisi tarafından temin edilen cihazlar ile il sağlık müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden gelen **tüm** biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

Hizmet alım ve teknik hizmet sözleşmesi olan biyomedikal dayanıklı taşınırlarda aktif çalışma süresi oranının %95'in altında olması durumunda tedarikçilere sözleşme hükümlerince yaptırım uygulanır. %95 in altına düşüldüğü durumlarda uygulanacak maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“Performans ve Verimlilik Yönetimi

1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışabilirlik süresi takip edilmelidir.”

SORU: Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

SIRA : 113

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır kullanılamaz durumda olduğunda (arızalandığında, çalıştırılmadığında vb.) ilgili birimdeki kullanıcının yapması gerekenlerle ilgili yazılı bir düzenleme, bir iş akışı bulunmalıdır. Bu düzenlemelerde ilgili personelin önce elektrik prizi kontrolü, cihazın çalıştırılıp çalıştırılmadığının kontrolü gibi teknik servise haber vermeden

önce yapması gerekenler, sonrasında problemin devam etmesi halinde iletişime geçmesi gereken birim bilgileri bulunmalıdır.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınirlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?

SIRA : 114

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.11.1. Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınirlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

3.KM.11.2. Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınirlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Periyodik teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınirların söz konusu işlemler ile ilgili yıllık planları yapılmalıdır.

Kurum dışı kaynaklarla periyodik bakımı yapılan cihazların yıllık planında; firma adı, firma vergi numarası, firma iletişim bilgileri (telefon ve kişi adı), biyomedikal tür, künye numarası, adet, bakım periyodu (ay) , alım yöntemi (22d vs.), sözleşme başlangıç tarihi, sözleşme bitiş tarihi olmalıdır.

Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınirlar için biyomedikal tür bazlı olarak hazırlanan raporda asgari olarak kalibrasyon tarihi, kalibrasyon periyodu (6 ay, 12 ay), gelecek kalibrasyon tarihi ve biyomedikal türleri olmalıdır.

SORU: Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?

SIRA : 115

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.12.1. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.

3.KM.12.2. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

3.KM.12.3. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

3.KM.12.4. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 “Bakım Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

3.KM.12.5. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen "Arıza Sonrası Ölçümleme Hizmeti ve Periyodik Ölçümleme Hizmeti "toplam işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.02 “ Ölçümleme Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Teknik hizmet alım süreci, bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile hizmet yeterliliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Bu kapsamda biyomedikal dayanıklı taşınırlar için alınan tüm teknik hizmetlere ait fatura içeriklerinin Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olması gerekmektedir.

Teknik hizmet faturaları teknik hizmet alınan dayanıklı taşınıra ne tür bir teknik hizmet alındığını, ilgili cihaz / cihazların künye numarası bilgisini, işlem başı fiyatlandırmayı içermelidir. Faturada bulunan bu bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına eksiksiz kaydedilmelidir.

Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına bakım/onarım/kurulum/söküm/yükseltme gibi işlemler için Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen toplam işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 “Bakım Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen ölçümleme giderlerinin toplam işlem tutarı ile 740.06.16.02.02 “ Ölçümleme Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır. **(Validasyon Hizmeti 740.06.16.01 “Makine Teçhizat Bakım ve Onarım Giderleri” hesap kodundan ödenmesi gerektiğinden Ölçümleme Giderleri karşılaştırmasında kontrole tabi değildir.)**

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

“2. Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranı

Biyomedikal teknoloji niteliğindeki cihaz ve sistemlere yönelik tedarik edilen teknik hizmetlere ait bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Ekranı üzerinden sisteme girilecektir. Bu teknik hizmetler 6 ana başlıkta toplanmış ve sistem üzerinden farklı varyasyonları ile 26 hizmet sınıfında tanımlanmıştır.

1. Bakım hizmetleri
2. Onarım hizmetleri
3. Ölçümleme hizmetleri
4. Kurulum / söküm hizmetleri
5. Yenileme hizmetleri

6. Bilgi yönetim hizmetleri

Böylece biyomedikal dayanıklı taşıma uygulanan tüm teknik faaliyetler kayıt altına alınacak ve teknik hizmetlere bağlı gizli maliyetler kontrol altına alınmış olacaktır.”

SORU: Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşıma alet künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?

SIRA : 116
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 13
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.13.1. Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşıma alet künye numarası bulunmalıdır.

3.KM.13.2. Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşıma alet künye numarası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Her bir biyomedikal dayanıklı taşıma uygulanan teknik hizmet MKYS’ den her bir biyomedikal dayanıklı taşıma için tekel üretilen künye numaraları ile takip edilir. Bu biyomedikal dayanıklı taşıma alet künye numarası yapılan teknik hizmetin takip ve analizinin yapılabilmesi için ölçümleme raporları ve servis formları üzerinde müdahalenin yapıldığı biyomedikal dayanıklı taşımanın künye numarası yer almalıdır.

SORU: Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?

SIRA :117
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 14
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.14.1. Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere klinik mühendislik hizmetleri personeli tarafından refakat edildiğine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere kurum personeli tarafından refakat edilmelidir. Refakat edecek personel tercihen Klinik Mühendislik hizmet birim personeli olmalıdır. Ancak sağlık tesisinin yeterli personeli olmaması durumunda ilgili cihazın zimmetli olduğu kişi, cihazın bulunduğu servisin sorumlu sağlık personeli gibi kişiler refakat edebilir. Kurum personelinin hizmeti sunan kişilere refakat

ettiğine ilişkin rapor/form üzerinde kayıt altına alma imkânı bulunmaması durumunda ise hizmeti sunan kişiler ve ilgili kurum personelinin imzalarının bulunduğu tutanaklar düzenlenmelidir.

SORU: Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?

SIRA : 118

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.15.1. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.

3.KM.15.2. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

3.KM.15.3. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri sonucunda düzenlenen her rapor ve etiket kılavuzun Ek-1’inde belirtilen format ve gereklerine uygun olmalıdır. (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/25090,biyomedikal-metroloji-faaliyetleri-kilavuzu-2016pdf.pdf?0>) Ayrıca biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında çalıştırılan personel mevzuata uygun nitelikte olmalı, bu kapsamda hizmet sağlayan referans donanımlar standartlara uygun olmalıdır. Ölçümleme işleminde kullanılan referans cihazlar (kalibratör, fantom, analizör gibi) izlenebilirliğe sahip olmalı; izlenebilirliği bağımsız, metroloji yetkinliği bir üst klasmanda onaylanmış ve / veya akredite kurumlarca ve /veya referans donanımların yetkili tedarikçilerince düzenlenmelidir.

Kullanılan referans donanımlara ait izlenebilirlik sertifikalarının ve / veya raporlarının geçerlilik sürelerinin hizmet akdinde belirtilen süreyi kapsaması gerekmektedir.

KAYNAK:

21.06.2016 tarih ve 25503167 barkod numaralı Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu konulu genel yazı.

25.06.2015 tarih ve 29397 sayılı Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik.

SORU: Biyomedikal insan kaynakları yönetim platformuna veri girişi yapılıyor mu?

SIRA : 119
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 16
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.16.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri birim personeli ve biyomedikal taşınır kayıt yetkililerinin verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu'na girilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri alanında çalışan (kadrolu, sürekli işçi vb) personel ve biyomedikal dayanıklı taşınır kayıt yetkililerinin Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu üzerinden veri girişlerinin yapılması gerekmektedir.

Sağlık tesislerindeki bu personeller https://sbu2.saglik.gov.tr/biyomedikal_ik/platform üzerinden veri girişlerini yaptıktan sonra İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlusu tarafından bilgileri onaylanmalıdır.

KAYNAK:

30.01.2017 tarih ve 38218639 barkod numaralı Klinik Mühendislik Hizmetleri İnsan Kaynağı Çalışması konulu genel yazı.

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetlerinin yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 120
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 17
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.17.1. Klinik Mühendislik Hizmetlerinin yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri Sorumlusu; **öncelikle** varsa teknik hizmetler sınıfında:

- biyomedikal/tıp branşında mühendis unvanına sahip olmalı,
- bu personel mevcut değilse biyomedikal/tıp branşında tekniker unvanındaki personel olmalıdır.
- Bu niteliklerde personel bulunmaması durumunda tıbbi cihaz yönetimi alanında görev yapmış tekniker/teknisyen unvanında personel görevlendirilir.

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Uzman/Sorumlu personel; Teknik Hizmetler Sınıfında biyomedikal/tıp mühendisliği branşında mühendis unvanına sahip

olmalı veya biyomedikal/tıp branşında tekniker unvanında en az lisans düzeyinde yüksek öğrenim diplomasına sahip ve tercihen Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerinde görev yapmış olmalıdır. İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı sağlık tesislerinde bu niteliklerde personel bulunmaması durumunda tıbbi cihaz yönetimi veya sağlık tesislerinde klinik mühendislik alanında en az 2 yıl deneyime sahip mühendis veya en az 3 yıl deneyime sahip tekniker unvanında teknik hizmetler sınıfı uzman personel görevlendirilir.

Sağlık tesisinde görevli sorumlunun, İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü ile olan koordinasyonun ve iletişiminin daha kolay yürütülmesi için organizasyon şemasında:

- İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlusu,
- KHGM Klinik Mühendislik Yönetim Birimi Bölge Koordinatörü,
- KHGM Mkys Yazılım Destek Birimi'ne ait bilgilerin (telefon-mail vb.) yer aldığı bir organizasyon yapısı dokümente edilmiş olmalıdır.

KHGM Klinik Mühendislik Yönetim Birimi Bölge Koordinatörü bilgilerine <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28569,bolgekoordinatörleripdf.pdf?0linkinden> ulaşılabilir.

KAYNAK:

20.02.2018 tarih ve 632255049 barkod numaralı Tıbbi Cihaz ve İlaç Birimleri Hk. konulu genel yazı.

SORU: Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftır.)

SIRA : 121
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 18
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.18.1. Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.

3.KM.18.2. Bakım / onarımı yapılan cihazların sayısı, bakım /onarımını yapan personelin bilgisinin olduğu aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, hazırlanan bu rapor Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu – Klinik Mühendislik Hizmet Birimi Aylık Faaliyet Raporu' na işlenmelidir. Hazırlanan aylık faaliyet raporları üçer aylık dönemlerde harcama yetkilisine sunulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Teknik Servis Hizmeti veren (bakım, onarım vb) sağlık tesislerinde Biyomedikal Teknik Servis Atölyesinin bakım onarım yaptığı cihaz listesi biyomedikal tür bazlı olarak hazırlanmalıdır.

Bakım, onarımı yapılan biyomedikal tür bazlı cihaz listesi ve teknik hizmetin türünün olduğu, işlemi yapan personelin belirtildiği aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, hazırlanan bu rapor

Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu – Klinik Mühendislik Hizmet Birimi Aylık Faaliyet Raporu’ na işlenmelidir. Hazırlanan aylık faaliyet raporları üçer aylık dönemlerde harcama yetkilisine sunulmalıdır.

SORU: Garanti kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın garanti hüküm ve süreleri takip ediliyor mu?

SIRA : 122
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.19.1. Sağlık tesisi tarafından temin edilen cihazlar ile il sağlık müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü’nden gelen tüm Biyomedikal dayanıklı taşınırın garanti hüküm ve süreleri takip edilmelidir. Takip formunda ihale kayıt numarası, garanti süresi, garanti başlangıç-bitiş tarihi (gün, ay ve yıl olarak), garanti hükümlerini sağlayacak firmanın teknik personel bilgileri ve resmi mail adresi olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından temin edilen cihazlar ile il sağlık müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü’nden gelen tüm Biyomedikal dayanıklı taşınırın garanti hüküm ve süreleri takip edilmelidir. Merkezi alım kapsamında alımı yapılan cihazların garanti hüküm ve sürelerine <https://merkeztibbicihazgeribildirim.saglik.gov.tr/Login.aspx> , Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü’nden alımı yapılan cihazların garanti hüküm ve sürelerine <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/Ortak/ihaleArama/index.html> web adresinden ulaşılabilir.

Takip edilirken kullanılacak form ya da belgede:

- ihale kayıt numarası,
- garanti süresi,
- garanti başlangıç-bitiş tarihi (gün, ay ve yıl olarak),
- garanti hükümlerini sağlayacak firmanın teknik personel bilgileri ve resmi mail adresi olmalıdır.

KAYNAK:

18.07.2018 tarih ve 73227667 barkod numaralı Merkezi Tıbbi Cihaz Geri Bildirim Uygulaması Hk. konulu genel yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik alınan teknik hizmetlerin (bakım,onarım) sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede)TS 13703 veya TS 12426 standartları aranıyor mu?

SIRA : 123

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.KM.20.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara alınacak satış sonrası teknik hizmet sözleşmelerinde (bakım,onarım) hizmet alımına ilişkin TS 13703 veya TS 12426 standartları bulunmalıdır.

3.KM.20.2. Satış sonrası teknik hizmet sözleşmesi imzalanan firmanın hizmet yeterlilik belgesi, TS 13703 veya TS 12426 standartlarına göre “Ürün/Hizmet/Laboratuvar Kapsamı “ altında belirtilen içeriğe uygun olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Garanti sonrasında; bakım ve onarım hizmetlerinin hangi şartlarda (parça dahil, parça hariç, vb.) yapılacağı ile ilgili hususlar ve idare tarafından yedek parçalar için düzenlenecek evraklar ihale dosyasında hazır bulundurulması gerekmektedir. Bu kapsamda, biyomedikal dayanıklı taşınırlara alınacak satış sonrası teknik hizmet (bakım,onarım) sözleşmelerinde (idari veya teknik şartnamede) hizmet alımına ilişkin TS 13703 veya TS 12426 standartları bulunmalıdır. Ayrıca hizmet alınacak cihaza ilişkin hizmeti veren firmanın hizmet yeterlilik belgesinde, cihazın markasının belirtilmiş olması gerekmektedir.

<https://basvuruportal.tse.org.tr/Genel/FirmaArama.aspx#open> web adresinden TSE Belge Sorgulama Ekranı üzerinden firma ve standart numaraları girilerek kontrol yapılmalıdır.

← → https://basanportal.tse.org.tr/Geri/FirmaAdi.aspx?js=1

TSE Türk Standardları Enstitüsü Online Sorgulamalar Başvuru Standart Satın Alma EĞİTİM İKİMLERİ English TSE Akademi

Tüm Sorgulamalar

Belge Sorgulama

TSE'den Belgeyi Firma Sorgulama

ATM SERİ TADILATIMALAT BELGE SORGULAMA

ATM Mühürü Araç Belgesi ve Teknik Rapor Sorgulama

ATM Montaj Tadarat Belge Sorgulama

Genel Güncellenen Sorgulama

Tarih Rapor Sorgulama

Ürün Belge TSE/TSEK Marka Kullanım Kontrol Sorgulama

LPG Distribütör Araç Lisansı Sorgulama

İhtisat Firmalarını Sorgulama

Eğilimler Parça Sorgulama

Yönetim Sistemlerinde Belge Firması Sorgulama

TSE BELGELİ FİRMALAR SORGULAMA / TSE CERTIFIED COMPANY SEARCH

* Basit Arama (Basic Search) * Detaylı Arama (Detailed Search)

Firma Adı:

TS NO:

Belge No:

Durum: Yürürlük / Vakit

Doğrulama Kodu:

Doğrulama Kodunu Giriniz:

*Firma Adına tıklayarak sonuçların detayını görebilirsiniz / For details, click on the name of the company.

KAYNAK:

03.04.2019 tarih ve 80981279-849.99-E.460 sayılı Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımları Hakkında resmi yazı.

BİYOMEDİKAL DEPO

SORU: Biyomedikal depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS' den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

SIRA : 124
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.1.1. Biyomedikal depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS' den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

DHBS' de yapılan ve entegrasyon ile MKYS' ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda DHBS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, biyomedikal depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satın alma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyorsa muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır.

KAYNAK:

Kamu idarelerince yapılabilecek düzenlemeler ile defter ve belgelerin elektronik ortamda tutulması: MADDE 11-

- (1) Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır.
- (2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler.
- (3) Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği:

Merkezi yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

SORU: Sağlık tesisinin biyomedikal depolarında yeni göreve başlayan taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 125

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.2.1. İlgili yıl içinde yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerine, depo yetkileri tanımlanma tarihinden itibaren 1 ay içinde İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik ilgili eğitimler verilmelidir.

3.BD.2.2. Düzenlenecek eğitimlere dair; eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler vb. bilgilerin yer aldığı resmi yazı, İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerinin bulunduğu sağlık tesislerine yazılmış olmalıdır.

3.BD.2.3. Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dökümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerine; depo yetkileri tanımlanma tarihinden itibaren 1 ay içinde biyomedikal dayanıklı taşınırların tanıtıldığı, biyomedikal malzeme bilgisinin geliştirildiği teknik eğitimler verilmelidir. Ayrıca Klinik Mühendislik alanına özel olarak kullanılan Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetim Ekranı, Teknik Hizmet Yönetim Ekranları hakkında ve Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranları hakkında da eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir.

Yapılacak eğitime dair sağlık tesislerine yazılmış, eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler hakkında bilgilerin yer aldığı resmi görevlendirme yazısı bulunmalı, verilen eğitimlere ait sunumlar, dökümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar tutulmalıdır. Bu eğitimler İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi sorumlusu ya da çalışanları tarafından verilebilir. Eğitimler mevzuat ve uygulamada yapılan güncellemelerde tekrar edilmelidir.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

“D. 1. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir.”

Soru: Biyomedikal depolarının yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 126
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.3.1. Biyomedikal depolarının yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Başkanlığı) iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, sağlık tesisindeki idari amiri ve taşınır kontrol yetkilisi, İl Sağlık Müdürlüğü’ndeki konsolide yetkilisi, klinik mühendislik ve stok yönetimi sorumlusu, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Taşınır Yönetim, Stok Yönetim, Klinik Mühendislik Yönetim, Mkys Yazılım Destek Birimi ile Strateji Geliştirme Başkanlığı Taşınır Yönetim Birimi sorumlularına ilişkin iletişim kanalları bilinmelidir. Gerekli durumlarda konu ve soruna göre iletişime geçeceği birimlere ait bilgilerin (telefon-mail vb.) yer aldığı bir organizasyon yapısı dokümanite edilmiş olmalıdır.

SORU: İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?

SIRA : 127
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.4.1. İstatistik birimi tarafından TSİM Uygulama Rehberi'nde belirtildiği şekilde kaydedilen (heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemi başlatılmış cihazlar dışındaki) biyomedikal dayanıklı taşınır ile MKYS' deki (aktif ve pasif toplam) biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır. (MKYS'de cihazın durumu hek sürecinde olanların verileri TSİM sayılarına dahil edilmeyecektir)

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin mevcut biyomedikal dayanıklı taşınır verilerini bildirdiği iki farklı bilgi yönetim sistemi mevcuttur. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'ne (TSİM) dayanıklı taşınır verileri istatistik birimleri tarafından bildirilirken, MKYS dayanıklı taşınır verileri Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından girilir. TSİM üzerinden ulaşılan biyomedikal dayanıklı taşınırların özellikleri ve sayılarının depo kayıtlarını içeren MKYS bilgileri ile doğrulanması gereklidir.

Burada dikkat edilmesi gereken husus TSİM üzerinden girilen cihaz sayısı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan TSİM uygulama rehberinde belirtildiği gibi “Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemi başlatılmış cihazların veri girişleri yapılmamalıdır. MKYS’de ise cihazların aktif, pasif ve arızada olma durumları takip edilir, ancak tüm hepsi depo kayıtlarında mevcuttur. Yani kontrol edilirken MKYS’de bulunan aktif ve pasif cihaz sayıları ile TSİM’de kayıtlı cihaz sayılarının tutarlı olması beklenmektedir.

TSİM ve MKYS cihaz sayılarının kontrolünde aşağıdaki TSİM cihaz başlıklarından en az 3 (üç) tanesi örneklem olarak kontrol edilecektir:

S.NO	TSİM ADI
1	Röntgen Panoramik, Sefalometrik
2	Dental Tomografi
3	Röntgen Periapikal
4	Diş Ünit

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

“1.1 Dayanıklı Taşınır Bilgileri Modülü

Bu veri girişlerinde 253-03-04, 253-03-05, 253-03-06, 253-03-08, 255-01-05 hesap kodları ve maddi olmayan duran varlıkların yer aldığı 267 hesap kodlarında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırların verilerinin girilmesine öncelik verilecektir. Modül içerisinde yer alan “Biyomedikal Teknoloji Türü” ve “Biyomedikal Teknoloji Tanımı” içerisinde tanımlanmış taşınırların Kamu Hastane Birliklerinde, birliklere bağlı sağlık tesislerinde, özellikli sağlık araçlarında, sağlık tesislerine bağlı tüm depo ve ambarlarda bulunan cihaz, ekipman ve sistemlerin dayanıklı taşınır niteliğinde takibi için devirler ilgili depo sorumlusu Taşınır Kayıt Yetkililerince gerçekleştirilir.” Haziran 2016 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü TSİM Uygulama Rehberi

“1.8. Görüntüleme ve Diğer Tıbbi Cihazlar Sekmesi

Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemi başlatılmış cihazlar bu alana eklenmemelidir.”

SORU:Biomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?

SIRA : 128
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.5.1. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.

3.BD.5.2. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların (**pnömatik tüp taşıma sistemleri**, diyaliz ünitesinde kullanılanlar dışındaki su arıtma cihazları, etajerler gibi) uygun depolara devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalı ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.

Biyomedikal depoda pasif taşınır kodundakş taşınırların sağlık tesisinde olup olmadığı konusunda <https://verimlilik.saglik.gov.tr/sayfasi> “Tıbbi Cihaz Analizi” sekmesinden yararlanılabilir.

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin (röntgen tüpü gibi) uygun depoya devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

“Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm

dayanıklı taşınırılar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir.

Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırılar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgi maddelerinde (1. 12. 18.) yer alan hükümlere istinaden Taşınır kayıt Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır kayıt Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır.”

SORU: Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılarının depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 129

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.6.1. Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırılarının kullanım yeri bilgisi “Özellikli Sağlık Aracı olmalıdır.”

AÇIKLAMA:

Özellikli sağlık araçlarının (acil müdahale arabası, hasta nakil ambulansı, ambulans uçak, ambulans motor, paletli ambulans, evde sağlık aracı gibi) tek kalemde taşıt olarak kayıt altına alınmaması; biyomedikal dayanıklı taşınırılarının ayrı, taşıtların ayrı kayıt altına alınması gereklidir.

Klinik mühendislik hizmetleri kapsamında özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların kayıt altına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda taşıtlar ile biyomedikal dayanıklı taşınırılarının, sağlık tesisi başhekiminden düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için alınacak onaydan sonra, ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacaktır. Daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarındaki donanımların, komisyon marifeti ile edinim yılları dikkate alınarak değerleri belirlendikten sonra, biyomedikal dayanıklı taşınır deposuna kaydının yapılmış olması gerekmektedir. Özellikli sağlık aracı ise; düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırılarının tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile yeniden ayniyat demirbaş depoda kayıt altına alınmalıdır. Düzeltme işlemlerinden sonra ayniyat depoya girişi yapılan araç ile biyomedikal depoya girişi yapılan tıbbi donanım tutar toplamalarının, düzeltme işleminden önceki aracın tutarı ile eşit olmalıdır. Düzeltme çıkış ve giriş işlemlerine ait taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri ekranından Ayniyat Demirbaş Depo seçilerek 254 kodunda kayıtlı özellikli sağlık araçlarının kontrolü yapılır.

Özellikli sağlık aracı bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

Sağlık araçları 254-01 Karayolları Taşıtları Grubu altında kayıt altına alınmaktadır. Sağlık tesisinin depo kayıtlarında özellikli sağlık araçlarının bulunup bulunmadığı; MKYS/Malzeme İşlemleri ekranından Ayniyat Demirbaş Depo seçilerek 254 kodunda sorgulanır. Sağlık aracı olmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf olacaktır. Eğer özellikli sağlık aracında kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır var ise MKYS’de kullanım yeri “özellikli sağlık aracı” olarak kaydedilmiş olması gerekmektedir.

Bu işlemler “Özellikli Sağlık Araçlarındaki Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Depo Kayıt Talimatına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Taşınırların kaydı

MADDE 12 – (1) Kamu idarelerince bütün taşınırların ve bunlara ilişkin işlemlerin kayıt altına alınması esastır. Taşınır kayıtları, yönetim hesabı verilmesine esas olacak şekilde tutulur. Her bir kaydın belgeye dayanması şarttır.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?

SIRA : 130

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.7.1. Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.

3.BD.7.2. H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmelidir.

3.BD.7.3. Biyomedikal nitelikli dayanıklı taşınırların hurda, enkaz ve köhne (H.E.K.) süreçlerinde “Biyomedikal Teknik Servis ve Hurda İşlemlerinde Parasal Limitler” talimatına uygun hareket edilmelidir.

3.BD.7.4. Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve limitler dahilinde ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

3.BD.7.5. Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

3.BD.7.6. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

3.BD.7.7. Hurdaları teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.

3.BD.7.8. Hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

3.BD.7.9. Hurda teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemiş ve ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemiş olmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Onaya istinaden, taşınırlar “Hurdaya Ayırma” işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkartılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK) veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKEK ve Milli Emlak Müdürlüğü tarafından altı ay içinde teslim alınmayan hurdaların satışı, 2886 Devlet İhale Kanunu'na göre yapılabilir. Hurdaları teslim alan kurum ya da firma yetkilisine, taşınır işlem fişinin teslim alan kısmı imzalatılır. Hurdaları teslim alan tarafından düzenlenmiş hurda teslim tutanağı ve hurda miktarını belirtir kantar tartı fişi alınarak dosyasında saklanmalıdır. Ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisi onayıyla oluşturulacak komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra kayıttan düşme teklif ve onay tutanağına istinaden “Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma” ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkartılır. Yapılan hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi, muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

Biyomedikal Teknik Servis ve Hurda İşlemlerinde Parasal Limitler konulu yazı gereğince; edinim yılı itibariyle on yıl (10 yıl dahil) ve üzerinde yaşa sahip biyomedikal dayanıklı taşınır için parasal limit taşınır edinim bedeli başına 500.000 TL (beşyüzbinTL dahil) ve üzeri olarak belirlenmiştir. Edinim yılı itibariyle on yılın altında ancak beş yılın üzerinde yaşa sahip ise parasal limit taşınır edinim bedeli başına 250.000 TL (ikiyüzellibinTL dahil) ve üzeri olarak belirlenmiştir. Edinim yılı itibariyle beş yıl (5 yıl dahil) ve altında yaşa sahip ise parasal limit taşınır edinim bedeli başına 100.000 TL (yüzbinTL) ve üzeri olarak belirlenmiştir. Ayrıca belirtilen parasal limitlerdeki dayanıklı taşınırın H.E.K. süreçlerinin yönetilmesine ilişkin algoritma “ Biyomedikal Teknik Servis İşlemlerinde Parasal Limitlerin Yeniden Düzenlenmesi HEK İş Akışı.pdf” da yayınlanmıştır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM)’ ye gönderilecek olan üst yazıda; algoritmada İdari, mali ve teknik dokümanlar olarak belirtilen taşınır işlem fişi, taşınır a ait sağlık tesisi ve ilgili firması tarafından hazırlanan tutanak, taşınır uygulana teknik servis raporları yer almalıdır.

Yapılan hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi, muhasebe işlem fişi (MİF) veya üst yazı ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

Hurdaların teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemeli, ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemelidir. Yıl içinde biyomedikal depolarındaki hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemlerinin kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılmalıdır.

Biyomedikal depolarında yıl içinde hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yapılmamış ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış:

MADDE 27 – (1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınır, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınır ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınır ile canlı taşınırın ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(4) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Garanti veya sigorta taahhütnamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınır Kayıttan Düşme Teklif ve Onay

Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış:

MADDE 28 – (1) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyerek hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

17.08.2019 tarih ve 75251039 barkod numaralı Biyomedikal Teknik Servis ve Hurda İşlemlerinde Parasal Limitler Hakkında resmi yazı

SORU: Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 131
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.8.1. Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.

3.BD.8.2. Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde mal olarak edinilen, süreli olmayan, lisansı ömür boyu satın alınan yazılımların (bilgi yönetim sistemleri, cihaz yazılımları, PACS, Office programları gibi) Biyomedikal Depolarda biyomedikal tanımlarına uygun olarak malzeme kaydının bulunması gerekmektedir. MKYS de 267-01 koduna kaydedilen bu malzemelerin ödemelerinin de TDMS 267.01 “Bilgisayar Yazılımları” hesap kodundan yapılması gerekmektedir. Bu yazılımların satın alma işlemleri ve depo kayıtlarının doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin iş zekası ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında biyomedikal tanımlarına uygun olarak veri girişinin yapılmış olması gerekmektedir. Hizmet alımı yapılan bu yazılımların satın alma işlemleri ve veri girişlerinin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı girişleri ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

KAYNAK:

13.12.2013 tarih ve 809.05 sayılı 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar konulu genel yazı

“Başkanlığımızca yayımlanarak yürürlüğe giren 29.11.2013 tarih ve 4605 tarihli “Dayanıklı Taşınır” hakkındaki yazımız ile Kurumumuz bünyesinde gerçekleştirilen biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma kapsamında; 26 Maddi Olmayan Duran Varlıkların alt kodundaki 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların (Bilgisayar yazılımları, işletim yazılımları, tıbbi cihaz programları ve kullanılacak amaca göre geliştirilen uygulama programları vb.) satın alma ve çıkışlarının düzenli olarak takibinin yapılabilmesi ve birlikteliğin sağlanabilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle yukarıda bahsedilen 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların her türlü hareketi (giriş, çıkış, amortisman ve tükenme payı hesaplamaları) 01.01.2014 tarihinden itibaren tedarik edilecek olan yazılımlar için; bundan böyle (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi üzerinden yapılarak MKYS Klinik Mühendislik Ekranı ile Amortisman Hesaplama Ekranına yansıtılacaktır.

MKYS Sistemi Amortisman Hesaplama Ekranı üzerinden çıkartılan amortisman cetvelleri ilgili Saymanlıklara bildirilecek ancak giriş / çıkış (satın alma; HEK vb.) hareketleri ilgili mevzuatı

gereğince taşınır hesaplarında görünmeyeceğinden dolayı da; Harcama Birimi Taşınır Yönetim Dönemi Hesabı Cetvellerine yansımayacaktır.”

SORU: Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?

SIRA : 132

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.9.1. Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınım ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır ve bu alan istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.

3.BD.9.2. İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal tüketim malzemelerinin kontrollü çıkışı için yedek parça, sarf, aksesuar gibi tüketim malzemelerinin kullanılacağı cihaz bilgisinin doldurulacağı alan istem belgelerinde bulunmalıdır.

Yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde bulunan künye bilgisi için ayrılmış alanın istem yapan personel (hemşire, doktor gibi) tarafından doldurulmuş olması gerekmektedir. Bu alanın istemi yapan personel tarafından dolduruluyor olması veri doğruluğu açısından önem arz etmekte olup, istem yapıldıktan sonra depo sorumlusu tarafından kesinlikle doldurulmamalıdır. Biyomedikal tüketim malzemelerinin istem belgelerinde talep edilen malzemenin tanımı depo kayıtlarına uygun olarak belirtilmelidir. (Örneğin filtre olarak değil, “nebülizatör hava filtresi” şeklinde olmalıdır.)

Tıbbi cihaz yönetmelikleri kapsamındaki ürün ve cihazların tedarik süreçlerinde terminoloji birliğini sağlamak esastır.

KAYNAK:

28.04.2014 tarih ve 0532 sayılı Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Hakkında konulu genel yazı “Etkin depo yönetiminin gerçekleştirilebilmesi, klinik mühendislik hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkin maliyet kontrolünün sağlanabilmesi için sınıflandırılmış bu biyomedikal tüketim malzemelerinde kontrollü çıkış işlemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla, MKYS üzerinden Malzeme İşlemleri Ekranından gerçekleştirilen çıkış işlemlerinde bu sınıflandırma sistemi üzerinden giriş yapılan ürünler için düzenlemeye gidilmiştir.

Bu düzenleme ile biyomedikal dayanıklı taşınırlara bağlı olarak harcanan, niteliği “Yedek Parça”, “Aksesuar” ve “Sarf” olan ürünlerin çıkış işlemlerinde ürünlerin kullanılacağı dayanıklı taşınırların belirtilmesi zorunlu alan olarak eklenmiştir. Her tüketim malzemesi çıkış işlemi sırasında ilgi (a) yazımız kapsamında daha önce veri girişi yapılmış, künye numarası atanmış bir biyomedikal dayanıklı taşınır ile eşleştirilecektir. Ancak; biyomedikal tüketim deposunda kayıt altına alınmış ve niteliği “Cihaz” veya “Ortak Sarf” olan ürünler için herhangi bir eşleştirme işlemi uygulanmayacaktır.

Biyomedikal Tüketim Deposu Taşınır kayıt Yetkililerinin çıkış yapacakları malzemeleri doğru dayanıklı taşınırlara eşleyebilmeleri için sağlık tesislerinde malzeme istemi amacıyla kullanılan formlar, yazılım sistemleri, istem belgeleri üzerinde malzemelerin kullanılacağı cihazların künye numarası, demirbaş sicil numarası, marka-model-seri no bilgisi tanımlayıcı verilerinin yer alması gerekmektedir. İlgili yazılımlar ve formlar bu kapsamda düzenlenecektir.”

09.11.2018 tarih ve "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" hakkındaki 2018/26 sayılı Genelge.

“Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki ürün ve cihazların tedarik süreçlerinde terminoloji birliğini sağlamak esastır. Tıbbi cihaz alımlarında tüm ürün, cihaz, yedek parça, aksesuar, sarf ve sistemlere ilişkin tedarik zinciri içerisinde (planlama, ihtiyaç tespit, ihale, teklif, belge kontrol, sözleşme, fatura, muhasebe, muhasebe, stok, satış sonrası hizmetler gibi) tüm döküman ve kayıt işlemlerinde ÇKYS / MKYS ‘ de belirtilen malzeme tanımları kullanılacaktır. Malzeme tanımlarının değerlendirilmesi ve kontrolleri ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü görüş bildirimlerine ilişkin iş ve işlemler İl Sağlık Müdürlüklerinin bünyesindeki Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından yürütülür.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 133

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

3.BD.10.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede), tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB / ÜTS kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde satın alma süreçleri bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile ürün güvenliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Böylece talep edilen malzeme ile edinilen malzemenin uygunluğu resmi beyana dayandırılabilir.

Malzemelere ait istem belgelerinde, ihtiyaç tespit komisyonlarında, şartnamelerde, alım yöntemine göre teklif mektubu ve ya ihale ilanlarında depo kayıtlarına uygun isimler ile anılmaları gerekmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ilgi yazısı ile yürürlüğe giren "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" hakkındaki 2018/26 sayılı Genelge'nin 2.17 maddesinde; "Tıbbi cihaz alımlarında ilgili mevzuatlar kapsamında tıbbi cihaz kaydına esas olan tüm ürün, cihaz, yedek parça, aksesuar, sarf ve yazılımlara ilişkin ayrı ayrı TİTUBB/ÜTS kayıt barkodları teklif dokümanları ihale dosyasında ve faturalarda beyan edilecektir." ifadeleri yer almaktadır. Aynı Genelgenin 2.18 maddesinde ise; "Tıbbi cihaz alımlarında cihaza bağlı yedek parça, aksesuar ve sarf malzemelerinin satış sonrası teminine ilişkin tedarikçi tarafından düzenlenen taahhütname mutlaka istenecektir." ifadesi yer almaktadır. Bu bağlamda; biyomedikal depo (demirbaş/tüketim) kapsamındaki alımlarda tüm ürün, cihaz, yedek parça, aksesuar ve sarfların, cihaz maliyetinden ayrı olarak miktarları ile teklif edilmesi ve satış sonrası teminlerine ilişkin taahhütnamenin tedarikçiden istenilmesi gerekmektedir.

Alıma çıkılmadan önceki süreçte ilgili malzemenin tıbbi cihaz kapsamında olup olmadığı belirlendikten sonra tıbbi cihaz olan malzemelerin şartnamelerinde TİTUBB / ÜTS kaydının olması ve ürüne ait TİTUBB / ÜTS barkodu bilgisinin ibraz edilmesi gerektiği bildirilmelidir.

KAYNAK:

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

“Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir.”

07.08.2017 tarih ve 50181604 sayılı Tıbbi Cihazların MKYS Malzeme Girişleri Hakkında konulu yazı.

25.06.2018 tarih ve 71383379 barkod numaralı Biyomedikal Depo Malzemelerinin Tedarik ve Kayıt Süreçleri Hakkında konulu yazı.

09.11.2018 tarih ve "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" hakkındaki 2018/26 sayılı Genelge.

“Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki ürün ve cihazların tedarik süreçlerinde terminoloji birliğini sağlamak esastır. Tıbbi cihaz alımlarında tüm ürün, cihaz, yedek parça, aksesuar, sarf ve sistemlere ilişkin tedarik zinciri içerisinde (planlama, ihtiyaç tespit, ihale, teklif, belge kontrol, sözleşme, fatura, muhasebe, stok, satış sonrası hizmetler gibi) tüm döküman ve kayıt işlemlerinde ÇKYS / MKYS ‘ de belirtilen malzeme tanımları kullanılacaktır. Malzeme tanımlarının değerlendirilmesi ve kontrolleri ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü görüş bildirimlerine ilişkin iş ve işlemler İl Sağlık Müdürlüklerinin bünyesindeki Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından yürütülür.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 134

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.11.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.

3.BD.11.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB / ÜTS barkod bilgisi bulunmalı, barkod bilgisi ile biyomedikal depo kayıtlarındaki cihaz bilgileri birbiri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tedarik edilen dayanıklı taşınırlara ait fatura içerikleri Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Sınıflandırma Sistemi ile tüketim malzemelerine ait fatura içerikleri ise Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır. Bu uyum incelenirken malzemelere ait giriş TİF’leri ile faturalarda bulunan malzeme adı kısımları karşılaştırılabilir. Aynı zamanda faturalarda TİTUBB /ÜTS barkod numarası bulunmalıdır. TİTUBB /ÜTS barkod numarası sorgulandığındaki cihaz bilgileri ile biyomedikal depo kayıtlarındaki cihaz bilgileri uyumlu olmalıdır.

Tıbbi Cihazların MKYS Malzeme Girişleri Hakkında konulu yazıda belirtildiği gibi biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinde Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS) üzerinden belirli cihazlarda Küresel Ürün Numarası girişleri Genel Müdürlüğümüz tarafından emsal ürünler ve mer’i mevzuatlar çerçevesinde zorunlu hale getirilmiştir.

Tedarikçisi tarafından UBB Kapsam Dışı olduğu belirtilen malzemeler olması durumunda; 11.01.2017 tarihli ve 2018/26 sayılı “Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri” konulu genelgenin 2.3 maddesi gereğince satın alma süreci tamamlanmadan

malzemenin imalatçı veya ithalatçısı tarafından Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan görüş alınarak Genel Müdürlüğümüze bilgi verilecektir.

KAYNAK:

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

“Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir.”

07.08.2017 tarih ve 50181604 sayılı Tıbbi Cihazların MKYS Malzeme Girişleri Hakkında konulu yazı.

09.11.2018 tarih ve "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" hakkındaki 2018/26 sayılı Genelge.

“Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri uyarınca, herhangi bir cihazın Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olup olmadığına, üretim veya kullanım amacı çerçevesinde üreticiler karar vermektedir. Eğer cihaz, üreticisi tarafından Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında belgelendirilmemiş ise (tıbbi cihazlar kapsamında değilse) ÜTS’ ye kayıt veya bildirim işlemi yapılmamaktadır. Satın alma işlemlerinde, Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olup olmadığı hakkında tereddüt oluşan cihazlar için üreticinin veya ithalatçının Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna sunduğu teknik dosya ve resmi beyanı sonucunda alınan kararı esas alınarak işlemler yürütülmelidir. Bu durumda ayrıca belge aranmayacaktır. Ancak, içerik ve özellikleri ile aynı olan iki cihaz hakkında çelişkili belge veya kayıtlar bulunması, cihazın bu yönetmelikler kapsamına girip girmediği ve tıbbi cihazların sınıflarında tereddüte düşülmesi halinde ihale teklifinin değerlendirilmesi aşamasında cihaza ait üreticisi tarafından hazırlanan kullanım amacı, uygulama alanı, uygulama süresi, hedef kullanıcıları ve etki mekanizmasını açıkla bilimsel verileri yüklenici aday (istekli) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna intikal ettirilerek görüş alınacaktır.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırılar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?

SIRA : 135

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.12.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırılar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı

yapılan dayanıklı taşınır a ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınır teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

3.BD.12.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınır a ait giriş TİF’i dayanıklı taşınır teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların teknik hizmet (bakım, onarım, ölçümleme gibi) uygulanması amacıyla sağlık tesisi dışına çıkarılması ve tekrar sağlık tesisine iadesine ilişkin MKYS üzerinden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri “Emanet İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmış olmalıdır. Bu işlemler sonrası oluşturulan Taşınır İşlem Fişleri, biyomedikal dayanıklı taşınırın sağlık tesisinden çıkışı ve girişı sırasında biyomedikal dayanıklı taşınır teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır. Teknik hizmet uygulaması amacıyla yapılan emanet çıkışlarında teslim alan kişı firma personeli değil kargo firması çalışanı ise aynı zamanda tutanak tutularak çıkış TİF’i 2 nüsha halinde firmaya iletilmelidir.

Biyomedikal depo tarafından emanet çıkışı yapılan cihazın bilgileri (künye numarası vb.) Klinik Mühendislik Hizmet Birimine bildirilmelidir.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“MKYS Veri Girişleri ve Veri Doğruluğu

8. Biyomedikal dayanıklı taşınırların adli vakalarda, evde sağlık hizmetleri bünyesinde veya bakım, onarım, metroloji gibi biyomedikal teknik hizmetler kapsamında sağlık tesisi dışına çıkması durumunda “Emanet Çıkış” ve sonrasında “Emanetten İade Al” işlemleri gerçekleştirilmelidir.”

SORU: Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” uygun yapıyor mu?

SIRA : 136

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.13.1. Biyomedikal Depo kapsamındaki tıbbi cihaz ve tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayların takibi için Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalı ve Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

3.BD.13.2. Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.

3.BD.13.3. Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Depo kapsamında takip edilen tıbbi cihazlar ve tıbbi cihazlara bağlı biyomedikal tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayları takip etmesi için sağlık tesislerinde bir Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu görevlendirilmiş olmalıdır. Bu kişi biyomedikal depo kapsamındaki ürünlerin olumsuz olayları takip sürecinden sorumludur. (medikal depo kapsamındaki ürünlerin olumsuz olay takip sürecinden sorumlu değildir)

Görevlendirilen Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun 22.09.2014 tarihli, 113486 evrak numaralı, 1439044 barkodlu yazısına istinaden ilgili sağlık tesisi ilgili tebliğ gereğince tıbbi cihaz uyarı (materyovijilans) sorumlusu görevlendirilmelidir. Görevlendirilen personele dair bilgiler tibbicihazuyari@titck.gov.tr adresine gönderilmelidir. Ayrıca, ilgili personel ÜTS'de sağlık tesisinin yetkili kullanıcısı (başhekim ve/veya başhekim yardımcıları) tarafından Tıbbi Cihaz Vijilans (Uyarı) Sorumlusu olarak yetkilendirilmelidir. Tıbbi cihaz uyarı (materyovijilans) sorumlusunun değişmesi durumunda yeni görevlendirilen personele dair bilgiler tibbicihazuyari@titck.gov.tr adresine gönderilmelidir.

Raporlama yapılması gereken bir olay meydana geldiği zaman, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar bu olayı bir tutanak ile Hastane Tıbbi Cihaz Uyarı (Materyovijilans) Sorumlusuna bildirilmelidir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı bilgisi, barkod/seri/lot numaraları ve yaşanan olayın detaylı anlatımı bulunur. Yanıt gelene kadar cihaz uygun koşullar altında muhafaza edilir. Bu koşullar cihaz katalogunda yer alan saklama koşul ve ortamlarına uygun bir ortam olarak belirlenmelidir. Tıbbi Cihaz Uyarı (Materyovijilans) Sorumlusu kendisine bildirilen olumsuz olayı ÜTS aracılığıyla Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna ivedilikle bildirmelidir. ÜTS'de Uyarı Raporu İşlemleri sekmesi altında

yer alan Sağlık Kuruluşu Olumsuz Olay Rapor İşlemleri bölümünden Olumsuz Olay Raporu oluşturulmalı ve oluşturulan rapora; olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar tarafından hazırlanan tutanak, olumsuz olay yaşanan ürüne ve etiketine ait fotoğraflar, ürünün alımına ilişkin fatura fotokopisi ve bulunuyor ise ürünün satın almasında idarece kullanılan teknik şartname eklenmelidir. ÜTS'nin kullanılmadığı durumlarda <https://www.titck.gov.tr/dinamikmodul/109> adresinde yer alan “Sağlık Kuruluşları Olumsuz Olay Bildirim Formu” doldurularak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesindeki Tıbbi Cihaz Denetim Daire Başkanlığı'na resmi yazıyla ve/veya tibbicihazuyari@titck.gov.tr adresine e-posta göndermek suretiyle bildirilebilir. Yazıya/E-postaya olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar tarafından hazırlanan tutanak, olumsuz olay yaşanan ürüne ve etiketine ait fotoğraflar, ürünün alımına ilişkin fatura fotokopisi ve bulunuyor ise ürünün satın almasında idarece kullanılan teknik şartname de ayrıca eklenmelidir. Tüm bunlar ile birlikte, ÜTS aracılığıyla bildirim önem arz etmekte olup yazıyla/e-postayla bildirimin sadece ÜTS'nin kullanılmadığı durumlarda kullanılması gerekmektedir.

Depoların (Dayanıklı Taşınır ve Tüketim) yönetim alanları içerisinde bulunan tıbbi cihazlar ile ilgili uygunsuz olay bildirimlerinin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na yapılması gerekmektedir.

KAYNAK:

25.06.2007 tarih ve 26563 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

“C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

- a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
- c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

- a. Devir faaliyetleri
- b. Stok kontrol faaliyetleri
- c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri

- e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
- i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”

09.11.2018 tarih ve "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" hakkındaki 2018/26 sayılı Genelge.

2.4. “İhale teklifinin değerlendirilmesi aşamalarında ilgili cihazların www.titck.saglik.gov.tr adresinden Tıbbi Cihazlar Güvensiz Ürünler ve Gönüllü Geri Çekme Listelerinin takipleri yapılmalıdır. Kullanımları ve piyasaya arzları durdurulanların alımlarının yapılmamasına, sağlık kurumunca satın alındıktan sonar piyasaya arzları durdurulmuş cihaz miktarlarının ayrıntıları ile (kullanılan veya stokta bulunan vb.) bildirilmesine ve mevcut ürünlerin kullanılmaksızın muhafazasına dikkat edilmelidir. Tıbbi cihazların kullanımı sırasında ortaya çıkan cihaza bağlı olumsuz olayların (hasar, yaralanma, ölüm veya bunlara yol açabilecek muhtemel olaylar gibi ilgili Yönetmeliklerin “Uyarı Sistemi” başlığı altında sayılan durumlar) gecikmeksizin cihazın sağlayıcısına ve/veya üretici ve/veya ithalatçısına TİTUBB/ÜTS’ de kayıtlı ürün numarası, seri ve lot numarası bilgilerini içerecek şekilde bildirilmesi ve güvenliğinden şüphe edilem ürünlerin sağlık kuruluşunda muhafaza edilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu bildirim ÜTS sisteminde yer alan “Sağlık Kuruluşu Olumsuz Olay Bildirim Formu” sekmesi üzerinden veya <http://www.titck.gov.tr> adresinde yer alan “Sağlık Kuruluşu Olumsuz Olay Bildirim Formu” eksiksiz doldurularak tibbicihazuyari@titck.gov.tr adresine gönderilmek suretiyle Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna da iletilmelidir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?

SIRA : 137
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.14.1. Dayanıklı taşınırlar kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.

3.BD.14.2. Kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.

3.BD.14.3. Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırın sorunsuz kullanımını sağlamak için bu ürünlerin ilgili kullanıcıya veya kullanan birime zimmetli olması gerekmektedir. Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınır, taşınır istek belgesi ile talep edilir. Talep edilen biyomedikal dayanıklı taşınır, taşınır teslim belesi (zimmet fişi) düzenlenerek karşılıklı imza ile kullanıma verilmektedir. Ortak alana verilen Biyomedikal taşınır, istek yapan birim yetkilisinin veya ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınarak teslim edilir. MKYS’ deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır. Sağlık tesislerinde aktif durumdaki tüm biyomedikal dayanıklı taşınırın zimmetleri yapılmış olmalıdır.

Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS’deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır. Kullanıma verme işlemleri %90 seviyesinin üzerinde güncel olarak yapılmalı, kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları ve kullanıcıları haricinde müdür, müdür yardımcısı, taşınır kayıt yetkilisi vb. kişilere zimmetlenmemelidir.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

Dayanıklı taşınırın kullanıma verilmesi: MADDE 23 –

(1) Tesis, taşıt ve iş makineleri haricindeki dayanıklı taşınır Taşınır İstek Belgesi düzenlenmek suretiyle talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınır 6/A örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenerek kullanıma verilir.

(2) Kara taşıt ve iş makinelerinin yetkili makamın onayına istinaden yönetiminden sorumlu görevliye veya kullanıcıya verilmesinde ise 6 örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenir.

(3) Kara taşıtlarının dışındaki taşıtların sorumluya veya kullanıcılarına devir ve teslimine ilişkin usul ve düzenlenecek belgeler kamu idarelerince ayrıca belirlenir.

(4) Taşınır Teslim Belgesine dayanılarak Dayanıklı Taşınır Defterine gerekli kayıtlar yapılır. Fişin birinci nüshası dosyasında saklanır. İkinci nüshası Taşınır Teslim Belgesiyle taşınır teslim edilen görevlilere verilir.

(5) 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.

Sorumluluk: MADDE 5 –

(3) Kamu idarelerine ait taşınırın muhafazası ile görevli olan veya kendilerine kullanılmak üzere taşınır teslim edilen kamu görevlileri bu taşınır en iyi şekilde muhafaza etmek, gerekli bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırmak, veriliş amacına uygun bir şekilde kullanmak ve görevin sona ermesi veya görevden ayrılma halinde iade etmek zorundadırlar.

(4) Kamu görevlilerinin kullanımına verilen dayanıklı taşınır, kullanıcıları tarafından başkasına devredilemez. Kullanıcılarının görevden ayrılması halinde söz konusu taşınırın ambara iade edilmesi zorunludur. Bu şekilde teslim yapılmadan personelin kurumla ilişkisi kesilmez.

(5) Taşınırın muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

(6) Kullanılmak üzere kendilerine taşınır teslim edilen kamu görevlilerinin kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik ya da dikkatsizlikleri nedeniyle oluşan kamu zararı, değer tespit komisyonu tarafından tespit edilecek gerçeğe uygun değer üzerinden, ilgili mevzuat hükümleri uygulanmak suretiyle tahsil edilir. Ortak kullanım alanına tahsis edilen dayanıklı taşınırlarda meydana gelen kamu zararı ise zararın oluşmasında kasıt, kusur veya ihmali olanlardan tahsil edilir.

SORU: Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS giriş işlemleri uygun mu?

SIRA : 138

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. BD.15.1. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS giriş işlem türü “Devir- Hudut Sahillerinden Devir” olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından sağlık tesislerine alınan biyomedikal dayanıklı taşınırın depo kaydının oluşturulmasında MKYS giriş işlem türü “Devir- Hudut Sahillerinden Devir” seçilmelidir. 09.11.2018 tarih ve "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" hakkındaki 2018/26 sayılı Genelge. Taşınırın MKYS giriş işlem türü “Devir- Hudut Sahillerinden Devir” olmalıdır.

KAYNAK:

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı 09.04.2019 tarih ve 91224916 barkod numaralı “Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri ve Genel Hususlar” konulu yazı.

SORU: Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların sağlık tesisleri arasındaki devir işlemlerinde gerekli izinler alınmış mı?

SIRA : 139

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.BD.16.1. Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların başka sağlık tesislerine il içi /il dışı devir işlemlerinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımları Planlama Dairesi Başkanlığı’ndan izin alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımları Planlama Dairesi Başkanlığı tarafından merkezi izne tabi olan tıbbi cihaz listeleri yayınlanmaktadır. Bu kapsamda ekli listede olan tıbbi cihazların ihtiyaç gerekliliğinin tek bir elden sistemli olarak değerlendirilebilmesi, illerde gereksiz cihaz temininin engellenmesi ve atıl kapasitesi oluşumunun minimum indirilmesi amacıyla gerekli izinlerin alınması gerekmektedir.

KAYNAK:

30.07.2018 tarih ve 73948974 barkod numaralı Merkezi İzne Tabi Tutulan Tıbbi Cihazların Devredilmesi Hususunda Bilgilendirme” Hk. yazı.

MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

SORU: Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapıyor mu?

SIRA :140

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MBU.1.1. DHBS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

3.MBU.1.2. DHBS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

3.MBU.1.3. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.

3.MBU.1.4. Sağlık tesisinde yerleşim mekânına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekânı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)

3.MBU.1.5. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, servis vb) aylık olarak yapılmalıdır.

3.MBU.1.6. Analiz sonuçları yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Her bir branşın kesilen-kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Hizmetin Yapıldığı Aylara Göre Kesilen-Kesilmeyen/Kesilemeyen Fatura Tutarları Dağılımı								
	OCAK		ŞUBAT				YIL TOPLAMI	
	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen
1 Nolu Poliklinik								
2 Nolu Poliklinik								
Cerrahi Polikliniği								
Endodonti Polikliniği								
Servis								
Ameliyathane								
.....								
TOPLAM								

Yönetim tarafından klinik bazında en yüksek ve en düşük hizmet tutarı/fatura tutarı olan hasta dosyalarının 10 tanesi seçilerek, faturalandırma esasları açısından uygunluk durumu incelenmelidir. Kliniklerde faturalandırma ile ilgili bir sorun tespit edilmişse gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde takip edilerek, bu sorunun nedenleri ve çözümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Tahsil Edilemeyen Fatura Tutarlarının Aylara Göre Dağılımı					
	Ocak	Şubat	Mart		Yıl Toplamı
SGK (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, 60/G İsteğe Tabi Sigortası Olanlar, 18 Yaş Altı Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Hastalar vb.)					
Banka Sandıkları					
Ücretli Hasta					
Sağlık Turizmi					
Irak Uyruklu Hastalar					
Suriye Uyruklu Hastalar (Geçici Koruma)					
.....					
TOPLAM					

Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri gibi yerleşim mekanına göre kesilen faturalarının aylık takibini en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde yapıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Yerleşim Mekanları Fatura Takibi						
	Ocak	Şubat	Mart			Yıl Toplamı
Merkez Bina						
..... Ek Bina						
.... Semt Polikliniği						
.....						
.....						
TOPLAM						

Sağlık tesisinde gelirlerin takibinin en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Gelir Takibi Tablosu												
	Ocak			Şubat						Yıl Toplamı		
	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam
Cerrahi												
Ortodonti												
Protez												
...												
...												
TOPLAM												

Analiz sonuçları yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler, DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak verilerin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

Soru: Sağlık tesisinde medikal gaz, elektrik, su, iletişim vb. giderlerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 141

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MBU.2.1. Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Yönetim tarafından analizi yapılarak, tasarruf yapılabilecek alanlar için düzenlemeler yapılmalıdır.

..... Yılı Gider Takip Tablosu						
GİDER TÜRÜ	OCAK	ŞUBAT	MART	...	...	TOPLAM
Medikal gaz						
Elektrik						
Su						
Yakıt						
Tıbbi atık						
İletişim (Telefon, internet vb.)						
Kira						
.....						
TOPLAM						

Gözlemciler tarafından;

- ✓ “Gider Takip Tablosunun” en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

01.08.2013 tarih ve 5454.3278 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı’nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı

İlgi (a) ve (b) yazılarımızda Sağlık tesislerinin, elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi ve verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, elektrik ve su konusunda iller arasında oluşabilecek fiyat farklılıklarının tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasının sağlanması, yakıt dönüşümünün finansman çalışmalarını etkin yapılabilmesi için TKHK’nın web uygulamaları içerisinde yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi içerisindeki Enerji Tüketim Takip Modülü’ne veri girişlerinin eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerektiği belirtilmektedir.

29.04.2014 tarih ve 20145514.143/840 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı’nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı

Sağlık kuruluşlarının elektrik, doğalgaz ve su giderleri Verimlilik Karnesi İdari Kriterler Grubunda yer alan İ-12 ve İ-AD-08 kodlu “Enerji Sarfıyatı” gösterge puanlarına göre de analiz edilmektedir. Bu bağlamda elektrik, doğalgaz ve su gider analizlerinin sağlıklı yapılabilmesi için Kurumumuz web uygulamalarında yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi “MKYS” içerisindeki Enerji Takip Modülü’ne sağlık kuruluşlarımız tarafından veri girişlerinin zamanında ve doğru yapılması önem arz etmektedir.

Enerji Tüketim Takip Modülüne veri girişi ve modülün işletilmesi ile ilgili iş ve işlemler için Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Tıbbi Cihaz ve Yatırım Planlama Daire

Başkanlığı ile iletişime geçilmesi, söz konusu modüle zamanında, doğru ve güvenilir bir şekilde veri girişlerinin yapılması için Genel Sekreterliğinize bağlı sağlık kuruluşlarının bilgilendirilmesi ve takibinin tarafınızca titizlikle yürütülmesi hususunda;

SORU: Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'üne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?

SIRA :142
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 3
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.3.1. Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13' üne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden 740.08.02 Sabit Dışı Ek Ödeme hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır. Hastane idaresi tarafından yapılan bu kontroller sonucu hastane dışı faktörler dışında performansa dayalı ek ödemelerin gecikme, ödenmeme gibi benzeri aksaklıkların takibi yapılarak engellenmelidir.

Gözlemciler tarafından aşağıda belirtilen aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır.TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Muhasebe İşlemleri / (Seçim 2) Defterler / (Seçim 3) Yardımcı Defter açılır.



Yardımcı defterde 740.08.02 “Sabit Dışı Ek Ödeme” kodu ve kontrol edilecek tarih aralığı

Yardımcı Defter Devlet Hastanesi) - Google Chrome

https://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/istHesapMuaviniPop.htm?k=10308 **İlgili Hesap Kodu ve Tarih Aralığı Seçilir**

Sadece Kullanılan Hesaplar

Başlangıç H.Kodu: 740.08.02 Bitiş H.Kodu: 9

Hesap Adı: Sadece Kullanılan Hesaplar

Başlangıç Tarihi: 01.01.2018 Bitiş Tarihi: 30.06.2018

T.C. Kimlik/Vergi No:

Bakiyeleri Göster:

Ara/Bul Sayfa: 1

Saymanlıklar: İSM DS

Kurumlar:

Hesap Kod	Hesap Adı
740.08.02	Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.01	Ocak Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.02	Şubat Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.03	Mart Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.04	Nisan Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.05	Mayıs Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.06	Haziran Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.07	Temmuz Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.08	Ağustos Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.09	Eylül Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.10	Ekim Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.11	Kasım Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.12	Aralık Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.13	Geçmiş Yıllar Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.03	375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.01	Ocak Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.02	Şubat 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.03	Mart Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.04	Nisan Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.05	Mayıs Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.06	Haziran Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.07	Temmuz Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.08	Ağustos Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)
740.08.03.09	Eylül Ayı 375 KHK Ek Ödeme Farkları Hesabı (Aylık Mahsuplaşma)

yazılarak **Ara/Bul** butonuna basılır ve hesap kodu seçilir.

KONTROL

740.08.02 “Sabit Dışı Ek Ödeme” kodu seçildikten sonra PDF yazdır

Yardımcı Defter (Adana) Devlet Hastanesi - Google Chrome

Güvenli | https://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/tdmsHesapMuaviniPop.htm?k=10308

Ara/Bul Sayfa: 1 Kurumlar Adana Dı

Hesap Kod	Hesap Adı
740.08.01	Sabit Ek Ödeme
740.08.01.01	Ocak Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.02	Şubat Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.03	Mart Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.04	Nisan Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.05	Mayıs Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.06	Haziran Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.07	Temmuz Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.08	Ağustos Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.09	Eylül Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.10	Ekim Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.11	Kasım Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.12	Aralık Ayı Sabit Ek Ödeme
740.08.01.13	Devlet Hastanesi Sabit Ek Ödeme
740.08.02	Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.01	Ocak Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.02	Şubat Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.03	Mart Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.04	Nisan Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.05	Mayıs Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.06	Haziran Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.07	Temmuz Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.08	Ağustos Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.09	Eylül Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme
740.08.02.10	Ekim Ayı Sabit Dışı Ek Ödeme

B. Toplam: 5.423.007,76 A. Toplam: 0,00 B. Bakiye: 5.423.007,76 A. Bakiye: 0,00

740.08.02 : Sabit Dışı Ek Ödeme (10 adet) Pdf Yazdır

PDF Yazdırılır

Fiş Detay	Fiş No	Fiş Tip	Fiş Tarihi	Açıklama	Borç	Alacak	Durum
Detay	8222	Ödeme Emri	13.02.2018	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK DÖNER SERMAYE EK ÖDEMESİ	931.929,13	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	10296	Ödeme Emri	20.02.2018	DEVLET HASTANESİ OCAK 2018 DÖNEMİ EKSIK YAPILAN DÖNER SER.EK ÖDEME FARKI	431,29	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	16479	Ödeme Emri	13.03.2018	DEVLET HASTANESİ 2018/ŞUBAT DÖNER SER. EK ÖDEMESİ	959.513,71	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	25600	Ödeme Emri	11.04.2018	DEVLET HASTANESİ MART/2018 DÖNER SER.EK ÖDEME	1.003.220,03	0,00	Muhasebeleşmiş

butonuna basılır.

Saymanlık Kodu : 03

01/01/2018 - 30/06/2018

Sayfa : 1 - 1

Kontrol;
Fiş Tarihi<=13 "Evet"
Fiş Tarihi>13 "Hayır"

İSM DSS2
Devlet Hastanesi

740.08.02
Sabit Dışı Ek Ödeme

Devreden Bakiye: 0,00 0,00
Nakli Yekün: 0,00 0,00

Fiş Tarihi	Yevmiye Numarası	Fiş No	Fiş Tip	Açıklama	Borç	Alacak
13/02/2018	8294	8222	M	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK DÖNER SERMAYE EK ÖDEMESİ	931.929,13	0,00
20/02/2018	10361	10296	M	DEVLET HASTANESİ OCAK 2018 DÖNEMİ EKSIK YAPILAN DÖNER SER.EK ÖDEME FARKI	431,29	0,00
13/03/2018	16496	16479	M	DEVLET HASTANESİ 2018/ŞUBAT DÖNER SER. EK ÖDEMESİ	959.513,71	0,00
11/04/2018	25550	25600	M	DEVLET HASTANESİ MART/2018 DÖNER SER.EK ÖDEME	1.003.220,03	0,00
11/05/2018	33997	34091	M	DEVLET HASTANESİ NİSAN /2018 DÖNEMİ DÖNER SERMAYE EK ÖDEMESİ	905.436,41	0,00
23/05/2018	38182	38452	M	DEVLET HASTANESİ 2018/NİSAN DÖN.SER.EK ÖDEME FARKI	4.392,82	0,00
11/06/2018	44626	44812	M	DEVLET HASTANESİ MAYIS/2018 DÖNER SERMAYE EK ÖDEMESİ	873.298,21	0,00
26/06/2018	48999	49324	M	DEVLET HASTANESİ NİSAN/2018 DÖNER SER.EK ÖDEMESİ FARKI	1.342,62	0,00
Genel Toplam :					4.679.564,30	0,00

Yazdırılan PDF üzerinden muhasebe kaydı yapılan tüm personelin ödemelerine ilişkin “Sabit Dışı Ek Ödeme” Fiş (kayıt) tarihlerine bakılır. Fiş (Kayıt) tarihi ilgili ayın 13’ü ve öncesinde bir tarih ise “EVET”, Fiş (Kayıt) tarihi ilgili ayın 13’ünden sonraki bir tarih ise “HAYIR” kabul edilir.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15'ine kadar tahakkuklaştırılıp Muhasebe Birimine ulaştırılıyor mu?

SIRA :143

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.4.1. Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15' ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden 740.02.01.05 Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap Ücretleri) ile 740.03.01.05 Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkla hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır. TDMS (Tek Düzen Muhasebe Sistemi) üzerinden kontrolleri gerçekleştirilen ek çalışma karşılıklarının zamanında muhasebeleşmesi ve hastane dışı faktörler dışında ödemelerin mümkün olduğunca maaşla birlikte yapılması için hastane idaresi tarafından gerekli tedbir ve kontrollerin sağlanması gerekmektedir.

Nöbet, icap ve fazla mesai ücretlerinin en geç ayın 15' ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılma durumu aşağıda belirtilen aşamalar takip edilerek değerlendirilmelidir.

The screenshot shows the T.C. Sağlık Bakanlığı (Ministry of Health) website. The page is in Turkish. The top navigation bar includes 'Sağlık BK' (Health BK) and 'Devlet Hastanesi' (State Hospital). The left sidebar contains a list of menu items, with 'Hesaplar' (Accounts) selected. The main content area displays 'Devlet Hastanesi' and a list of hospitals. Red arrows point to 'SEÇİM 1' (Selection 1) and 'SEÇİM 2' (Selection 2).

224

Yardımcı Defter () Devlet Hastanesi - Google Chrome

https://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listHesapMuaviniPop.htm?k=10308

İlgili Hesap Kodu ve Tarih Aralığı Seçilir

Sadece Kullanılan Hesaplar

Başlangıç H.Kodu: 740.02.01.05

Hesap Adı:

Başlangıç Tarihi: 01.01.2018

T.C. Kimlik/Vergi No:

Bakiyeleri Göster: ☐

Ara/Bul

Sayfa: 1

Bitiş H.Kodu: 9

Sadece Kullanılan Hesaplar: ☐

Bitiş Tarihi: 30.06.2018

Saymanlıklar: İSM DSİ

Kurumlar:

Hesap Kod	Hesap Adı
740.02.01.05	Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcâp Ücretleri)
740.02.01.05.01	Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.01.01	Hekimlere Ait Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.01.02	Hekim Dışı Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02	İcâp Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02.01	Hekimlere Ait İcâp Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02.02	Hekim Dışı İcâp Nöbet Ücretleri
740.02.01.06	Ödül Ve İkrâmiyeler
740.02.01.07	Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri
740.02.01.08	Aile Hekimliği Giderleri
740.02.01.08.01	Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu İçin Yapılan Giderler
740.02.02	Sosyal Güvenlik Kurumuna (Memurlar)
740.03	Sözleşmeli Personel Ücret Giderleri
740.03.01	Sözleşmeli Personel
740.03.01.01	Ücretler
740.03.01.01.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Ücretleri
740.03.01.04	Sosyal Haklar
740.03.01.04.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Hakları
740.03.01.05	Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcâp Nöbet Ücretleri)
740.03.01.05.01	Sözleşmeli Personel Nöbet Ücretleri
740.03.01.05.01.01	Sözleşmeli Hekimlere Ait Nöbet Ücretleri
740.03.01.05.01.02	Sözleşmeli Hekim Dışı Nöbet Ücretleri
740.03.01.05.02	Sözleşmeli Personel İcâp Nöbet Ücretleri
740.03.01.05.02.01	Sözleşmeli Hekimlere Ait İcâp Nöbet Ücretleri

740.02.01.05 “Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcâp Ücretleri)” ile 740.03.01.05 “Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkları” kodları ayrı ayrı kontrol için seçilir ve PDF yazdır butonuna basılır.

Yardımcı Defter (Adana Devlet Hastanesi) - Google Chrome

Güvenli | https://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listHesapMuaviniPop.htm?k=10308

Hesap Kod	Hesap Adı
740.02	Memur Ücret Giderleri
740.02.01	Memurlar
740.02.01.01	Temel Maaşlar
740.02.01.02	Zamlar ve Tazminatlar
740.02.01.03	Ödenekler
740.02.01.04	Sosyal Haklar
740.02.01.05	Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcâp Ücretleri)
740.02.01.05.01	Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.01.01	Hekimlere Ait Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.01.02	Hekim Dışı Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02	İcâp Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02.01	Hekimlere Ait İcâp Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02.02	Hekim Dışı İcâp Nöbet Ücretleri
740.02.01.06	Ödül Ve İkrâmiyeler
740.02.01.07	Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri
740.02.01.08	Aile Hekimliği Giderleri
740.02.01.08.01	Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu İçin Yapılan Giderler
740.02.02	Sosyal Güvenlik Kurumuna (Memurlar)
740.03	Sözleşmeli Personel Ücret Giderleri
740.03.01	Sözleşmeli Personel
740.03.01.01	Ücretler
740.03.01.01.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Ücretleri
740.03.01.04	Sosyal Haklar
740.03.01.04.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Hakları
740.03.01.05	Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcâp Nöbet Ücretleri)

B. Toplam 1.417.272,75 A. Toplam 0,00 B. Bakiye 1.417.272,75 A. Bakiye 0,00

740.02.01.05 : Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcâp Ücretleri) (30 adet) Pdf Yazdır Excel Yazdır

PDF Yazdırılır

Fiş Detay	Fiş No	Fiş Tipi	Fiş Tarihi	Açıklama	Borç	Alacak	Durum
Detay	4855	Ödeme Emri	01.02.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ HEKİM İCÂP ÖDEMESİ (EK BODRO)	2.217,60		Muhasebeleşmiş
Detay	4856	Ödeme Emri	01.02.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ TABİP NÖBET (EK BODRO) ÖDEMESİ	1.633,46		Muhasebeleşmiş
Detay	7146	Ödeme Emri	09.02.2018	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP DIŞI NÖBET ÖDEMESİ	155.272,45		Muhasebeleşmiş
Detay	7147	Ödeme Emri	09.02.2018	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP DIŞI NÖBET ÖDEMESİ	35.726,24		Muhasebeleşmiş

Yazdırılan PDF üzerinden muhasebe kaydı yapılan tüm personelin ödemelerine ilişkin “Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap Ücretleri)” ve “Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkları” Fiş (kayıt) tarihlerine bakılır. Fiş (Kayıt) tarihi ilgili ayın 15’i ve öncesinde bir tarih ise “EVET”, Fiş (Kayıt) tarihi ilgili ayın 15’inden sonraki bir tarih ise “HAYIR” kabul edilir.

YARDIMCI DEFTER						
Saymanlık Kodu : 0103	01/01/2018 - 25/10/2018	Sayfa : 1 - 2				
İSM DSS2 Devlet Hastanesi						
740.02.01.05 Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap Ücretleri)						
Devreden Bakiye:		0,00	0,00			
Nakli Yekün:		0,00	0,00			
Fiş	Yevmiye	Fiş	Fiş	Açıklama	Borç	Alacak
Tarihi	Numarası	No	Tip			
01/02/2018	5136	4855	M	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ HERİM İCAP ÖDEMELERİ	2.217,60	0,00
01/02/2018	5137	4856	M	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ TABİP NÖBET (EK)	1.633,46	0,00
09/02/2018	7291	7146	M	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP DIŞI NÖBET ÖDEMELERİ	155.272,43	0,00
09/02/2018	7292	7147	M	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP NÖBET ÖDEMELERİ	35.726,24	0,00
09/02/2018	7368	7249	M	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP DIŞI İCAP ÖDEMELERİ	8.829,64	0,00
09/02/2018	7369	7250	M	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP İCAP ÖDEMELERİ	29.321,04	0,00

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU:Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5' ine kadar muhasebe birimine gönderiliyor mu?

SIRA :144

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.5.1 Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5' ine kadar muhasebe birimine gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

696 KHK ile kadroya alınan taşeron haricindeki, hizmet ödemelerinin zamanında ödenmesi hastane idaresi tarafından sağlanmalıdır.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden

- 740.06.06 Yemek Hizmeti Alım Giderler
- 740.06.10 Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri

- 740.06.23 Dış Protez Hizmeti Alım Giderler
 - 740.06.21 Teknik Destek Hizmeti Alım Giderler
- hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından aşağıda belirtilen aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır.TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Muhasebe İşlemleri / (Seçim 2) Defterler / (Seçim 3) Yardımcı Defter açılır.



Yardımcı defterde 740.06.06 “Yemek Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.10 “Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.11 “Laboratuvar Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.23 “Dış Protez ve Ortez Hizmeti Alım Giderleri” ile 740.06.21 “Teknik Destek Hizmeti Alım Giderleri” kodları ayrı ayrı ve kontrol edilecek tarih aralığı yazılarak **Ara/Bul** butonuna basılır ve hesap kodu seçilir.

Yardımcı Defter (Devlet Hastanesi) - Google Chrome

https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listHesapMuaviniPop.htm?k=10308

İlgili Hesap Kodu ve Tarih Aralığı Seçilir

Sadece Kullanılan Hesaplar

Başlangıç H.Kodu: 740.06.06 Bitiş H.Kodu: 9

Hesap Adı: Sadece Kullanılan Hesaplar

Başlangıç Tarihi: 01.01.2018 Bitiş Tarihi: 30.06.2018

T.C. Kimlik/Vergi No:

Bakiyeleri Göster: Ara/Bul Butonuna basılır

Ara/Bul

Sayfa: 1

Kurumlar

Hesap Kod	Hesap Adı
740.06.06	Yemek Hizmeti Alım Giderleri
740.06.07	Veri Hazırlama ve Bilgi İşlem Hizmeti Giderleri
740.06.08	Özel Güvenlik Hizmeti Alım Giderleri
740.06.09	Çamaşırhane Hizmeti Alım Giderleri
740.06.10	Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri
740.06.10.01	MR Hizmeti Alım Giderleri
740.06.10.02	Tomografi Hizmeti Alım Giderleri
740.06.10.03	Röntgen Cihazları
740.06.10.04	Renkli Doppler-Ultrason Cihazı
740.06.10.05	Kemik Mineral Dansitometri Cihazı
740.06.10.06	Mamografi Cihazı
740.06.10.07	Nükleer Tıp

740.06.06 “Yemek Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.10 “Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.11 “Laboratuvar Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.23 “Diş Protez ve Ortez Hizmeti Alım Giderleri” ile 740.06.21 “Teknik Destek Hizmeti Alım Giderleri” kodları ayrı ayrı ve kontrol için seçilir ve PDF yazdır butonuna basılır.

Yardımcı Defter (Adana Devlet Hastanesi) - Google Chrome

https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listHesapMuaviniPop.htm?k=10308

PDF Yazdır

740.06.06 : Yemek Hizmeti Alım Giderleri (6 adet)

Çıkış Tarihi	Çıkış No	Çıkış Tipi	Çıkış Tarihi	Açıklama	Dengi	Kesir	Durum
Detay	8599	Ödeme Emri	15.02.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ MAL. 2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	164.547,48	0,00	Muhasebeleştirilmiş
Detay	14982	Ödeme Emri	08.03.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ MAL. 2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	157.779,64	0,00	Muhasebeleştirilmiş
Detay	25429	Ödeme Emri	11.04.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ MAL. 2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	172.223,52	0,00	Muhasebeleştirilmiş
Detay	33160	Ödeme Emri	09.05.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ MAL. 2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	153.022,36	0,00	Muhasebeleştirilmiş

Yazdırılan PDF üzerinden muhasebe kaydı yapılan tüm hizmet alımı ödemelerine ilişkin 740.06.06 “Yemek Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.10 “Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.11 “Laboratuvar Hizmeti Alım Giderleri”, 740.06.23 “Diş Protez ve Ortez Hizmeti Alım Giderleri” ile 740.06.21 “Teknik Destek Hizmeti Alım Giderleri” Fiş (kayıt) tarihlerine bakılır. Fiş (Kayıt) tarihi ilgili ayın 5’i ve öncesinde bir tarih ise “EVET”, Fiş (Kayıt) tarihi ilgili ayın 5’inden sonraki bir tarih ise “HAYIR” kabul edilir.

YARDIMCI DEFTER

Saymanlık Kodu : 03

01/01/2018 - 30/06/2018

Sayfa : 1 - 1

İSM DSS2
Devlet Hastanesi

Kontrol;
Fiş Tarihi <= 5 "Evet"
Fiş Tarihi > 5 "Hayır"

740.06.06
Yemek Hizmeti Alım Giderleri

Devreden Bakiye: 0,00 0,00
Nakli Yekün: 0,00 0,00

Fiş Tarihi	Yevmiye Numarası	Fiş No	Fiş Tip	Açıklama	Borç	Alacak
15/02/2018	8720	8599	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TİC. LTD. ŞTİ. 2016/275672	164.547,48	0,00
08/03/2018	15034	14982	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TİC. LTD. ŞTİ.	157.779,64	0,00
11/04/2018	25403	25429	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TİC. LTD. ŞTİ. 2016/275672	172.223,52	0,00
09/05/2018	33082	33160	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TİC. LTD. ŞTİ. 2016/275672	153.022,36	0,00
06/06/2018	43899	44064	M	2016/275672 YEMEK HİZMET ALIMI 2018 MAYIS HAKEDİŞİ	143.879,37	0,00
Genel Toplam :					791.452,37	0,00

KAYNAK:

- Strateji Geliştirme Başkanlığının 2010/29 sayılı Genelgesi
- Strateji Geliştirme Başkanlığının 27/04/2011 tarih ve 4344 sayılı yazı
- TKHK 24/12/2013 tarih ve 4915/949 sayılı yazıları

SORU:21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınıyor mu?

SIRA :145

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

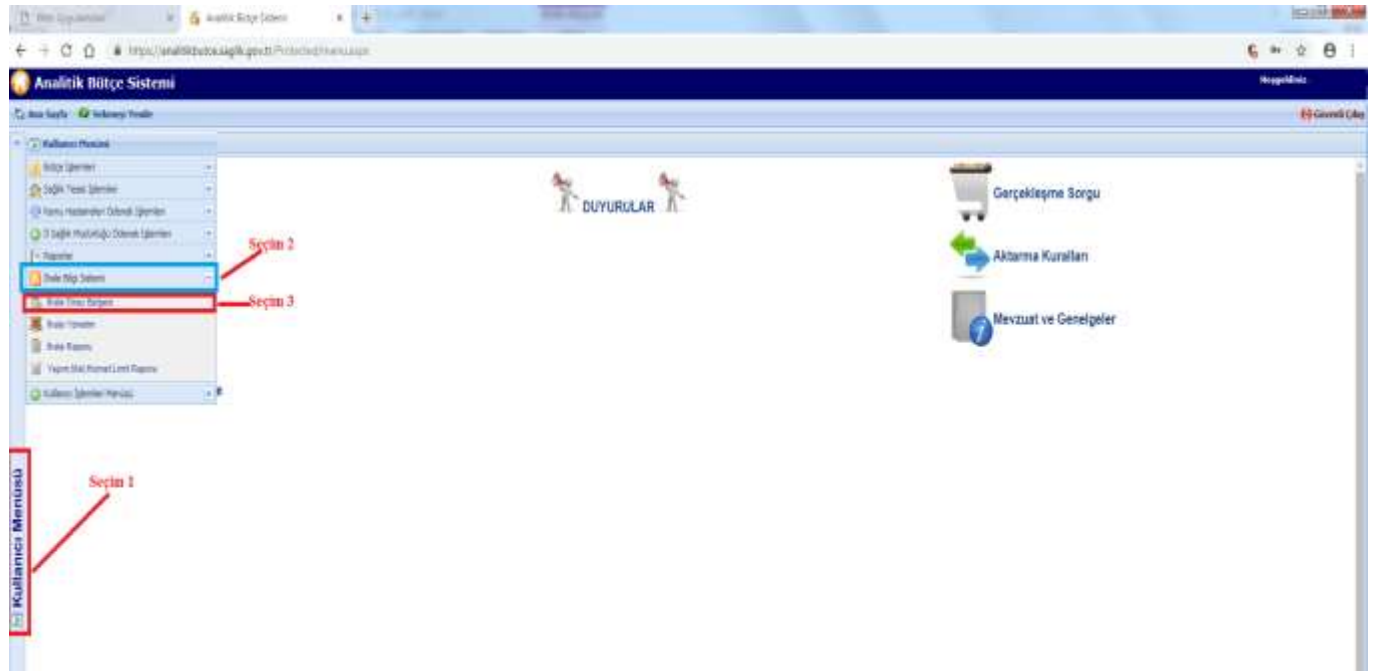
3. MBU.6.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Mal alımlarında; MKYS (Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi) girişleri ile Analitik Bütçe Sistemine girilen onayların birbirini tutması gerekmektedir. Hizmet alımlarında ve yapım işlerinde dosya bazlı kontroller yapılmalıdır. Analitik Bütçe Sisteminden 21/f ve 22/d doğrudan temin onaylarının alınmasıyla hem satın alma evrağı için referans numarası oluşturulması ve bu satınalma yöntemlerinde bütçelerinin oto kontrolü sağlanması gerekmektedir.

21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onaylarının Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınma durumu gözlemciler tarafından aşağıdaki aşamalar takip edilerek değerlendirilmelidir.

Döner Sermaye Bütçe Uygulaması programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır. Analitik Bütçe programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) **Kullanıcı Menüsü** / (Seçim 2) **İhale Bilgi Sistemi** / (Seçim 3) **İhale Onay Belgesi** açılır.



Sağlık tesisi tarafından 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onaylarının alınıp/alınmadığının kontrolü yapılır. (Yapılan doğrudan teminlerin ekrana gelen listesi üzerinden)

kodu ile yapılır.

Kontroller, özellikle hizmet alımlarında ve yapım işlerinde ilgili birim personelinin alınacak dosya üzerinden de yapılmalıdır.

Kontrollerde istenen ve temin edilen dosyaların içinde onay belgesi ve referans kodunun olup olmadığına bakılmalıdır.

Kontrol sonucunda 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları alınmış ise “**Evet**”, onayları alınmamış ise “**Hayır**” olarak değerlendirme yapılır.

KAYNAK:

İl Sağlık Müdürlükleri Bütçe Çağrısı ve Uygulamaları
4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

Pazarlık usulü

Madde 21- Aşağıda belirtilen hallerde pazarlık usulü ile ihale yapılabilir:

a) Açık ihale usulü veya belli istekliler arasında ihale usulü ile yapılan ihale sonucunda teklif çıkmaması.

b) Doğal afetler, salgın hastalıklar, can veya mal kaybı tehlikesi gibi ani ve beklenmeyen veya yapım tekniği açısından özellik arz eden veya yapı veya can ve mal güvenliğinin sağlanması açısından ivedilikle yapılması gerekliliği idarece belirlenen hallerde veyahut idare tarafından önceden öngörülemeyen olayların ortaya çıkması üzerine ihalenin ivedi olarak yapılmasının zorunlu olması.⁽²⁾

c) Savunma ve güvenlikle ilgili özel durumların ortaya çıkması üzerine ihalenin ivedi olarak yapılmasının zorunlu olması.

d) İhalenin, araştırma ve geliştirme sürecine ihtiyaç gösteren ve seri üretime konu olmayan nitelikte olması.

e) İhale konusu mal veya hizmet alımları ile yapım işlerinin özgün nitelikte ve karmaşık olması nedeniyle teknik ve malî özelliklerinin gerekli olan netlikte belirlenememesi.

f) **(Ek: 30/7/2003-4964/14 md.)** İdarelerin yaklaşık maliyeti ellimilyar Türk Lirasına kadar olan mamul mal, malzeme veya hizmet alımları.⁽³⁾

Doğrudan temin

Madde 22- (Değişik: 30/7/2003-4964/15 md.)

Aşağıda belirtilen hallerde ihtiyaçların ilân yapılmaksızın ve teminat alınmaksızın doğrudan temini usulüne başvurulabilir:

a) İhtiyacın sadece gerçek veya tüzel tek kişi tarafından karşılanabileceğinin tespit edilmesi.

b) Sadece gerçek veya tüzel tek kişinin ihtiyaç ile ilgili özel bir hakka sahip olması.

c) Mevcut mal, ekipman, teknoloji veya hizmetlerle uyumun ve standardizasyonun sağlanması için zorunlu olan mal ve hizmetlerin, asıl sözleşmeye dayalı olarak düzenlenecek

ve toplam süreleri üç yılı geçmeyecek sözleşmelerle ilk alım yapılan gerçek veya tüzel kişiden alınması.

d) Büyükşehir belediyesi sınırları dahilinde bulunan idarelerin onbeş milyar, diğer idarelerin beşmilyar Türk Lirasını aşmayan ihtiyaçları ile temsil ağırlama faaliyetleri kapsamında yapılacak konaklama, seyahat ve işeye ilişkin alımlar.(1)

e) İdarelerin ihtiyacına uygun taşınmaz mal alımı veya kiralanması.

SORU: 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılıyor mu?

SIRA : 146

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MBU.7.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde doğrudan teminle yapılan alım yöntemlerinde 4734 sayılı kanuna uygun bir şekilde takip ve kontrolü yapılmalı, % 10 Doğrudan temin limit takibinin yapılıp yapılmadığı aşağıdaki aşamalar ile kontrol edilmelidir.

Döner Sermaye Bütçe Uygulaması programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır. Analitik Bütçe programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) **Kullanıcı Menüsü** / (Seçim 2) **İhale Bilgi Sistemi** / (Seçim 3) **Yapım, Mal, Hizmet Limit Raporu** açılır.



Sağlık tesisi tarafından 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onaylarının limit kontrolü **Yapım, Mal, Hizmet Limit Raporu** üzerinden yapılır.

Hizmet, Mal ve Yapım işleri için **ayrı ayrı** “%10’a göre kalan / KİK varsa KİK e göre kalan” bölümüne bakılır. **Hizmet, Mal ve Yapım** işleri için kalan miktar **“0” veya “0” dan büyükse “Evet”, herhangi birinde veya tamamında “0” dan küçükse “Hayır”** olarak değerlendirilir.

KAYNAK:

4734 sayılı Kanunun 62 nci maddesinin (1) bendi gereğince %10 limitlerinin aşılması gerekmektedir.

SORU: Alacak takipleri düzenli olarak yapıyor mu? Tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmış mı?

SIRA :147

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

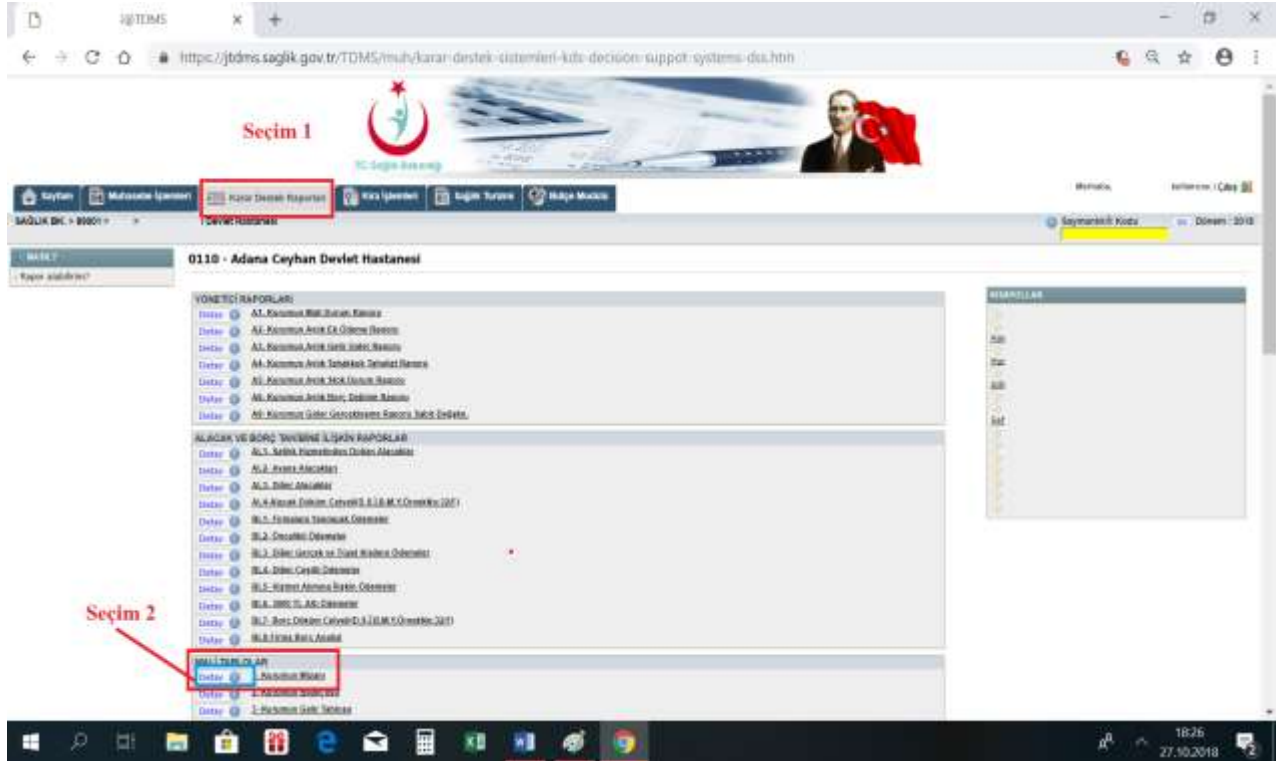
3. MBU.8.1. Alacak takipleri düzenli olarak yapılmalı ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tek Düzen Muhasebe Sistemi içerisindeki alacak kayıtlarının incelenmesi ve vadesi geçmiş alacakların yasal takibinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Alacak kayıtlarının incelenerek vadesi geçmiş alacaklar için alacak takibi başlatılarak yasal faiziyle birlikte tahsil edilmesi sağlanmalıdır.

Gözlemciler tarafından aşağıdaki aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır.TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Karar Destek Raporları / (Seçim 2) Kurumun Mizanı(Detay) açılır.



ALACAK VE BORÇ TAKİBİNE İLİŞKİN RAPORLAR	
Detay	AL1- Sağlık Hizmetinden Doğan Alacaklar
Detay	AL2- Avans Alacakları
Detay	AL3- Diğer Alacaklar
Detay	AL4-Alacak Döküm Cetveli(D.S.İ.B.M.Y.ÖrnekNo:32/F)
Detay	BL1- Firmalara Yapılacak Ödemeler
Detay	BL2- Öncelikli Ödemeler
Detay	BL3- Diğer Gerçek ve Tüzel Kişilere Ödemeler
Detay	BL4- Diğer Çeşitli Ödemeler
Detay	BL5- Hizmet Alımına İlişkin Ödemeler
Detay	BL6- 3000 TL Altı Ödemeler
Detay	BL7- Borç Döküm Cetveli(D.S.İ.B.M.Y.ÖrnekNo:32/F)
Detay	BL8-Firma Borç Analizi
MALİ TABLOLAR	
Detay	1- Kurumun Mizanı
Detay	2- Kurumun Bilançosu
Detay	3- Kurumun Gelir Tablosu
Detay	4- Kurumun Hesap Planı
Detay	5- Kurumun Giderler Döküm Cetveli
Detay	6- Kurumun Gelirler Döküm Detaylı

Mizan Detayı açıldıktan sonra Başlangıç Hesap Koduna “120” ve Bitiş Hesap Koduna “121”, Başlangıç Seviyeye “3” ve Bitiş Seviyeye “7” yazılarak incelenecek tarih aralığı belirlenerek “Göster” butonuna basılır.

yukle' (Note: While downloading Pdf reports, if you have a problem, download the latest version of Adobe Acrobat Reader. [yukle](#))."/>

Yıl içinde **Kesilen Fatura** “Borç hanesi” ve **Yapılan Tahsilat v.b.** “Alacak hanesi” durumlarına bakılır. Kalan Alacak ise “Borç Bakiye” alanından kontrol edilir Tahsilat “Alacak Alanı” “0” ise veya Kalan Alacak “Borç Bakiye” değeri var ve yüksek ise Faturalama ve Gelir Tahakkuk birim personelinden Kalan Alacak “Borç Bakiye” tahakkuk tarihleri hakkında bilgi alınır ve yasal tahsilat süresi geçenler ile tahsilat için icra işlemi başlatılmış mı bakılır. Başlatılmış veya yasal süresi geçmiş alacak yok ise “**Evet**”, yasal süresi geçmiş ve icra takibi başlatılmamışsa “**Hayır**” olarak değerlendirme yapılır. . Yapılacak kontrollerde Mizan Detayından “Sadece Açılışlar” seçilerek bir önceki yıldan devir alacaklara bakmak daha sağlıklı karar vermeye yardımcı olacaktır.

Kesilen Fatura		Yapılan Tahsilat v.b.1- Kurumun Mizanı		Kalan Alacak	
Kurulus Adı	: Devlet Hastaneleri - Bütün Kurumlar	Cari Yıl	: 2018		
Hesap Kodu Aralığı	: 120 - 121	Tarih Aralığı	: 01.01.2018-31.12.2018		
Mizan Tipi	: Geçici Mizan	Rapor Tarihi	: 06/08/2018 10:10:26		
Veri Kaynağı	: KDS-Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)	TDMS Linki	: http://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm		
HESAP KODU	HESAP ADI	BORÇ	ALACAK	BORÇ BAKIYE	ALACAK BAKIYE
120	ALICILAR HESABI	27,511,573.25	24,639,232.31	2,872,340.94	0.00
120.01	Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu İdarelerinden Alacaklar	3,468,820.80	713,539.56	2,755,281.24	0.00
120.01.01	Türkiye Büyük Millet Meclisi	476.99	420.99	56.00	0.00
120.01.15	Sağlık Bakanlığı	447,956.51	328,118.57	119,837.94	0.00
120.01.15.01	Adli Vaka	89,602.37	63,243.57	26,358.80	0.00
120.01.15.02	Tutuklu-Hükümlü	358,354.14	264,875.00	93,479.14	0.00
120.01.51	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı	3,006,409.93	385,000.00	2,621,409.93	0.00
120.01.51.01	Suriyeli Hastalara Verilen Sağlık Hizmetleri	3,006,409.93	385,000.00	2,621,409.93	0.00
120.01.51.01.02	Kamp Dışı Olanlar	3,006,409.93	385,000.00	2,621,409.93	0.00
120.01.53	Göç İdaresi Genel Müdürlüğü	13,977.37	0.00	13,977.37	0.00
120.01.53.01	Suriyeli Hastalara Verilen Sağlık Hizmetleri	13,977.37	0.00	13,977.37	0.00
120.01.53.01.02	Kamp Dışı Olanlar	13,977.37	0.00	13,977.37	0.00
120.05	Sosyal Güvenlik Kurumlarından Alacaklar	23,652,397.01	23,652,397.01	0.00	0.00
120.05.01	Sosyal Güvenlik Kurumu	23,652,397.01	23,652,397.01	0.00	0.00
120.05.01.01	SGK Yatan (Medula Sistemine Giriş Yapılan)	5,573,245.84	5,573,245.84	0.00	0.00
120.05.01.02	SGK Ayaktan (Medula Sistemine Giriş Yapılan)	17,849,128.17	17,849,128.17	0.00	0.00
120.05.01.03	Diğer SGK Kapsamındaki Alacaklar (Medula Sistemine Giriş Yapılamayan)	74,134.39	74,134.39	0.00	0.00
120.05.01.03.01	Diğer SGK Kapsamındaki Alacaklar Yatan Hasta (Medula Sistemine Giriş Yapılamayan)	17,530.91	17,530.91	0.00	0.00
120.05.01.03.02	Diğer SGK Kapsamındaki Alacaklar Ayaktan Hasta (Medula Sistemine Giriş Yapılamayan)	56,603.48	56,603.48	0.00	0.00
120.05.01.04	Trafik Sigortası Kapsamında Verilen Hizmetlere Karşın SGK dan Alacaklar (Her Türü Trafik Kazası)	137,222.89	137,222.89	0.00	0.00
120.05.01.05	İkili Uluslararası SGK Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hastalar	18,665.72	18,665.72	0.00	0.00
120.11	Gerçek Kişilerden Alacaklar	1,667.14	0.00	1,667.14	0.00
120.11.01	Yurtiçi Gerçek Kişilerden Alacaklar	1,667.14	0.00	1,667.14	0.00

KAYNAK:

- 6183 sayılı Amme Alacaklarının tahsil Usulü Hakkındaki Kanun ve 3095 Sayılı Kanuni Faiz ve Temerrüt Faizine İlişkin Kanun hükümleri bunlara uygulanacak yıllık parasal sınırlarda yer alan faiz oranlarının uygulanması gerekmektedir.
- Türk Borçlar Kanunu

SORU: Temlikler ve icra takibi yapılıyor mu?

SIRA : 148

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

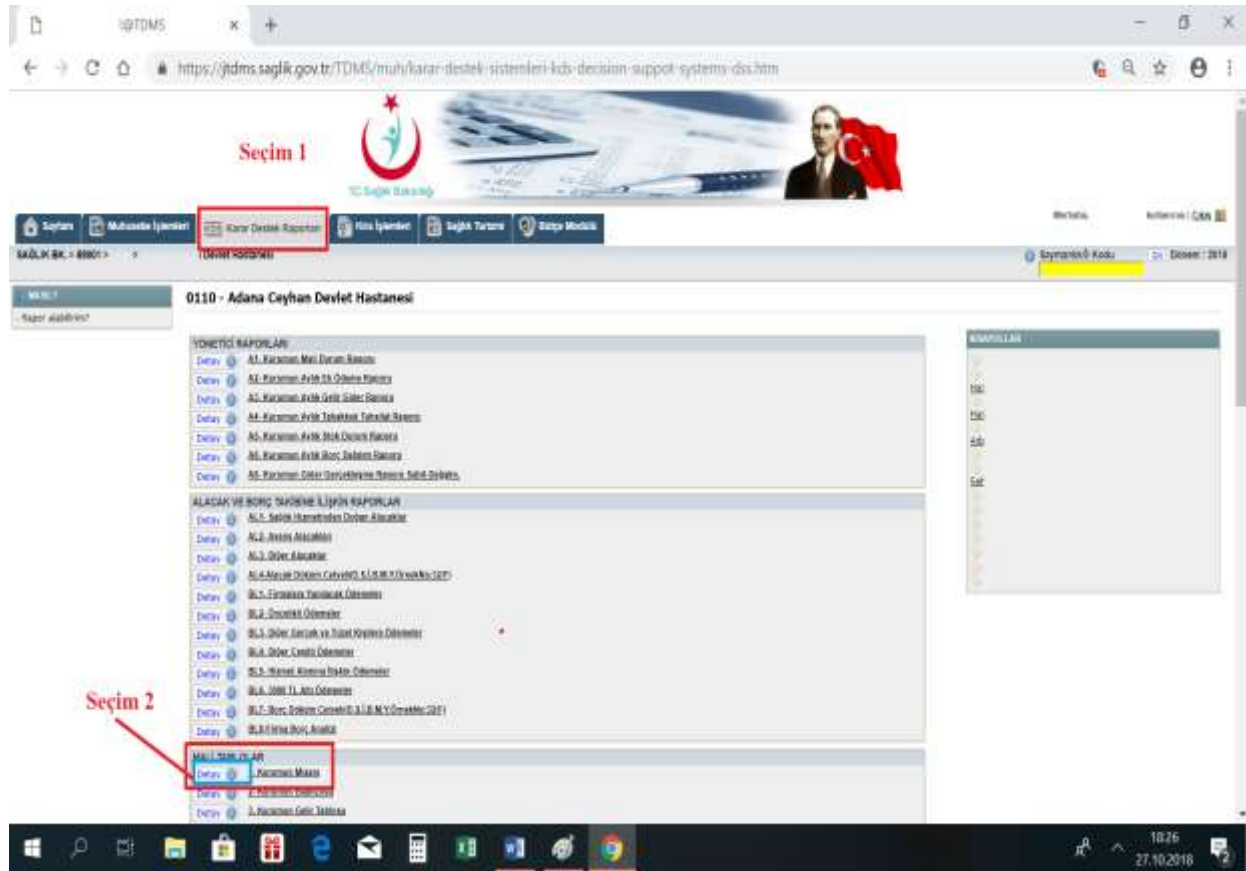
3. MBU.9.1 Temlikler ve icra takibi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Temliklerin TDMS sisteminden ilgili firmalara ödemesi ve takibi temlik eden ve edilen firmaların gereken borç sorgulamalarının yapılması sağlandıktan sonra hak edişinin ödenmesini gerçekleştirmek. Firma icra takiplerinin hassasiyetle takip edilmesi ve üzerinde icra olan firmaların kaynaktan kesinti yapılarak ilgili icra dairelerine ödenmesi gerekmektedir. Dosya üzerinden takibi yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından aşağıda yer alan aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır. TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Karar Destek Raporları / (Seçim 2) Kurumun Mizanı(Detay) açılır.



ALACAK VE BORÇ TAKİBİNE İLİŞKİN RAPORLAR

- Detay AL1- Sağlık Hizmetinden Doğan Alacaklar
- Detay AL2- Avans Alacakları
- Detay AL3- Diğer Alacaklar
- Detay AL4-Alacak Döküm Cetveli(D.S.İ.B.M.Y.ÖrnekNo:32/F)
- Detay BL1- Firmalara Yapılacak Ödemeler
- Detay BL2- Öncelikli Ödemeler
- Detay BL3- Diğer Gerçek ve Tüzel Kişilere Ödemeler
- Detay BL4- Diğer Çeşitli Ödemeler
- Detay BL5- Hizmet Alımına İlişkin Ödemeler
- Detay BL6- 3000 TL Altı Ödemeler
- Detay BL7- Borç Döküm Cetveli(D.S.İ.B.M.Y.ÖrnekNo:32/F)
- Detay BL8-Firma Borç Analizi

MALİ TABLOLAR

- Detay 1- Kurumun Mizanı
- Detay 2- Kurumun Bilançosu
- Detay 3- Kurumun Gelir Tablosu
- Detay 4- Kurumun Hesap Planı
- Detay 5- Kurumun Giderler Döküm Cetveli
- Detay 6- Kurumun Gelirler Döküm Detaylı

Seçim 2

Mizan Detayı açıldıktan sonra Başlangıç Hesap Koduna “320” ve Bitiş Hesap Koduna “321”, Başlangıç Seviyeye “3” ve Bitiş Seviyeye “7” yazılarak incelenecek tarih aralığı belirlenerek “Göster” butonuna basılır.

https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listStatParamPop.ht...

1- Kurumun Mizanı

Şablon » Kaydet | Liste

Hesap Kodu Seçilir

DONEM	2018
Başlangıç Hesap Kod	320
Bitiş Hesap Kodu	321
Başlangıç Tarihi	01.01.2018
Bitiş Tarihi	31.12.2018
Başlangıç Seviye	3
Bitiş Seviye	7

Tarih Aralığı Seçilir

Seviye 3 - 7 olarak seçilir

Pdf seçimli Göster Butonuna basılır

Açılış Fişi Dahil ☒

Mizan Tıp Geçici Mizan

Rapor Türü : Pdf

Göster **Yazdır** **Kapat**

Not: Pdf Raporlari alırken sorun yaşıyorsanız, Adobe Acrobat Reader'in son versiyonunu yükleyiniz. [yukle](#)

Yapılan sorgulama sonucunda Temlikli borç var ise ödemelerde Temlik eden ve edilen firmaların gereken borç sorgulamalarının yapıp yapılmadığına bakılır. Ayrıca söz konusu ödemeler için sağlık tesisine tebliğ edilmiş icra takibi olup olmadığı ve takibinin yapıp yapılmadığına bakılır. Temlik veya icra takipleri için gereken takip ve kesinti yapılıyorsa **(kontroller dosya bazlı yapılmalıdır)** “Evet” olarak aksi durumda ise “Hayır” olarak, Temlik veya icra yok ise “Muaf” olarak değerlendirme yapılır.

1- Kurumun Mizanı					
Kurulus Adı	: Ve Araştırma Hastanesi - Bütün Kurumlar	Eğitim	Cari Yıl	: 2018	
Hesap Kodu Aralığı	: 320 - 321	Tarih Aralığı	: 01.01.2018-31.12.2018		
Mizan Tip	: Geçici Mizan	Rapor Tarihi	: 03/10/2018 12:22:12		
Veri Kaynağı	: KDS-Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)	TDMS Link	: http://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm		
HESAP KODU	HESAP ADI	BORÇ	ALACAK	BORÇ BAKIYE	ALACAK BAKIYE
320	SATICILAR HESABI	108,158,541.11	167,871,902.99	0.00	59,713,361.88
320.10	Dernek ve Kamuya Yararlı Kuruluşlara Borçlar	3,180,530.73	3,180,530.73	0.00	0.00
320.10.01	Kızılaya Borçlar	3,180,530.73	3,180,530.73	0.00	0.00
320.11	Özel Sektör Gerçek ve Tüzel Kişilere Borçlar	90,981,742.24	143,782,051.64	0.00	52,800,309.40
320.12	Temlikli Borçlar	11,595,677.20	18,508,729.68	0.00	6,913,052.48
320.13	İcralı Borçlar	306,604.36	306,604.36	0.00	0.00
320.14	Kurumlararası Hizmet Alımından Doğan Borçlar	2,093,986.58	2,093,986.58	0.00	0.00
320.14.01	Sağlık Kurumları Arası Hizmet Alımlarından Doğan Borçlar	1,072,728.58	1,072,728.58	0.00	0.00
320.14.02	AFAD Protokolü Kapsamında Üniversitelerden Hizmet Alımından Doğan Borçlar	29,278.51	29,278.51	0.00	0.00
320.14.99	Diğer Kurumlararası Hizmet Alımından Doğan Borçlar	991,979.49	991,979.49	0.00	0.00
TOPLAM		108,158,541.11	167,871,902.99	0.00	59,713,361.88

KAYNAK:

6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkındaki Kanun

SORU: Kişi ve iş avansları takip ediliyor mu?

SIRA :149

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.10.1. Kişi ve iş avansları takip edilmelidir.

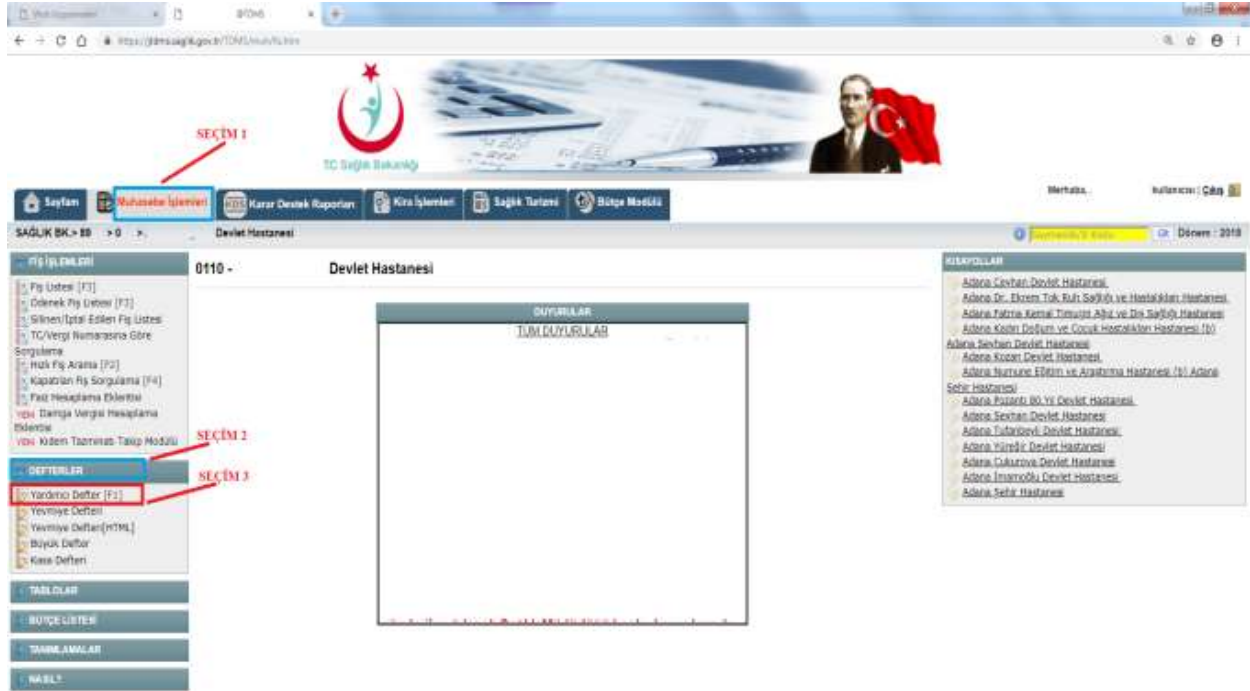
AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin açmış olduğu personel ve iş avanslarındaki (3 Aylık) yasal sınırı takip etmesi ve bu konuda hassasiyetin sağlanması gerekmektedir. Avansların 1 aylık süreleri aşmamasının kontrolü sağlanmalıdır. İş avanslarındaki yasal sınırı ve yılsonu dönem kapatılmalarda da bu konulara dikkat edilmesi gerekmektedir.

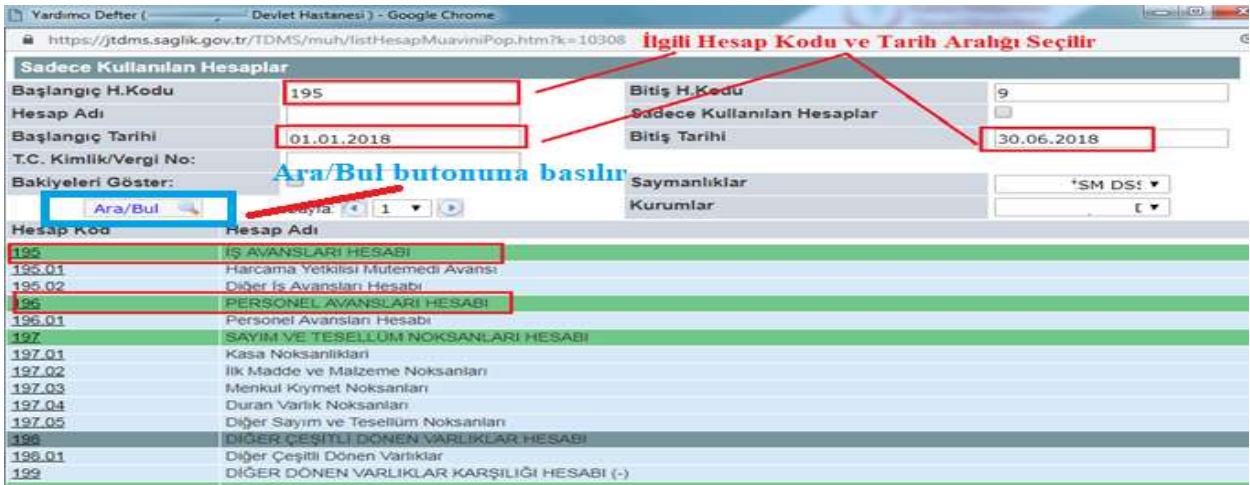
Gözcüler tarafından aşağıda yer alan aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır.TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Muhasebe İşlemleri / (Seçim 2) Defterler / (Seçim 3) Yardımcı Defter açılır.

Yardımcı defterde 195 “İş Avansları Hesabı” ve 196 “Personel Avansları Hesabı” kodları



ayrı ayrı kontrol edilecek. İlgili hesap kodu seçilir ve tarih aralığı yazılarak **Ara/Bul** butonuna basılır.



195 “İş Avansları Hesabı” ve 196 “Personel Avansları Hesabı” kodları için ayrı ayrı sorgu yapıldıktan sonra Pdf yazdırılır.

197.02 İlk Madde ve Matzeme Noksansları
197.03 Menkul Kıymet Noksansları
197.04 Duran Varlık Noksansları
197.05 Diğer Sayın ve Tesellüm Noksansları
198 DİĞER ÇEŞİTLİ DÖNEN VARLIKLAR HESABI
198.01 DİĞER ÇEŞİTLİ DÖNEN VARLIKLAR
199 DİĞER DÖNEN VARLIKLAR KARŞILIĞI HESABI (-)
2 DURAN VARLIKLAR
22 TİCARİ ALACAKLAR
220 ALICILAR HESABI
221 ALACAK SENETLERİ HESABI
222 ALACAK SENETLERİ REESKONTU HESABI (-)
226 VERİLEN DEPOZİTO VE TEMİNATLAR HESABI
226.01 Verilen Depozito ve Teminatlar Hesabı
227 DİĞER TİCARİ ALACAKLAR HESABI
229 DİĞER TİCARİ ALACAKLAR KARŞILIĞI HESABI (-)
23 DİĞER ALACAKLAR
234 İŞLETMELER ARASI MALİ BORÇLARDAN ALACAKLAR HESABI

B Toplam 1.500,00 A Toplam 1.500,00 B Bakiye 0,00 A Bakiye 0,00

196.01 : Personel Avansları Hesabı (4 adet) Pdf Yazdır Excel Yazdır PDF Yazdır

Fiş Detay	Fiş No	Fiş Tipi	Fiş Tarihi	Açıklama	Borç	Alacak	Durum
Detay	5227	Muhasebe İşlemi	02.02.2018	MÜDÜR YARDIMCISI MALİ MEVZUAT EĞİTİMİ KURSU İÇİN AVANS AÇILIŞI	1.500,00	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	9510	Muhasebe İşlemi	15.02.2018	EĞİTİM AVANS ARTIĞININ HESABA ALINMASI	0,00	74,02	Muhasebeleşmiş
Detay	11184	Muhasebe İşlemi	20.02.2018	EĞİTİM AVANS ARTIĞI YATIRILMASI	0,00	67,80	Muhasebeleşmiş
Detay	11729	Ödeme Emri	22.02.2018	EĞİTİM AVANS KAPANIŞI	0,00	1.358,18	Muhasebeleşmiş

Aşağıda 196 “Personel Avansları Hesabı” örnek olarak verilmiştir. Her bir hesap için avansın açıldığı ve kapandığı tarih aralığına bakılır. Tarih aralığı 1 aylık veya 3 aylık süreleri aşmıyor ise “Evet”, Tarih aralığı 1 aylık veya 3 aylık süreleri aşıyor ise “Hayır” olarak değerlendirme yapılır.

YARDIMCI DEFTER

Saymanlık Kodu : .03

01/01/2018 - 30/06/2018

Sayfa : 1 - 1

İSM DSS2

Devlet Hastanesi

196

PERSONEL AVANSLARI HESABI

Avansın açılış ve kapanış tarih aralığından 1 aylık süre kontrol edilir

Devreden Bakiye: 0,00 0,00

Nakli Yekün: 0,00 0,00

Fiş Tarihi	Yevmiye Numarası	Fiş No	Fiş Tipi	Açıklama	Borç	Alacak
02/02/2018	5533	5227	M	MÜDÜR YARDIMCISI MALİ MEVZUAT EĞİTİMİ KURSU İÇİN AVANS AÇILIŞI	1.500,00	0,00
15/02/2018	8899	9510	M	EĞİTİM AVANS ARTIĞININ HESABA ALINMASI	0,00	74,02
20/02/2018	10739	11184	M	EĞİTİM AVANS ARTIĞI YATIRILMASI	0,00	67,80
22/02/2018	11365	11729	M	EĞİTİM AVANS KAPANIŞI	0,00	1.358,18
Genel Toplam :					1.500,00	1.500,00

KAYNAK:

6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulu Hakkındaki Kanun,
Ön Ödeme Usul ve Esasları Hakkında Genel Tebliğ

SORU: TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 günü içerisinde muhasebe birimine teslim ediliyor mu?

SIRA : 150

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

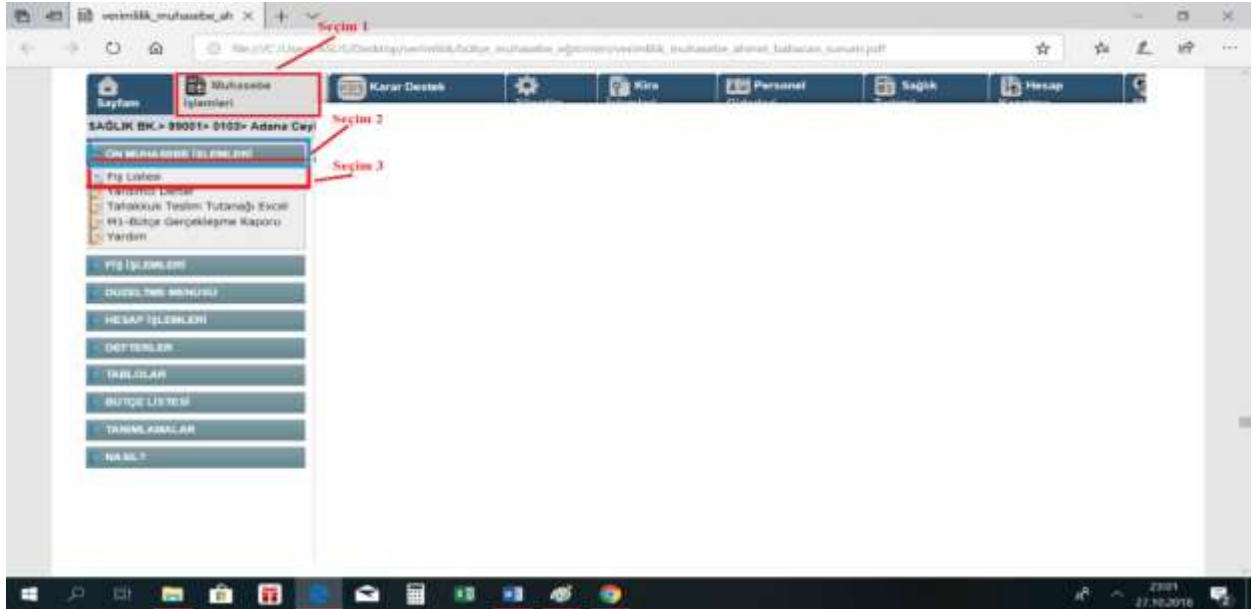
3.MBU.11.1. TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim edilmelidir.

AÇIKLAMA:

TDMS ön muhasebe programından gerçek fiş onayı verilen evrakların hastanede bekletilmeden Muhasebe saymanlığına iletilmesi gerekmektedir. Böylelikle ödemelerin zamanında yapılması sağlanacaktır.

Gözlemciler tarafından aşağıda yer alan aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır.TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Muhasebe İşlemleri / (Seçim 2) Ön Muhasebe İşlemleri / (Seçim 3) Fiş Listesi açılır.



Fiş Listesi seçiminden sonra ilgili tarih aralığındaki fişlerin kontrolü yapılır. Fiş Tarihi “Ön Muhasebe Fiş Onayı tarihi ile Durum Açıklaması “Islak İmzalı Evrak Teslim Onay Tarihi” bölümüne bakılır. İki tarih arasındaki gün süresi 3 **işgünü** ve altında ise “**Evet**”, İki tarih arasındaki gün süresi 3 **işgünü** üzerinde ise “**Hayır**” olarak değerlendirilir.

Ön Muhasebe Fiş İşlemleri (Devlet Hastanesi (I)) - Google Chrome

tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listFisOnMuhPop.htm?op=0

Arama Kriterleri (1012 adet) Sayfa: 1

Kurum: Devlet Hastanesi (I)

Tarih Aralığı:

Fiş No. Aralığı:

Tutar Aralığı:

Alacak:

Borç:

Fiş Açıklama:

Ö.E. Beige (Fatura Vb) Tarih Aralığı:

Ö.E. Beige (Fatura Vb) No:

Sıralama: Fiş No

Durum: [Hepsi]

Fiş Tipi: [Hepsi]

Fiş Adet/Sayfa: 50

Fiş Bul/Ara

Ön Muhasebe Fiş Onay Tarihi

Islak İmzalı Evrak Teslim Onay Tarihi

Ön Muh. Fiş No	Gerçek Fiş No	Fiş Tipi	Fiş Tarihi	Açıklama	Durum	Tutar	Durum Açıklaması
11	443	Ödeme Emri	23.01.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 FİLLİ HİZMET ZAMMI ÖDEMESİ	Onaylandı	157,78	[24.01.2018]
40	567	Muhasebe İşlem	23.01.2018	DEVLET HASTANESİ DSSÖ İADESİ(ÜCRETSİZ ZİN)	Onaylandı	2.322,91	[29.01.2018]
45	569	Muhasebe İşlem	23.01.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 SABİT İADESİ	Onaylandı	1.113,55	[29.01.2018]

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılıp yükleniyor mu?

SIRA : 151

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

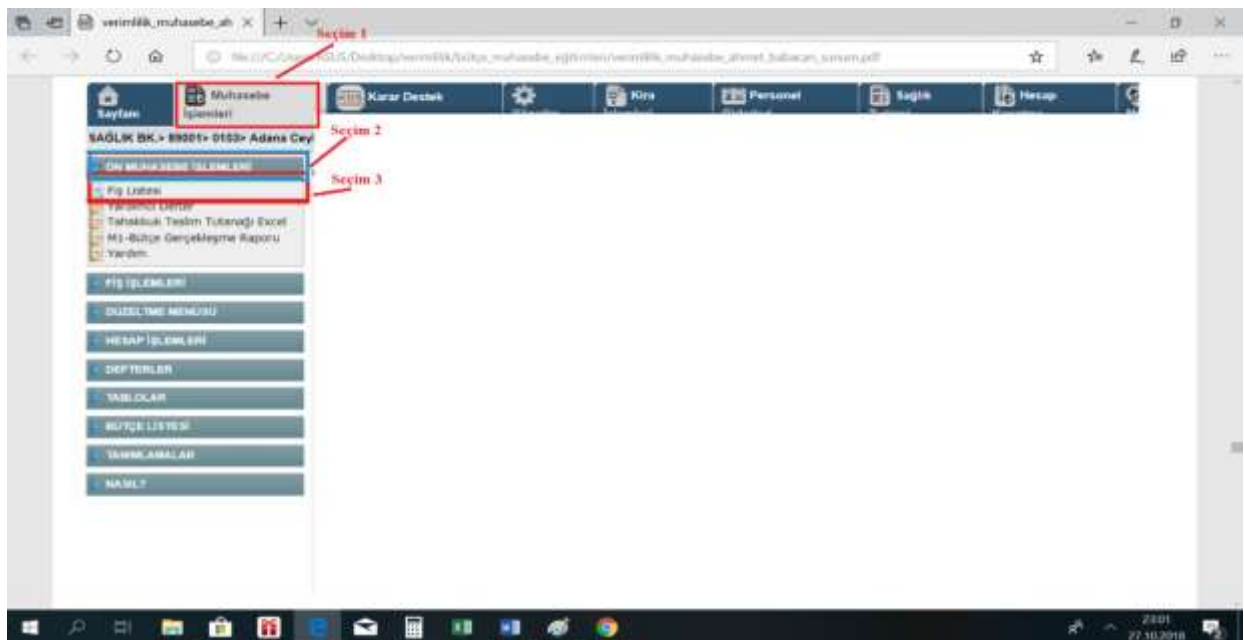
3. MBU.12.1. TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılarak yüklenmelidir.

AÇIKLAMA:

TDMS ye eksik belge girişinin engellenmesi ve ödemeye esas kanıtlayıcı belgelerin sisteme düzgün ve usulüne uygun bir şekilde yüklenmesi gerekmektedir. Ön Muhasebe Modülüne girilen fişler kontrol edilmelidir

Gözlemciler tarafından aşağıda yer alan aşamalar takip edilerek ilgili unsur değerlendirilmelidir.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır.TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) Muhasebe İşlemleri / (Seçim 2) Ön Muhasebe İşlemleri / (Seçim 3) Fiş Listesi açılır.



Değerlendirme için Fiş Listesinden örnekleme yoluyla seçilen fişler tek tek açılır.

On Muhasebe Fiş İşlemleri - Devlet Hastanesi (1) - Google Chrome

1 jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listFisOnMuhPop.htm?op=0

Arama Kriterleri (1012 adet) Sayfa: 1

Kurum: Devlet Hastanesi (1)

Tarih Aralığı:

Fiş No Aralığı:

Tutar Aralığı:

Alacak:

Borç:

Fiş Açıklama:

O.E. Beige (Fatura Vb.) Tarih Aralığı:

O.E. Beige (Fatura Vb.) No:

Sıralama: Fiş No Fiş Tipi: [Hepsi] Fiş Adet/Sayfa: 50

Durum: [Hepsi]

Fiş Açılır **Fiş Bul/Ara**

On Muh. Fiş No	Gerçek Fiş No	Fiş Tipi	Fiş Tarihi	Açıklama	Durum	Tutar	Durum Açıklaması
11	443	Ödeme Emri	23.01.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 FİLLİ HİZMET ZAMMI ÖDEMESİ	Onaylandı	157,78	[24.01.2018]
40	567	Muhasebe İşlem	23.01.2018	DEVLET HASTANESİ DSSO İADESİ(ÜCRETSİZ İZİN)	Onaylandı	2.322,91	[29.01.2018]
45	569	Muhasebe İşlem	23.01.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 SABİT İADESİ	Onaylandı	1.113,55	[29.01.2018]

Aşağıda verilen örnek fiş de olduğu gibi Dosya bölümüne eklenmiş dosya olup olmadığına bakılır ve eklenmiş dosya varsa üzerine basılarak pdf olarak açılır.

https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/editFisDetayOnMuhPop.htm?a=777&fid=443&k=10308

Ödeme Emri Fişi (salt okunur)

Durum: Onaylandı | Onaylayan: | Gerçek Fiş No: 443

İşlem Tarihi: 24.01.2018

Hatalar ve Uyarılar...

On muhasebe yetkiniz olmadığı için bu fişle düzeltme yapamazsınız! Yalnızca kontrol, onay veya iade işlemi gerçekleştirebilirsiniz.

Kurum: Devlet Hastanesi | Fiş No: 11 | Fiş Durum: Açık

Açıklama: DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 FİLLİ HİZMET ZAMMI

Dosya: FİLLİ HİZMET (2).pdf

Personel Ödemeleri Excell Yükle

Dosya eklenmiş mi bakılır ve açılır

Detay

Hesap Kodu	Açıklama	Borç
361.02.04	FİLLİ Hizmet Zamları	
Borç: 4.734,31 Alacak: 4.734,31		
770.02.02.01	Sosyal Güvenlik Devlet Primi Giderleri	
Borç: 136.018,22 Alacak: 0,00 B-A: 136.018,22		
830.02.01.06.01	Sosyal Güvenlik Primi Ödemeleri	
Borç: 1.141.713,15 Alacak: 0,00 B-A: 1.141.713,15		
835	GİDER YANSITMA HESABI	
Borç: 0,00 Alacak: 44.427.086,59 B-A: 44.427.086,59		
FİLLİ HİZMET (2) (1).pdf	Toplam	

Bakılacak pdf dosyasına basılarak açılır

TDMS programından ön muhasebe modülüne girilip gerçek fiş onayı verilen evrakların ödemeye esas belgeleri **taratılıp yüklenmiş ise “Evet”**, ödemeye esas belgeleri **taratılıp yüklenmemiş ise “Hayır”** olarak değerlendirilir.

DÂİRESİ AİT OLDUĞU AY AYLIK KATSAYI EN YÜKSEK DEV.MEM.MAAŞI		DEVLET HASTANESİ Art.17 0,102706 975,71		5510 S.K.SONRASI FİİLİ VE İTİBARI HİZMET ZAMMI AYLIK ÜCRET BORDROSU										
Sıra No	İNVA	ADI VE SOYADI	Emeklilik Dur. Kal.	AYLIK ÜCRET TUTARI	TABAN AYLIK	İDDEM AYLIK	EK GÖSTERGİ TARI	TAKZİMATLAR	TAKHAKUK TOPLAM	%20 EMİKLİ KESİNTİ FİİLİ HİZMET	ÇİFT	FİİLİ HİZMET SÜRESİ EKLENEN K. SURE (gün)	Fili veya İtibari Hizmet Zammı tutarı	
1	BONTGEN TEKNİSYENİ		6	85,76	1.607,65	20,54		88	858,62	2.572,57	514,51	X	4,60	78,89
2														
3														
4														
5														
6														
7														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
TOPLAM				85,76	1.607,65	20,54	8,00	858,62	2.572,57	514,51			78,89	

Hastanemiz Memurları ARALIK 2017 ayı
78,89 YTL dir.

Devlet Hastanesi

Devlet Hastanesi
İdari ve Mali İşler Müdürü

SORU: Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?

SIRA :152
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 13
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3.MBU.13.1. Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık Tesislerinde taahhütlerin takibinin yapılabildiği bir sistemin bulunup bulunmadığı takip edilmelidir. Sağlık Tesislerin yapılan hak ediş ödemelerinde sözleşme bedelinin aşılması konusunda gereken tedbirler alınmalıdır.

Yapılan kontrolde sağlık tesisi tarafından belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütlerin takibinin yapılabildiği bir sistem var ve hak ediş ödemelerinde sözleşme bedelinin aşılması konusunda gereken tedbirler alınmış ise **“Evet”** olarak aksi durumda ise **“Hayır”** olarak değerlendirme yapılır.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

SORU: Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılıyor mu?

SIRA : 153

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**3. MBU.14.1. Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır.****AÇIKLAMA:**

DHBS’de yapılan girişler alındı belgeleri ile uyum olmalı ve bunların TDMS ye aktarımı düzenli bir şekilde kanuni süreler içinde Muhasebe Yetkilisi mutemeti tarafından yapılmalıdır. Hastane Veznelerinde oluşabilecek zarar ve açıklar takip edilerek ödemelerin kontrol altında tutulması gerekmektedir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Hastane veznelerinde oluşabilecek zarar ve açıkların takibi için vezne bulunan sağlık tesislerinde idare tarafından kontrollerin periyodik olarak yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Sağlık tesisine müracaat edenlerle ilgili vezne tarafında yapılan işlemlerle oluşturulan alındı belgeleri ile DHBS’de yapılan girişlerin uyumlu olup olmadığı,
- ✓ Sağlık tesisine müracaat edenlerin “T.C. vatandaşı , sağlık turizmi kapsamında veya turistin sağlığı kapsamında v.b.” giriş kayıtlarının DHBS’de ilgili hesap koduna uygun olarak girişlerinin yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Alındı belgelerinin zamanında ilgili muhasebe birimine teslim edilip edilmediğine ve bunların Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programına aktarımının düzenli bir şekilde kanuni süreler içinde Muhasebe Yetkilisi Mutemeti tarafından yapılıp yapılmadığı,

Değerlendirilmelidir.

Yapılan kontroller sonrasında yukarıda yer alan hususları uygulayan sağlık tesisleri “**Evet**”, uygulamayan veya eksik uygulayan sağlık tesisleri “**Hayır**” olarak değerlendirme yapılır. Vezne bulunmayan sağlık tesisleri için ise “**Muaf**” olarak değerlendirme yapılır.

KAYNAK:

Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

SORU: İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendiriliyor mu? Komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim ediliyor mu?

SIRA : 154

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.15.1 İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendirilmeli, komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Hastane İdaresi tarafından yapılan tüm ihalelerde görevlendirme ve yazışmalar 4734 uygun süre ve zamanlarda olmalıdır. Hastane İdaresi tarafından dosyadan takibi sağlanmalıdır.

Gözlemciler tarafından;

- ✓Sağlık tesisi tarafından yapılan ihalelerde görevlendirilen İhale Komisyon Üyelerinin 4734 sayılı Kanun’da belirtilen süre içerisinde görevlendirilip görevlendirilmedikleri,
 - ✓İhale Komisyon Üyelerine söz konusu ihale ile ilgili gerekli incelemeyi yapmalarını sağlamak amacıyla ihale işlem dosyalarının birer örneğinin, ilan veya daveti izleyen 3(üç) gün içinde verilip verilmediği,
- Değerlendirilir.

Yukarda belirtilen tespitlerin yapılabilmesi için sağlık tesisinde ihalelerin takip edildiği bir sistem var ise öncelikle sistem üzerinden kontrol yapılır.

Ayrıca, sağlık tesisi tarafından yapılan son 5(beş) ihale dosyası ile geçmişe dönük yapılan ve örnekleme ile seçilen 5(beş) ihale dosyası üzerinden kontroller yapılır.

Yapılan kontrol sonrası İhale Komisyon Üyelerinin 4734 sayılı Kanun’da belirtilen süre içerisinde görevlendirildiği ve ihale işlem dosyasının birer örneğinin ilan veya daveti izleyen 3(üç) gün içinde verildiği tespit edilirse “**Evet**”, İhale Komisyon Üyeleri belirtilen sürede görevlendirilmemiş veya komisyon üyelerine ihale işlem dosyalarının birer örneği ilan veya daveti izleyen 3(üç) gün içinde verilmemişse “**Hayır**” olarak değerlendirme yapılır. İlde merkezi ihale yapılması nedeniyle sağlık tesisi tarafından ihale yapılmıyor ise bu durumdaki sağlık tesisleri için ise “**Muaf**” olarak değerlendirme yapılır.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

SORU: 4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmiş mi? Ayrıca bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmuş mu?

SIRA : 155

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.16.1. 4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmeli ve bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastane idareleri tarafından ihalelerde yapılması planlanan iş artışı yada eksilişlerinin zamanında planlanarak; birim fiyat kontrollerinin yapılması, yüzdelik dilimlerin doğruluğu ile birlikte firmaların kestiği faturaların bu dilim ve birim fiyata (toplam sözleşmeye) uygun olması gerekmektedir.

Sağlık tesislerinde yapılan ihalelerde Hastane idaresi iş artışı ve eksilişi yapılan mal ya da hizmetlerin usulüne uygun olmasını kontrol etmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Yapılacak kontrolde 4734 Sayılı Kanun kapsamında sağlık tesisi tarafından yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihale olup olmadığı sorgulanır.
- ✓ Sağlık tesisi tarafından iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihale/ihaleler yapılmış ise söz konusu ihale/ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilip edilmediğinin, bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) sistemine girişlerin yapıp yapılmadığının ve girişi yapılan kayıtların düzgün tutulup tutulmadığının tespiti yapılır.

Yapılan tespit sonucunda iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihale/ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılmış ve %'lik orana riayet edilmiş, bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) sistemine girişler yapılmış ve girişi yapılan kayıtlar düzgün olarak tutulmuş ise **“Evet”**,

Yapılan tespit sonucunda iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihale/ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılmış ve %'lik orana riayet edilmemiş veya bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) sistemine girişler yapılmamış veya girişi yapılan kayıtlar düzgün olarak tutulmamış ise **“Hayır”** olarak değerlendirme yapılır.

Sağlık tesisi tarafından iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihale/ihaleler yapılmıyor ise bu durumdaki sağlık tesisleri için ise **“Muaf”** olarak değerlendirme yapılır.

Yapılan kontrolde gerek görülmesi durumunda ihale dosyaları üzerinden de inceleme yapılmalıdır.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu
4735 Sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu

Soru: Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?

SIRA : 156
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 17
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.17.1. Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.

3. MBU.17.2. TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Satınalma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen muayene kabul işlemi tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır. Ayrıca çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış tüm işlem tıflarının, mali yıl sona ermeden saymanlıklara bildiriminin yapılmış olması gerekmektedir. Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin gönderilen taşınır işlem fişlerini ilgili hesaplara kaydetmek zorundadır. Son yapılan 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait fatura, muayene kabul tutanağı, taşınır işlem fişi ve ödeme emri belgesi tarihlerinin uygunluğu kontrol edilir. Ayrıca TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından; taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün altında olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından;

MBU.17.1. unsuru için,

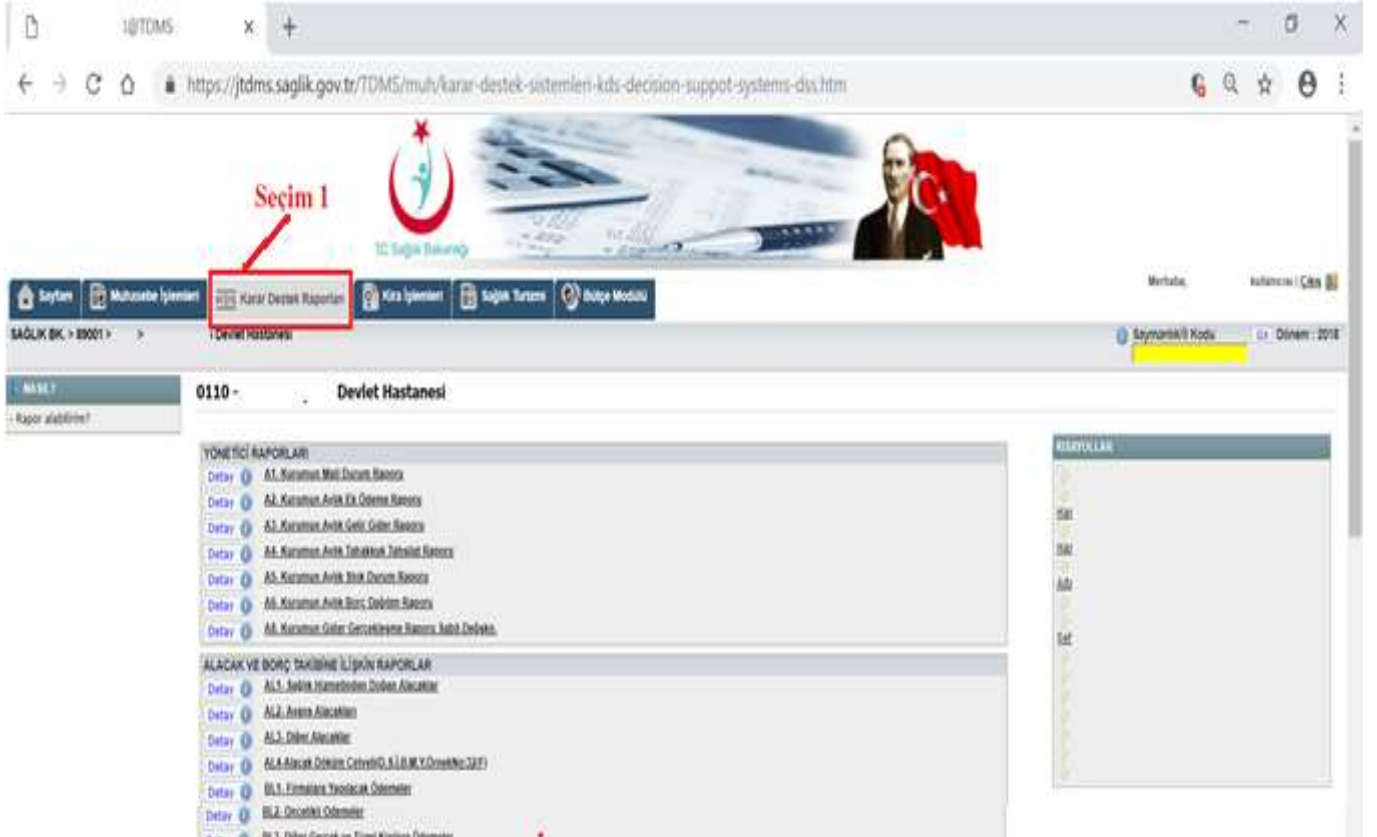
- Satın alma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen muayene kabul işlemi tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi (TİF) ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olup/olmadığı,
- Çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış olan tüm işlem TİF'lerinin, mali yıl sona ermeden saymanlıklara bildiriminin yapılmış olup/olmadığı,

- Muhasebe Yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin gönderilen taşınır işlem fişlerini ilgili hesaplara kaydetilip/kaydedilmediği,
- Son yapılan 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait fatura, muayene kabul tutanağı, taşınır işlem fişi ve ödeme emri belgesi tarihlerinin uygunluğu kontrol edilmelidir.

Yapılan kontrol sonucunda sağlık tesisi tarafından döner sermaye kaynaklı satın alma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri 10 gün ve altında muhasebeleştiriliyor ise “**Evet**”, 10 günün üstünde muhasebeleştiriliyor ise “**Hayır**” olarak değerlendirilir.

MBU.17.2. unsuru için ise aşağıda belirtilen aşamalar takip edilerek değerlendirme yapılır.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) programı (İlgili hastane kullanıcısı yetkisinde) açılır. TDMS programı açıldıktan sonra Sırasıyla aşağıdaki şekilde belirtildiği gibi (Seçim 1) **Karar Destek Raporları** / (Seçim 2) / **Performans Tabloları** / (Seçim 3) **Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi** ekranı açılır ve taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün altında olup olmadığının kontrolü yapılır.



Detay	Z6-Kurumların Tahk.ve Tahs. Ayrıntılı Raporu (Ay)
Detay	Z7- Kurumların Sermaye Durumları Gösterim Raporu
Detay	Z92-Kurumların Faaliyet Gelir Dağılımı Raporu
PERFORMANS TABLOLARI	
Detay	Borc / Ortalama Tahakkuk Oranı (AYLIK)
Detay	Borçluluk Gün Süresi
Detay	Bütçe Programından Gelen Aktarmalar
Detay	Firma Bazında Borç Sorgulama
Detay	Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi
Detay	Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi (Detay)
KONTROL İŞLEMLERİ RAPORLARI	
Detay	T1-KDS-Teminat Mektubu Kontrolleri
Detay	V3- Kurumun Mizanı Ters Bakiye Kontrol
GLOBAL BÜTÇE DEĞERLENDİRME RAPORLARI	
Detay	GBD1 Kuruluş-Gideri/Gelir Gerçekleştirme Raporu
Detay	GBD1-Gideri/Gelir Gerçekleştirme Raporu (Detaylı)
Detay	GBD3-Gideri/Gelir Gerçekleştirme Raporu (Detaylı)
Detay	MB-Gideri/Gelir Gerçekleştirme Raporu (Detaylı)

Seçim 3 sonrası Pdf olarak yazdırılan raporda Taşınır Ortalama 10 gün ve altında ise “Evet”, Taşınır Ortalama 10 gün üstünde ise “Hayır” olarak değerlendirilir.

Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi				
Kurulus Adı	:	Devlet Hastanesi	Tarih Aralığı	: 01.01.2018-31.12.2018
DONEM	:	2018	TDMS Link	: http://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm
Veri Kaynağı	:	KDS-Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)		
Kuruluş Id	Kuruluş Adı	Taşınır Ortalama	Hizmet Ortalama	Ortalama
10308	Devlet Hastanesi	9.07	5.66	8.12
AÇIKLAMA				
* BU RAPORDA TAŞINIR VE HİZMET KAYITLARI İÇİN MUHASEBELEŞTİRME GÜN SÜRESİ HESAPLANMAKTADIR.				
* BU RAPORDAKİ HESAPLANAN ORTALAMA DEĞER İLE PERFORMANS MALİ DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNDEKİ MUHASEBELEŞTİRME GÜN SÜRESİ AYNI DEĞİLDİR. PERFORMANS MALİ DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ MUHASEBELEŞTİRME GÜN SÜRESİNDE TÜM ÖDEME EMRİ FİŞLERİ HESABA KATILMAKTADIR.				
* TAŞINIR İÇİN 150, 253 (253.01 HARIÇ), 254, 255 HESAP KODLARINA BAKILMAKTADIR.				
* HİZMET İÇİN 740 HESAP KODUNA BAKILMAKTADIR.				

Taşınır Ortalama <= 10 ise "Evet"
Taşınır Ortalama > 10 ise "Hayır"
olarak değerlendirilir.

KAYNAK:

Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi: MADDE 30 – (1)
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 malî 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.

(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

Soru: Merkezi izne tabi tıbbi cihazlarla ilgili mal ve hizmet alımlarında gerekli kontroller yapılıyor mu?

SIRA : 157

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

3. MBU.18.1. Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların satın alınması öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.

3. MBU.18.2. Birim tahmini maliyeti Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2018/26 sayılı Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri konulu Genelgesinde belirtilen tutar üzerinde olan tıbbi cihazların satın alınması öncesinde Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu (TCDÖİK)'ndan gerekli izin alınmalıdır.

3. MBU.18.3. Merkezi izne tabi olan tıbbi hizmet alımları öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı