

VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME REHBERİ

2019



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ŞEHİR HASTANELERİ
A ve B ROLÜ HASTANELER

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 SUER	Diş Hekimi
Ahmet ÜNER	İstatistikçi
Selma YILMAZ	Hemşire
Sevilay YÜCELCAN	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

SUNUŞ.....	2
POLİKLİNİK HİZMETLERİ	3
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	39
LABORATUVAR HİZMETLERİ	46
ACİL SERVİS.....	62
SERVİS HİZMETLERİ.....	88
YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ.....	94
DOĞUMHANE HİZMETLERİ.....	108
AMELİYATHANE HİZMETLERİ	113
STERİLİZASYON.....	119
GENEL DEĞERLENDİRME	128
ECZACILIK HİZMETLERİ	167
MEDİKAL DEPO.....	208
TEKNİK HİZMETLER.....	228
AYNIYAT DEPO.....	239
KLİNİK MÜHENDİSLİK	273
BİYOMEDİKAL DEPO	297
MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	321

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, yöneticelerin 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 paylaşılarak beraber çözüm yolları aramaktadırlar. Amaç sorunları sağlık tesisinden ayrılmadan çözüme kavuşturmaktır. Sağlık tesisine dair hazırlanan raporlar vasıtası ile tespit edilen eksiklikler Bakanlığımızın ilgili bölümleriyle paylaşılmakta, 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 gerçekleştirilecek 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:

1.P.1.1. Sağlık tesisinin web sitesinde;

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

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

1.P.1.3. Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde de acil servisin yerini gösteren yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

1.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 sitesinde sağlık tesisine hangi toplu taşıma araçları ile nasıl ulaşılabileceği bilgileri bulunmalıdır.

Örneğin,

Hastanemize Ulaşım;

Metro ile;

Hastanemize gelmek için, Metro ile Kızılay' dan aktarma yaparak Bilkent Duracağında inebilirsiniz.

Otobüs ile;

Başlangıç Ulus 163-3, 171, 111

Başlangıç AŞTİ 163-3, 171, 111,

Başlangıç Akköprü 533, 530-3, 110,

Başlangıç Kızılay 163-3. 171, 111 no' lu Belediye otobüsleri ile,

Dolmuş ile;

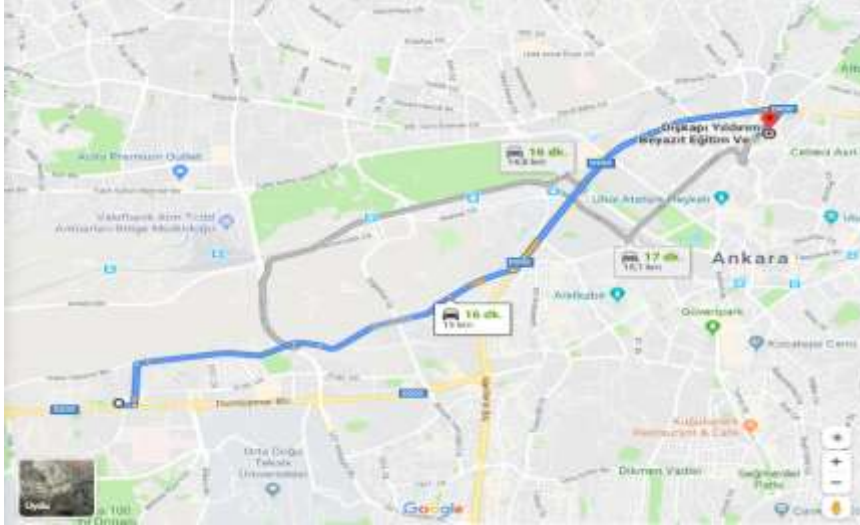
Ulus' tan Denizciler dolmuş duraklarından kalkan Bilkent dolmuşları ile hastanemize ulaşabilirsiniz.

Şehirlerarası Otobüs Terminalinden (AŞTİ) Bilkent dolmuşları ile hastanemize ulaşabilirsiniz.

Havaalanından (Esenboğa) HAVAŞ Servisleri ile AŞTİ'ye gelip, oradan Bilkent dolmuşları ile hastanemize ulaşabilirsiniz.

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 yan dal ihtisası bilgileri bulundurulmalıdır. 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.

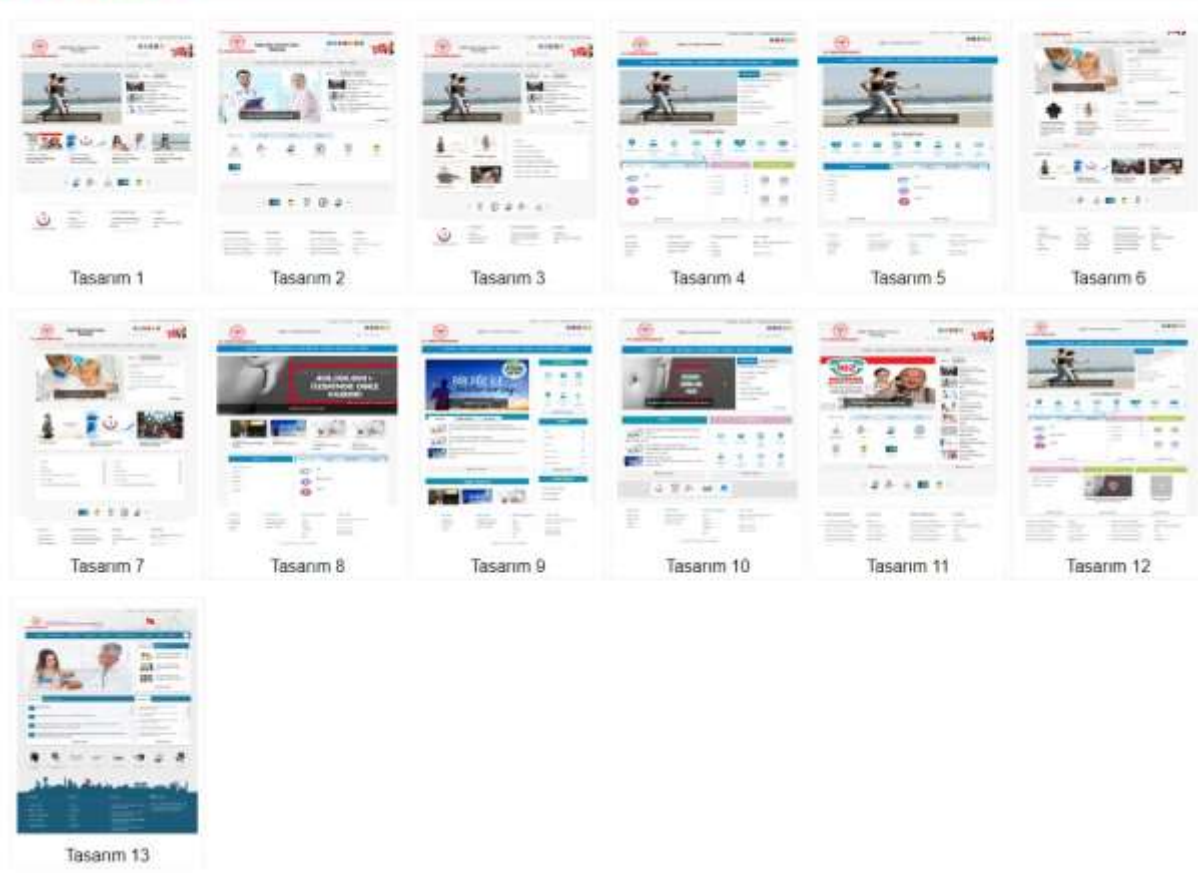
Sağlık tesisi web sitesinde, hastanenin hizmet verdiği bölüm, branş, özellikli ve farklı hizmetlere yönelik bilgilendirme yapılmalıdır. Sağlık tesisinde bulunan özellikli hizmetlere (inme merkezi, el cerrahisi replantasyon merkezi, kalp merkezi, yanık merkezi, uyku laboratuvarı, genetik hastalıklar tanı merkezi, robotik cerrahi vb.) yönelik web sitesinde bilgilendirme yapılmalıdır.

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

Laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarına sağlık tesisi web sitesinden ulaşılabilmelidir.

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

Sağlık tesisinin web sitesinde güvenlik zaafiyetlerinin 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 kullanılmalıdır. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan örnek web sitesi tasarımları aşağıda belirtilmiştir.



Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde de acil servisin yerini gösteren ışıklandırılmış yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

Şehir hastaneleri ve yerleşkesi içerisinde birden fazla sayıda bloğu bulunan sağlık tesislerinde acil servis girişi hastane ana bina girişinden farklı bir alandan yapıyor ise yönlendirme levhaları bu alanda acil servisi belirtecek şekilde konumlandırılmalıdır.

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:

Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında 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 HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.2.1. Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı, hasta kayıt birimi ve birimde çalışan personel sayısı, hastanenin büyüklüğü ve başvuran hasta sayısına göre yeterli sayıda planlanmalıdır.

1.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. Eğer hasta kayıt birimi hastane girişinde tek bir alandan yapılmayıp, bransa ait poliklinik alanlarında konumlandırılmış ise bu alana yönlendirmeyi sağlayacak düzenlemeler yapılmış olmalıdır. Hasta kayıt birimlerinin önünde hasta yığılmalarını engellemek amacıyla hasta kayıt birimi ve birimde çalışan personel sayısı hastanenin büyüklüğüne ve başvuran hasta sayısına göre planlanmalıdır. Gözlemciler tarafından kayıt biriminde hastanenin en yoğun olduğu saatlerde hasta kuyruklarının bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir. Hasta yoğunluğu fazla olan sağlık tesislerinin hasta kayıt birimlerinde, görevli personelin mesaiye yarım saat erken gelip yarım saat erken gitmesi şeklinde kaydırmalı mesai

uygulanabilir. Bu şekilde uygulanan mesai şekli, hasta kayıt biriminin önünde oluşabilecek hasta yoğunluğunun azalmasına yardımcı olacaktır.

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:

Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge

İkinci 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 sekreteryadan 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 bilgilenmesi sağlanır.

SORU: Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 3
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.3.1. Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalı ve hizmet etkin bir şekilde verilmelidir.

1.P.3.2. Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

AÇIKLAMA:

Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda, ihtiyacı olan hastalara hizmet verecek şekilde konumlandırılmalıdır. Ana giriş haricinde, hasta yoğunluğu fazla olan diğer poliklinik bina girişlerinde de bu şart aranmalıdır. Sağlık tesisinin büyüklüğüne ve hasta yoğunluğuna göre karşılama yönlendirme personeli sayısı değerlendirilmelidir. Karşılama yönlendirme personeli hastane alanları ve hizmet süreçleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Karşılama yönlendirme personeline hasta memnuniyeti, kişilerarası ilişkiler, iletişim becerileri konusunda eğitim verilip verilmediği hem kayıtlar üzerinden hem de teorik olarak bazı sorular yöneltilerek değerlendirilmelidir.

Yaka kartlarının takılmış olduğu, personelin diğer personelden ayırt edici kıyafet (farklı renkli veya amblemlili ceket, fular, kravat vb.) giydiği gözlemlenmelidir.

Karşılama yönlendirme hizmetinin yapılıp yapılmadığı eski kamera kayıtları incelenerek de değerlendirilebilir.

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

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.4.1. Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın sıra numarası, öncelikli hasta grubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri, MHRS randevu durumunun görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

1.P.4.2. Sağlık tesisinde kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

1.P.4.3. Sağlık tesisinde randevu vermeden işlem yapan görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, SBYS ile entegre çalışan, hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

1.P.4.4. Sağlık tesisinde hasta yoğunluğu fazla olan EKG, NST, göz ölçüm odası gibi tetkik birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın sıra numarası, öncelikli hasta grubunda 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, kan alma, hasta yoğunluğu olan EKG, NST, göz ölçüm odası vb. birimlerinde ve randevu vermeden işlem yapan USG, Direkt Grafipler, Kemik Dansitometre vb. görüntüleme ünitelerinde hastanın sırasını bildiren elektronik düzenlemenin uygun alanda yapıp yapılmadığı ve aktif olarak kullanılıp kullanılmadığı gözlenmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim için poliklinik odası oluşturulmuş mu?

SIRA : 5

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.5.1. Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim için poliklinik odası oluşturulmalıdır.

1.P.5.2. Branş/Klinik kullanımına ait poliklinik oda sayısının ilgili branş/klinikteki doktor sayısına oranı yönetim tarafından takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim (ücretsiz izin, doğum izni, askerlik vb. sebeplerle uzun süreli görevi başında bulunamayan hekimler hariç) için poliklinik odası oluşturulmalıdır. Fiziki açıdan uygun olmayan ve her klinisyen hekime poliklinik odası oluşturamayan sağlık tesisleri gözlemci tarafından gözlemlenmelidir. Eğer poliklinik açılması için uygun alanlar var ve poliklinik olarak kullanılmıyor ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Poliklinik yapan her bir branş/klinik için asgari olarak aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi klinisyen hekim sayısı, poliklinik oda sayısı ve branş/klinik kullanımına ayrılan poliklinik odası oranları dönemler halinde hesaplanmalıdır.

Her dönem sonunda, yeni poliklinik odası açılması ya da yeni klinisyen hekimin göreve başlaması durumunda tablo güncellenmeli, yönetim tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır. Poliklinik odası oranı belirlenirken, anestezi ve reanimasyon uzmanları ile acil tıp uzmanları için ayrılan poliklinik odaları hesaplamaya dahil edilmeyecektir.

Uzman hekim sayısı fazla olan hastanelerde aşağıdaki tablonun yönetici tarafından değerlendirilmesi özellikle MHRS’de yoğun talep olan branşlarda önem arz etmektedir.

Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı									
Poliklinik Yapan Branş/Klinik	OCAK-ŞUBAT-MART-NİSAN			MAYIS- HAZİRAN- TEMMUZ-AĞUSTOS			EYLÜL-EKİM-KASIM- ARALIK		
	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*
Genel Cerrahi									
Ortopedi									
KBB									
.....									
Güncelleme Tarihi:							Yönetici İmza		

*Bu oran ilgili branş-klinikteki poliklinik oda sayısı / ilgili branş-klinikteki klinisyen hekim sayısı şeklinde hesaplanır.

KAYNAK:

Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında 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: Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla fiziki düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 6

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.6.1. Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinik odaları birbirlerine yakın konumlandırılmamalıdır.

1.P.6.2. Hasta sayısı fazla olan bir branşa ait poliklinik odası/odaları, sağlık tesisinin bekleme alanları ve koridoru en geniş alanında konumlandırılmalıdır.

1.P.6.3. Poliklinikler kendi branşları ile ilgili tetkik birimlerine (Ortopedi Kliniği- Radyoloji, Kardiyoloji Kliniği-EKG/EKO, Göğüs Hastalıkları Kliniği-SFT, Nöroloji Polikliniği- EEG ve EMG birimi arası vb.) yakın konumlandırılmalıdır.

1.P.6.4. Kan alma birimine uzak poliklinik alanları ve hastane blokları için ilave kan alma birimleri oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcileri poliklinikleri özellikle yoğun olan saatlerde değerlendirmelidir. Hastane yönetimi tarafından poliklinik alanları, özellikle kan alma, 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.

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.

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.

Poliklinikler kendi branşları ile ilgili tetkik birimlerine (Örneğin: Ortopedi Kliniği-radyoloji, Kardiyoloji Kliniği-EKG/EKO, Göğüs Hastalıkları Kliniği-SFT, Nöroloji Polikliniği-EEG ve EMG birimi arası vb.) yakın konumlandırılmalıdır.

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

Tetkik alanlarında hastaların bekleme sürelerini azaltmak için kaydırmalı mesai formülü uygulanabilir. Kan alma, EKG, röntgen, ultrason vb. yoğun olan birimlerde görevli uygun sayıda personelin mesaiye örneğin yarım saat erken gelip-erken gitmesi veya uygun sayıda personelin geç gelip-geç gitmesi gibi hastanenin ihtiyacına göre dinamik çözümler belirlenmelidir.

Bekleme süresini kısaltmak ve hasta erişimini kolaylaştırmak amaçlı birbirine uzak olan poliklinik alanları ve hastane blokları için yeterli sayıda kan alma birimi oluşturulma durumu gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

SORU: Polikliniklerde muayene bekleme süresi ölçülüyor mu?

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.7.1. Poliklinik muayenesi için kayıt işlemi yapılan hastanın hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisi hastaya verilen barkod üzerinde belirtilmelidir.

1.P.7.2. Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama muayene bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” 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, bransa 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 SBYS’de oluşturulacak “YTE” ile takip edilmelidir.

Her hasta için SBYS üzerinden hastanın ilk kayıt zamanı ile muayene zamanı arasındaki zaman farkı alınarak muayene bekleme süresi ölçülmelidir. İlgili branşın bekleme sürelerinin toplamı, ilgili branşta muayene edilen toplam hasta sayısına bölünerek ilgili branş için ortalama muayene bekleme süresi belirlenmelidir.

Örnek: Ocak ayında Genel Cerrahi polikliniğinde 500 hasta muayene edilmiş ise;
Genel cerrahi polikliniğinde 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 farkı: 40 dakika

500 hastanın; hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı toplamı: 15000 dakika

Ocak ayı genel cerrahi polikliniği ortalama poliklinik bekleme süresi=15000/500= 30 dakika

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

Poliklinik Muayene Bekleme Süresi Yönetici Takip Ekranı			
Klinik/Branş	OCAK	ŞUBAT	Branş Ortalama Muayene Bekleme Süresi (dakika)
Genel Cerrahi			
Ortopedi			
.....			
.....			
.....			

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Hastaya verilen barkod çıktısı üzerinde tahmini hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisinin varlığı ve uygun olup olmadığı,
- ✓ SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Her bir branşa 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.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisi tarafından oluşturulan Yönetici Takip Ekranları farklı tasarımda planlanabilir. Ancak planlanan farklı tasarım en az yukarıda tabloda bulunan bilgileri içermelidir.

KAYNAK:

Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında 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: Polikliniklerde hastaların ortalama muayene süreleri ölçülüyor mu? (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir)

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.8.1. Her branşa ait poliklinikte yapılan “toplam muayene sayısı” ile ilgili polikliniğe ait “ortalama muayene süresi” ölçümü yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir).

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde her branş için muayene edilen hasta sayısı ve hastaların ortalama muayene sürelerinin takip edilebilmesi için SBYS’de en az aşağıda tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturulmalıdır.

Poliklinik Muayene Süresi Yönetici Takip Ekranı							
Branş	Poliklinik Adı	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
		Toplam Muayene Edilen Hasta Sayısı*	Ortalama Muayene Süresi**	Toplam Muayene Edilen Hasta Sayısı*	Ortalama Muayene Süresi**	Toplam Muayene Edilen Hasta Sayısı*	Ortalama Muayene Süresi**
A Branşı	Poliklinik 1						
	Poliklinik 2						
							
A Branşı Toplam/Ortalama							
B Branşı	Poliklinik 1						
	Poliklinik 2						
							
B Branşı Toplam/ Ortalama							
.....							
							
.....							
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)							

**Muayene edilen hasta sayısına konsültasyon, sağlık kurulu vb. muayeneler de dahil edilecektir.*

$$**\text{Ortalama Muayene Süresi (dakika)} = \frac{\text{toplam öğle tatili çıkarılmış aylık poliklinik çalışma süresi}}{\text{İlgili ayda muayene edilen poliklinik hasta sayısı}}$$

Bu formülde bahsi geçen “öğle tatili çıkarılmış aylık çalışma süresi” aşağıdaki örnekte verildiği şekilde hesaplanmalıdır. Örneğin; A polikliniğinin 01.02.2018 tarihinde;

Polikliniğe başlama zamanı (ilk hastanın muayene edildiği zaman): 08:35

Poliklinik bitiş zamanı(son hastanın muayene edildiği zaman): 16.25

Sağlık tesisi tarafından poliklinik mesai saati belirlenmeli, son mesai saatinden (örneğin saat 17:00) sonraki sisteme kaydedilen hastalar hesaplamada dikkate alınmamalıdır.

Günlük çalışma saati: 16.25 - 08:35 = 7.50 saat

Öğle tatili sağlık tesisi tarafından 1.30 olarak belirlenmiş ise,

*A polikliniğinde öğle tatili çıkarılmış **01.02.2018 tarihi için günlük** çalışma süresi: 7.50 – 1.30 = 6.20 saat x 60 dakika = 380 dakika olarak hesaplanır.*

*Her gün için ayrı ayrı olmak üzere öğle tatili çıkarılmış günlük çalışma süreleri hesaplanır, bulunan süreler toplanarak öğle tatili çıkarılmış **şubat ayı için aylık** çalışma süresi bulunur.*

Şubat ayı için; Aylık çalışma süresinin şubat ayında muayene edilen hasta sayısına bölünmesi ile ortalama muayene süresi bulunur.

Sağlık tesisinde bu hesaplamaların yapılmasındaki amaç, ortalama muayene süresi kısa olan branşların tespit edilmesi ve yönetim tarafından mümkünse ortalama muayene süresi yeterli olmayan bu branşlar için branştaki doktor sayısı yeterli ise ek poliklinik odasının açılmasının sağlanması ve/veya diğer önlemlerle muayene sürelerinin makulleşmesidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Her bir branşa ait toplam muayene sayısı ile ortalama muayene 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 yukarıdaki koşulları sağlamıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir. Sağlık tesisi tarafından oluşturulan Yönetici Takip Ekranları farklı tasarımda planlanabilir. Ancak planlanan farklı tasarım en az yukarıda tabloda bulunan bilgileri içermelidir.

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

SIRA : 9
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.9.1. Her branşa ait poliklinikte gün içerisinde yapılan ilk muayene zamanı, son muayene zamanı ve muayene sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.P.9.2. Sağlık tesisi yönetimi tarafından polikliniklerin başlama zamanı belirlenmeli ve belirlenen zamandan gecikme olan polikliniklerin aylık olarak analizi yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

1.P.9.3. Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirimi SMS ile ilgili sorumlulara yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Bu unsurda her bir branşın poliklinik başlama zamanının, yönetim tarafından takip edilmesi ve branşa ait poliklinik iş yükü analizinin yapılması amaçlanmaktadır. Gün içerisinde poliklinikte yapılan ilk hastanın muayene zamanı ile son hastanın muayene zamanı ve bu zaman aralığında poliklinikte muayene edilen toplam hasta sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Örneğin yönetim tarafından poliklinik çalışma saati 09:00 ile 16:00 arasında belirlenmiş ve genel 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 Genel 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			.....		
Poliklinik 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
G.Cerrahi 1	09:05	15:30	40						
G.Cerrahi 2									
G.Cerrahi 3									
Dahiliye 1									
Dahiliye 2									
Ortopedi 1									
Ortopedi 2									
Üroloji									
Plastik Cerrahi									
.....									

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 artırılması 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 RAPORU																																	
POLİKLİNİK	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	
DAHİLİYE 1	08:37	08:40				08:35	08:36			08:42				08:43		08:54						09:27							09:28		08:39	10	
DAHİLİYE 2													08:37				08:54			08:39			08:37									4	
DAHİLİYE 3		14:12						08:54						08:39															08:37			4	
G.CERRAHİ 1	08:59	08:45	08:50			08:56	08:39									08:38						08:39									08:54	8	
G.CERRAHİ 2						10:36														08:37				08:54				08:39				4	
ÜROLOJİ	08:35	08:39				08:54			08:42						08:42																		5
ÇİLDİYE	08:38													08:39									08:39							08:37		4	
KARDİYOLOJİ			08:37			09:13			08:38							08:37														08:39			5
KADIN DOĞUM	08:58					08:44		08:42						08:37		08:39					08:54	08:37						08:39		08:54		9	
ÇOCUK HAST.		08:38												08:54																			2

Güncelleme Tarihi:

Yönetici İmza

Rapor üzerindeki 1- 31 arası rakamlar ilgili ayın günlerini ifade etmektedir. Sağlık tesisinde yönetim tarafından poliklinik başlama saati 08:30 olarak belirlenmiş ve 08:30' dan geç açılan poliklinikler raporda belirtilmiştir.

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 08:35 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:45 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi Klinik/Branş İdari Sorumlusuna: “Bugün saat 08:45 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:55 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi İlgili Başhekim Yardımcısına: “Bugün saat 08:55 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Polikliniklerde yapılan ilk muayene zamanının SBYS’ de nasıl kayıt altına alındığı,
- ✓ SBYS’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/Branş İdari Sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından ilgili unsurlar olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT vb.) gün içerisinde yapılan ilk ve son işlem zamanı ile toplam işlem sayısının takibi SBYS’ den yapılıyor mu?

SIRA : 10
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.10.1. Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT vb.) gün içerisinde yapılan ilk ve son işlem zamanı ile toplam işlem sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.P.10.2. İlk işlem zamanında gecikme olan tetkik birimlerinin aylık olarak analizi yapılmalıdır.

1.P.10.3. Sağlık tesisi tarafından belirlenen tetkik biriminin ilk işlem zamanında gecikme olması durumunda tetkik biriminin sorumlusuna ve sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Bu unsurda sağlık tesisinde bulunan tetkik birimlerinin, poliklinik mesai zaman aralığında işleme başlama zamanının yönetim tarafından takip edilmesi ve her tetkik biriminin personel sayısı ve işlem sayısı analizleri ile verimlilik ve iş yükünün dengeli dağılımı amaçlanmaktadır. Oluşturulan Yönetici Takip Ekranındaki tetkik ilk işlem zamanı, son işlem zamanı ile toplam işlem sayısı için poliklinik mesai saatleri içerisinde gerçekleşen işlemler dikkate alınmalıdır.

Örneğin yönetim tarafından tetkik birimlerinin çalışma zamanı 08:00 ile 17:00 arasında belirlenmiş ise bu belirlenen zaman aralığında tetkik birimlerinde gerçekleşen ilk işlem zamanı, son işlem zamanı ve toplam işlem sayısı dikkate alınmalıdır. Belirlenen bu zaman aralığı dışında acil servis veya diğer servislerden istenen tetkikler hesaplama dahil edilmemelidir.

Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT, laboratuvarlar vb. tetkik alanlarında ilk ve son işlemin yapıldığı zaman ile işlem sayısı SBYS’ den izlenebilmeli ve en az aşağıda verilen tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturulmalıdır. Sağlık tesisi tarafından oluşturulan Yönetici Takip Ekranları farklı tasarımda planlanabilir.

..... Ayı Tetkik Birimlerinin Başlangıç-Bitiş Zamanı ve İşlem Sayısı									
Yönetici Takip Ekranı *									
GÜNLER	1			2					
Tetkik Birimleri	İlk İşlem Zamanı	Son İşlem Zamanı	Toplam İşlem Sayısı	İlk İşlem Zamanı	Son İşlem Zamanı	Toplam İşlem Sayısı	İlk İşlem Zamanı	Son İşlem Zamanı	Toplam İşlem Sayısı
Kan Alma 1									
Kan Alma 2									
SFT									
EKG									
Röntgen 1**									
Röntgen 2**									
USG 1									
USG 2									
Diğer									

* Birden fazla kan alma, EKG ya da direkt grafi vb. birimler var ise her birim için bu veriler ayrı ayrı takip edilecektir.

** Röntgen birimindeki sadece direkt grafi işlemleri takip edilecektir.

Tetkik birimlerinin ilk işleme başlama zamanı sağlık tesisi yönetimi tarafından belirlenmelidir. Yönetim tarafından her bir tetkik biriminin başlama zamanı farklı olarak da belirlenebilir. Belirlenen başlama zamanından daha sonra açılan tetkik birimlerinin analizi, aşağıda örnekte belirtildiği gibi aylık olarak yapılmalıdır. Aylık olarak yapılan analizler hastane başhekim ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Örnekte sağlık tesisi yönetimi tarafından tetkik birimlerinin tamamı için ilk işleme başlama zamanı 08:00 olarak belirlenmiş ve 08:00 den sonra ilk işleme başlayan birimlerin günler itibari ile analizi yapılarak aşağıdaki şekilde aylık rapor oluşturulmuştur.

..... AYI TETKİK BİRİMLERİNİN GEÇ BAŞLAMA RAPORU																																
POLİKLİNİK	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
KAN ALMA 1	08:18	08:20				08:35	08:36			08:42				08:43		08:54						09:27							09:28		08:39	10
KAN ALMA 2													08:37				08:54			08:39			08:37									4
KAN ALMA 3								08:54						08:21															08:23			3
EKG 1	08:59	08:45	08:50			08:56	08:39									08:38						08:39									08:54	8
EKG 2						10:36														08:37								08:39				3
SFT	08:35	08:39				08:54		08:42						08:42																		5
USG 1	08:38													08:39									08:39							08:37		4
RÖNTGEN 1						09:13		08:38																					08:39			3
RÖNTGEN 2	08:58					08:44	08:42							08:37			08:39				08:54	08:37					08:39		08:54		9	
.....		08:38												08:54																		2

Güncelleme Tarihi:

Yönetici İmza

Sağlık tesisi yönetimi tarafından ay itibari ile gecikme yaşanan tetkik birimlerinin analizi yapılarak geç başlayan tetkik birimlerinin zamanında açılması için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır. Aylık olarak yapılan analizler hastane başhekim ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Tetkik birimlerinin her biri için yönetim tarafından belirlenen tetkik başlama zamanı aşıldığında tetkik biriminin sorumlusuna ve sonrasında ilgili sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile yapılacak uyarı aralıkları sağlık tesisi tarafından kendi dinamiklerine göre belirlenmelidir.

Örneğin,

Kan alma biriminde saat 8:00'de yapılması gereken ilk işlem bekleyen hasta var ve 08:15'de gerçekleşmedi ise ilgili laboratuvar sorumlusuna, saat 08:30'da halen gerçekleşmedi ise ilgili başhekim yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir.

Kan alma birimi başlama saati bilgisi ilgili laboratuvar sorumlusuna: "Bugün saat 08:15 itibariyle Merkez Bina Kan Alma Birimi tetkik kabul işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize"

Kan alma birimi başlama saati bilgisi ilgili başhekim yardımcısına: "Bugün saat 08:30 itibariyle Merkez Bina Kan Alma Birimi tetkik kabul işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize"

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, odyoloji, ürodinami, ESWL, SFT gibi tetkik birimlerinde yapılan ilk ve son işlemin SBYS' de nasıl kayıt altına alındığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranında kayıt altına alınan ilk/son işlem zamanı ve toplam işlem sayısının, poliklinik mesai zaman aralığında gerçekleşip gerçekleşmediği,
- ✓ Sağlık tesisinde bulunan tetkik birimlerinde günler itibariyle ilk işlem zamanı, son işlem zamanı ve tetkik sayısını içerecek şekilde SBYS'de "Yönetici Takip Ekranı"nın oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ İlk işlem zamanında gecikme olan tetkik birimlerinin 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 direkt grafi çekilen oda sayısı 5 ise yönetici takip ekranında bu 5 oda' ya ait bilgiler ayrı ayrı görülmelidir.),

- ✓ Birimlerde mesaiye geç başladığında tetkik biriminin sorumlusuna ve sonrasında ilgili sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından ilgili unsurlar olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisindeki tetkiklerin (USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb.) randevu verme sürelerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 11
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.11.1 USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb randevuları SBYS üzerinden verilmelidir.

1.P.11.2 USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb. tetkik sonuç raporunda “istem zamanı”, “çekim/gerçekleşme zamanı” ve “onay zamanı” belirtilmelidir.

1.P.11.3 USG tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 3 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

1.P.11.4 MR tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

1.P.11.5 BT tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

1.P.11.6. EMG tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 20 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

1.P.11.7. EEG tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

1.P.11.8. Mamografi, Endoskopi vb. tetkikler için istem zamanı ile çekim/gerçekleşme zamanı arasındaki süreler için kabul edilebilir süreler cihaz ve personel durumu gözönüne alınarak sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.

1.P.11.9 Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tetkiklerin (USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb.) randevu verme süreleri SBYS’ de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tetkik ve işlemler için manuel yapılan kayıtlar ve randevu defterleri kaldırılmalı, randevular SBYS üzerinden verilmelidir.

USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb tetkik sonuç raporunda “istem zamanı”, “çekim/gerçekleşme zamanı” ve “onay zamanı” tarih ve saat olarak belirtilmelidir.

Örnek Radyoloji Sonuç Raporu:

..... Hastanesi Radyoloji Sonuç Raporu			
Adı Soyadı	:	İstemi Yapan Bölüm	:
Baba Adı	:	İstemi Yapan Doktor	:
Doğum Yeri - Tarihi	:	Rapor Numarası	:
Cinsiyeti	:	İstem Zamanı	:08.02.2019 09:05:41
İşlem/Dosya/Protokol Numarası	:	Çekim Zamanı	:10.02.2019 14:35:20
Ön Tanı	:	Rapor Onay Zamanı	:12.02.2019 10:20:19

Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tetkiklerin (USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb.) randevu verme süreleri SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Mamografi, Endoskopi vb. tetkikler için tetkiklerin istem zamanı ile çekim/gerçekleşme zamanı arasındaki hedef süreler, sağlık tesisinin insan gücü, cihaz vb. kendi dinamiklerine göre belirlenmeli ve bu süreler SBYS’de tanımlanmalıdır.

Randevu sürelerinin tespiti için, SBYS’de her bir hasta için tetkik istem zamanı ile tetkikin çekim/gerçekleşme zamanı sistem tarafından kayıt altına alınabilmelidir. Her bir hasta için tetkikin istem zamanı ile tetkikin çekim/gerçekleşme zamanları arasındaki geçen süre ölçülmeli, en sık tekrarlanan çekim/gerçekleşme süresi (mod) ile en uzun çekim/gerçekleşme süresi hesaplanmalıdır.

Örneğin,

Ayın 1’ inde 6 hastaya endoskopi işlemi yapılmış ise;

1. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
2. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
3. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 5 iş günü,
4. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 10 iş günü,
5. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
6. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 5 iş günüdür.

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

Sonuç olarak ayın 1'i için;

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

Sağlık tesisinin en uzun endoskopi randevu gerçekleşme süresi ise 10 iş günüdür.

..... Ayı Endoskopi Randevu Gerçekleşme Süre Takip Tablosu																					
Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	31	Ocak Ayı
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	15	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.

Ocak ayının tamamı için;

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

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

Sağlık tesisinde **her bir tetkik için** yukarıdaki hesaplamalar sonunda bulunan randevu gerçekleşme süreleri (mod hesabı ile bulunan süreler) SBYS' de oluşturulan ve en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

..... Yılı Tetkik Randevu Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı					
Tetkik Adı	Hedef Süre	OCAK	ŞUBAT	.....	ARALIK
USG	3 iş günü				
MR	10 iş günü				
BT	10 iş günü				
EMG	20 iş günü				
EEG	10 iş günü				
Odyoloji*	 iş günü				
Mamografi*	 iş günü				
Endoskopi*	 iş günü				
Nükleer Tıp*	 iş günü				
Diğer					

*Sağlık tesisi tarafından randevu verme süresi belirlenecektir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Randevu defterleri kullanılmadan, randevuların SBYS üzerinden verilir verilmediği,
- ✓ USG, MR, BT, EEG, EMG, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, Nükleer Tıp vb tetkik sonuç raporunda “istem zamanı”, “çekim zamanı” ve “onay zamanı”nın tarih ve saat olarak belirtilip belirtilmediği,
- ✓ Her bir tetkike ait randevu verme sürelerinin ölçümünün mod hesabı yapılarak SBYS’de oluşturulan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilip edilmediği,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı; şekil olarak oluşturulmuş ancak içeriğindeki sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyor ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde MR, BT, EEG, Mamografi, Nükleer Tıp vb. tetkiklerin çekim zamanı ile sonuç onay zamanı arasındaki sürelerin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 12
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 12
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.12.1. SBYS' de her bir hasta için tetkik çekim zamanı ve rapor onay zamanı kayıt altına alınmalıdır.

1.P.12.2. MR çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.

1.P.12.3. BT çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.

1.P.12.4. MR ve BT dışındaki diğer tetkikler için çekim/ gerçekleşme zamanı ile sonuç onay zamanı arasındaki kabul edilebilir süreler sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve SBYS' de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.P.12.5. Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerinin sonuç raporlarının yazım süresi aşıldığında ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

1.P.12.6. Sağlık tesisinde yapılan MR, BT, EEG, Mamografi, Nükleer Tıp vb. tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

SBYS' de her bir hasta için çekim zamanı ve rapor onay zamanı kayıt altına alınabilmelidir. Her bir hasta için görüntüleme tetkikine ait çekim ve raporlama (sonuç onay) zamanları arasındaki geçen süre hesaplanmalıdır. İlgili ay içerisinde her bir hasta için ayrı hesaplanan sonuç verme süresinin, hasta sayısına bölünmesiyle “Tetkik Sonuç Verme Süresi” bulunmalı ve SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

..... Yılı Tetkik Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı					
Tetkik Adı	Hedef Süre	OCAK	ŞUBAT	.....	ARALIK
MR	3 iş günü				
BT	3 iş günü				
EEG	... iş günü				
Mamografi	... iş günü				
Nükleer Tıp	... iş günü				
Diğer					

Bakanlık tarafından belirlenen süreler aşıldığında ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Örnek:

Sağlık tesisinin belirlediği rapor yazma süresi aşıldığında ilgili uzman hekime; “Sn. Dr. 27402847 işlem numaralı isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 3 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize.”

İlgili uzman hekime SMS ile gönderildikten 1 gün sonra sonuç halen çıkmadıysa klinik idari sorumlusuna; “..... isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 4 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize”

İlgili klinik idari sorumlusuna SMS ile gönderildikten 1 gün sonra sonuç halen çıkmadıysa başhekim/ sorumlu başhekim yardımcısına; “..... isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 5 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize”

Sağlık tesisinde MR, BT, EEG, Mamografi, Nükleer Tıp vb. tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.

Örnek;

“Tomografi sonucunuz çıkmıştır. Alo 182 den ya da www.mhrs.gov.tr adresinden muayene olduğunuz polikliniğe randevu alarak muayene zamanınızı belirleyebilirsiniz. Bu mesajın size ait olmadığını düşünüyorsanız lütfen dikkate almayınız. Sağlıklı günler dileğiyle.”

Sağlık tesisi tarafından hastaya gönderilecek olan SMS’lerde kişisel verilerin korunması kapsamında hasta adı, soyadı, tetkik işlem tarihi bulunmamalıdır. Sağlık tesisi tarafından hastalara yukarıdaki örneğe uygun SMS gönderilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “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,
- ✓ Sağlık tesisi tarafından belirlenen tetkiklerin sonuç raporlarının yazım süresi aşıldığında; ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Hastalara tetkik sonuçlarının hazır olduğu bilgilendirmesinin SMS ile yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir. Sağlık tesisi tarafından oluşturulan Yönetici Takip Ekranları farklı tasarımda planlanabilir. Ancak planlanan farklı tasarım en az yukarıda tabloda bulunan bilgileri içermelidir.

SORU: Sağlık tesisinde hazırlık gerektiren işlemler için (Endoskopi, EMG, BT, MR, Nükleer Tıp, Uyku Laboratuvarı, Eforlu EKG, Holter v.b.) hastalara bilgilendirme uyarısı yapılıyor mu?

SIRA : 13
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.13.1. Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara varsa yapmaları gereken ön hazırlıklar ile ilgili SMS ile ön bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler (EMG, endoskopi, nükleer tıp uygulamaları, uyku bozukluğu testleri, biyopsiler, BT, MR vb.) için hastalara yapmaları gereken ön hazırlıklar için randevu verildiği anda SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme; hastanın işlem öncesi aç kalıp kalmayacağı, sürekli kullandığı ilaçlar ve alerji yaptığı bilinen ilaçlar konusunda hekimini bilgilendirmesi ve kan sulandırıcı, kanama artırıcı vb. ilaçlar kullanıyorsa işlemden kaç gün önce kesilmesi gerektiği, tetkik için kullanması gereken ilaçlar varsa kullanım şekli ve zamanını kapsamalıdır.

Sağlık tesisi tarafından hastaya gönderilen tetkik öncesi hazırlıklar ile ilgili bilgilendirme mesajında kişisel verilerin korunması kapsamında hasta adı, soyadı, randevu tarih ve saati, randevu yeri bulunmamalıdır. Sağlık tesisi tarafından hastalara aşağıdaki örneğe uygun ön hazırlık SMS i gönderilmelidir.

Örnek.1. (Ön hazırlık hatırlatma mesajı)

“Sayın hastamız, endoskopi işlemi öncesi en az 8 saat aç olmanız gerekmektedir. Bu nedenle gece 24:00’ den sonra hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Kanama arttırıcı, kan sulandırıcı ve ağrı kesici ilaçlar kullanıyorsanız lütfen doktorunuzla iletişime geçiniz.”

Gözlemciler tarafından sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara varsa yapmaları gereken ön hazırlıklar ile ilgili SMS ile ön bilgilendirme yapıp yapılmadığı ve mesaj içeriğinin uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

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

SIRA : 14
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.14.1. 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 acil serviste düzenlenen kağıt reçetelere acil serviste yazıldığını belirten “Acil” kaşesi basılmalıdır.

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

**E-Reçete Kullanım Oranı: E-Reçete Sayısı/Toplam Reçete Sayısıdır.*

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 : 15

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.15.1. MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerini beklemeden yapabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

1.P.15.2. MHRS' ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin en az 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olmalıdır.

1.P.15.3. Yan dal polikliniklerine hastanın yönlendirilmesi halinde “Takip Gerektiren Hasta Listesi (Yeşil Liste)”ne kaydı yapılmalıdır.

1.P.15.4. Yan dal ve Ağız ve Diş Sağlığı polikliniklerinde ilk muayenesi yapılan hastanın, devam eden tedavi ve kontrol muayene randevuları MHRS'nin “Devam Eden Muayene” cetvelleri üzerinden verilmelidir.

1.P.15.5. “Randevu Durum Bilgisi Bildirimi” aynı gün içinde en geç saat 23:59'a kadar yapılmalıdır.

1.P.15.6. MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri yönetim tarafından SBYS'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 kiosklarda 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 yan dal poliklinikleri için hastalara doğrudan randevu verilememektedir. Hastalar, ana dal hekimi tarafından muayene edildikten ve tetkik işlemlerinden sonra uygun görülmesi halinde, tıpta uzmanlık gerektiren yan dal poliklinikler için ilgili yan dal polikliniğine sistem üzerinden “Takip Gerektiren Hasta Listesine (Yeşil Liste)”sürelili olarak eklenmek sureti ile yönlendirilmektedir.

Gözlemciler tarafından;

- Yan dalı olan ana branş polikliniğinde ve herhangi bir yan dal polikliniğinde hastaların SBYS’ de “yeşil listeye kaydının nasıl yapıldığı,
- Hekimlerin yeşil liste kaydını yapıp yapmadığı sorgulanmalıdır.

Yan dal ve 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 verilip verilmediğini 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 Mobil ....vb.)	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.	

Gözlemci 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
Ortopedi							
KBB							
.....							
.....							
TOPLAM							

**Hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısı: İlgili ayda cetveli hep (sürekli) kapalı olarak tanılanmış (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;

- ✓ SBYS'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 Tarihi : 07/05/2018)

SORU: Gebe okuluna yönelik düzenlemeler yapılmış mı? (Kadın Doğum Uzmanı ve Doğumhanesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

SIRA : 16
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.16.1. Gebe okulunda, Bakanlıkça düzenlenmiş ilgili konuda eğitime katılmış 1(bir) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve 1 (bir) sorumlu ebe görevlendirilmiş olmalıdır.

1.P.16.2.Mevzuata uygun fiziki koşulları sağlamalı ve gerekli eğitim materyalleri bulunmalıdır.

1.P.16.3. Gebe okuluna başvuruda bulunan gebe/gebe adayı/yakınına yönelik eğitim programı uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

1.P.16.4. Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezeryan, ölü doğum vs.) takibi yapılmalı ve her ayın 7 sine kadar Sağlık Müdürlüğüne bildirimi sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gebe okulu ile ilgili iş ve işlemler, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yayınlamış olduğu 02.10.2018 tarihli ve 23 sayılı Genelge’de yer alan “Sağlık Hizmetlerinde Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Okulu ve Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezlerinin Çalışma Usul ve Esasları” çerçevesinde yürütülmektedir.

Gebe okulu, kadın hastalıkları ve doğum hizmeti veren 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesislerinde Bakanlıkça düzenlenmiş doğuma hazırlık sertifika programını tamamlamış kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve sorumlu ebe varlığında açılmalıdır.

Gebe okulu ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerinde fiziki altyapı standardı mevzuata uygun olmalıdır.

Gebe okulu ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezleri gebeliğin ilk döneminden itibaren gebenin tıbbi durumunu göz önünde bulundurarak gebelik takibi ve doğum yapacağı sağlık kuruluşları hususunda gebe ve yakınlarına bilgi verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Gebe okuluna başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezeryan, ölü doğum vs.) takibi yapılmalı ve her ayın 7 sine kadar Sağlık Müdürlüğüne bildirilmelidir.

KAYNAK:

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gebe Okulu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri Genelgesi 2018/23.

SORU: Sağlık tesisinde diyabet okulu mevcut mu? (En az 3 iç hastalıkları uzmanı veya 1 endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

SIRA : 17
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.17.1. Diyabet okulu için 15-20 kişilik interaktif eğitime uygun bir eğitim odası/alanı kullanılmalıdır.

1.P.17.2. Diyabet eğitim programı/takvimi oluşturulmalı ve eğitimlerde Bakanlığımız tarafından hazırlanan diyabet eğitim setleri kullanılmalıdır.

1.P.17.3. Diyabet okulu diploması alan hasta sayısı verisi ile TSİM' e aylık olarak girilen veri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde interaktif eğitime uygun bir alan oluşturulmalıdır. Bu alanda; bilgisayar, projeksiyon, afiş, broşür, diyabet eğitim setleri vb. eğitim araçları bulunmalıdır. Tercihen U şeklinde masa düzeni oluşturularak eğitim verilmelidir. Fiziki şartları yeterli olmayan sağlık tesislerinde, başka eğitimler için oluşturulmuş olan eğitim salonu/odası diyabet okulu için de kullanılabilir.

Diyabet okulu eğitim programı/takvimi (haftalık/aylık/yıllık) oluşturulmalı ve eğitimlerde Bakanlığımız tarafından hazırlanan diyabet eğitim setleri kullanılmalıdır.

Diyabet okulu uygulama esaslarında belirtildiği şekilde eğitim modüllerini tamamlayan diyabetlilere, diyabet okulu diploması verilmeli, diyabet okulu diploması alan hasta sayısı verileri TSİM' e aylık olarak girilmelidir. Gözlemciler tarafından TSİM' e girilen diploma alan hasta sayısı ile diyabet okulu eğitimini tamamlayan hasta kayıtları kontrol edilerek karşılaştırılmalıdır. Veriler uyumsuz ise olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde diyabetik ayak hastalarının klinikler arası işbirliği ile tedavisi için diyabetik ayak konseyi oluşturulmuş mu? (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir)

SIRA : 18
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.18.1.Üçüncü basamak hastanelerde multidisipliner (endokrinolog, iç hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, dermatolog, ortopedist, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, kalp-damar cerrahı, plastik cerrah, hemşire ve varsa girişimsel radyolog ve podologun görev aldığı) diyabetik ayak konseyi oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde diyabetik ayak konseyinin oluşturulup oluşturulmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:**TÜRKİYE DİYABET PROGRAMI -Hedefler ve Aksiyonlar**

3d İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sadece diyabetli bireylere hizmet veren ve aile hekimliği, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanlarınca yürütülen diyabet ve obezite polikliniklerinin açılması,

3.d.13. ‘<http://diyabet.gov.tr>’ sitesinde aile hekimleri ve iç hastalıkları uzmanlarının gerektiğinde

danışabileceği elektronik tıbbi danışma platformları oluşturulması,

3.d.14. Üçüncü basamak hastanelerde multidisipliner (endokrinolog, iç hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, dermatolog, ortopedist, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, kalp-damar cerrahı, plastik cerrah, girişimsel radyolog, podolog ve hemşirenin görev aldığı) diyabetik ayak konseyleri oluşturulması için gerekli altyapının hazırlanması,

3.d.15. Diyabetik ayak konusunda uzman podologların yetiştirilmesi ve mevcutların görevlendirilmesi için girişimlerde bulunulması.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

SORU: Radyoloji alanlarının işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 19
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.G.1.1. İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan birimlerde, aylık personel çalışma listeleri, personelin çalışma yeri ve radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir.

1.G.1.2. Radyasyon görevlisi olan personele sağlık izni kullandırılması ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Radyasyon Güvenliği Tüzüğü'nün 2 nci maddesinin (K) bendinde radyasyon görevlisi; sürekli olarak denetimli alanlarda veya radyasyon kaynaklarıyla çalışan kişidir. Denetimli alanlarda veya radyasyon kaynaklarıyla geçici olarak veya ara sıra çalışan kişiler radyasyon görevlisi sayılmazlar şeklinde belirtilmiştir.

Sağlık tesisi yönetimi radyasyon görevlilerini belirlemeli ve bu kişilerin ilgili mevzuatta belirtilen haklardan faydalanmalarını sağlamalıdır. Bu kişiler haftalık azami 35 saat çalıştırılmalı, yılda 1 ay sağlık izni kullandırılmalıdır.

Tetkik ve tedavi yapılan görüntüleme ünitelerinde hekim ve hekim dışı sağlık personelinin aylık personel çalışma listesinde yer ve görev tanımları, radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir. Sürekli olarak denetimli alanlarda veya radyasyon kaynaklarıyla bilfiil çalışmayan, riske maruz kalmayan, bu alanlarda geçici olarak veya manyetik rezonans, ultrasonografi, doppler ultrasonografi cihazları ile çalışan veya yukarıda sayılan radyasyon kaynakları ile fiilen çalışmayıp bu kaynaklarda grafilere ya da çıktılara rapor yazan veya yorumlayan personel radyasyon görevlisi sayılmamalıdır.

Sağlık alanında kullanılan başlıca iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları radyolojide tek tüplü röntgen, mobil röntgen, çift tüplü röntgen, c-kollu skopi, u-kollu skopi, o-kollu skopi, mamografi, anjiyografi, kemik yoğunluk ölçüm, bilgisayarlı tüm vücut tomografi, bilgisayarlı beyin tomografi, mikro tomografi, mikrofilm cihazları, panoramik cihazlar ile panoramik diş, periapikal diş, periapikal mobil diş, volimetrik diş tomografi cihazları, radyoterapide teleterapi, lineer hızlandırıcı, brakiterapi, x ışını tedavi, cyberknife, gama knife, simülatör, CT simülatör, kan ışınlama cihazları ve (prostat, göz vb) tedavi uygulamalarının yapıldığı ameliyathanelerde kullanılan kapalı radyoaktif kaynaklar; nükleer tıpta PET, PET/CT, SPECT, SPECT/CT Cihazları ile I-131 tedavi odaları ve RIA laboratuvarlarında kullanılan radyoaktif kaynaklardır. Diğer taraftan MR cihazları iyonlaştırıcı radyasyon üreten cihazlar değildir.

KAYNAK:

657 SAYILI DEVLET MEMURLARI KANUNU (1963): Yıllık izinlerin kullanılışı: Madde 103 – Yıllık izinler, amirin uygun bulacağı zamanlarda, toptan veya ihtiyaca göre kısım kısım kullanılabilir. Birbirini izliyen iki yılın izni bir arada verilebilir. (Değişik cümle: 6/7/1995 – KHK-562/2 md.) Cari yıl ile bir önceki yıl hariç, önceki yıllara ait kullanılmayan izin hakları düşer. Öğretmenler yaz tatili ile dinlenme tatillerinde izinli sayılırlar. Bunlara, hastalık ve diğer mazeret izinleri dışında, ayrıca yıllık izin verilmez. Hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni verilir.

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ RADYASYON KAYNAKLARIYLA ÇALIŞAN PERSONEL GENELGE 2012/ 34

3153 sayılı Kanunun Ek 1 nci maddesinde yer alan, "iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personeli haftalık çalışma süresi 35 saattir.

RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ

h)(Değişik:RG-3/6/2010-27600) Radyasyon Görevlisi; radyasyon kaynağı ile yürütülen faaliyetlerden dolayı görevi gereği, bu Yönetmeliğin 10 uncu maddesinde toplum üyesi kişiler için belirtilen doz sınırlarının üzerinde radyasyona maruz kalma olasılığı olan kişiyi

Yıllık doz sınırları

Madde 10 - Yıllık doz sınırları sağlığa zarar vermeyecek şekilde uluslararası standartlara uygun olarak, Kurum tarafından radyasyon görevlileri ve toplum üyesi kişiler için ayrı ayrı belirlenmiştir. Yıllık toplam doz aynı yıl içindeki dış ışınlama ile iç ışınlamadan alınan dozların toplamıdır. Kişilerin, denetim altındaki kaynaklar ve uygulamalardan dolayı bu sınırların üzerinde radyasyon dozuna maruz kalmalarına izin verilemez ve bu sınırlara tıbbi ışınlamalar ve doğal radyasyon nedeniyle maruz kalınacak dozlar dahil edilemez.

a)(Değişik:RG-29/9/2004-25598) Radyasyon görevlileri için etkin doz ardışık beş yılın ortalaması 20 mSv’i, herhangi bir yılda ise 50 mSv’i geçemez. El ve ayak veya cilt için yıllık eşdeğer doz sınırı 500 mSv, göz merceği için 150 mSv’dir. Cilt için en yüksek radyasyon dozuna maruz kalan 1 cm²’lik alanın eşdeğer dozu, diğer alanların aldığı doza bakılmaksızın ortalama cilt eşdeğer dozu olarak kabul edilir.

b) (Değişik:RG-29/9/2004-25598) Toplum üyesi kişiler için etkin doz yılda 1 mSv’i geçemez. Özel durumlarda; ardışık beş yılın ortalaması 1 mSv olmak üzere yılda 5 mSv’e kadar izin verilir. Cilt için yıllık eşdeğer doz sınırı 50 mSv, göz merceği için 15 mSv’dir.

c) 18 yaşından küçükler Tüzüğün 6 ncı maddesine göre radyasyon uygulaması işinde çalıştırılmazlar. Bu Yönetmeliğin 15 inci maddesinin (b) bendinde belirtilen alanlarda, eğitim amaçlı olmak koşuluyla, eğitimleri radyasyon kaynaklarının kullanılmasını gerektiren 16-18 yaş arasındaki stajyerler ve öğrenciler için etkin doz, herhangi bir yılda 6 mSv’i geçemez. Ancak el, ayak veya deri için yıllık eşdeğer doz sınırı 150 mSv, göz merceği için 50 mSv’dir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK (05.07.2012)

Radyasyon doz limitleri

MADDE 7: (2) Radyasyon kaynağı ile çalışan personelin maruz kalacağı etkin doz, göz merceği ve tüm vücut için ardışık beş yıl toplamında 100 mSv'i, herhangi bir tek yılda 50 mSv'I geçemez. Bu kurala aykırı olmayacak şekilde ayrıca;

a) Etkin dozun ayda 2 mSv'i,

b) El ve ayaklar için eş değer dozun aylık 50 mSv'i,

c) En yoğun radyasyona maruz kalan 1 cm² 'lik alan referans olmak üzere cilt için eş değer dozun aylık 50 mSv'i, geçmesi halinde bu seviyeler, inceleme düzeyi doz seviyeleri olarak değerlendirilir.

(10) Radyasyon görevlisi olmamakla birlikte radyasyon kaynağı ile yürütülen faaliyetlerden dolayı yıllık 1 mSv etkin doz değerinden fazla doza maruz kalma ihtimali Radyasyon Güvenliği Komitesince belirlenen personele tedbir olarak kişisel dozimetre kullanılır.

(11) Radyasyon kaynağı ile çalışan personelin sağlık izni yılı içerisinde kullanılır.

(6) Kişisel dozimetre ölçümlerinde yıllık doz limitlerinin aşıldığı durumlarda Radyasyon Güvenliği Komitesi, sorunun kaynağını inceleyip değerlendirir, varsa eksiklik ve aksaklıkların düzeltilmesi için ilgili idare ile birlikte gerekli tedbirleri alır. Eksiklik ve aksaklıklar giderilinceye kadar doz limitini aşan personel ilgili işte çalıştırılmaz, hatalı radyasyon kaynağı kullanılmaz. Bu personel yıllık sağlık izni kullanmamış ise öncelikle bu izin kullanılır. Ayrıca sağlık yönünden olumsuz bir durum ortaya çıkması halinde, Radyasyon Güvenlik Komitesince onbeş günden az olmamak kaydıyla sağlık sorunu giderilene kadar verilecek izin süresi belirlenerek bu izin idarece kullanılır.

RADYOLOJİ, RADYOM VE ELEKTRİKLE TEDAVİ MÜESSESELERİ HAKKINDA NIZAMNAME (Resmi Gazete Tarih: 6.5.1939)

Madde 23 - Röntgen ve radyom laboratuvarlarında çalışan bütün mütehassıs ve müstahdemlerin, senede iki defa kanları muayene edilerek küreyvatları sayılmak ve el vesair açık yerlerinin cildini muayene ettirmek mecburidir. Resmi müesseselerde bu muayenelerin icrası, o müesseselerin müdürleri tarafından takip olunur. Hususi müesseselerde, muayenelerin icra ettirilmemesinden sahipleri mesuldür. Bu muayenelerin neticeleri muntazam bir deftere kaydedilir. Bu muayeneler neticesinde görülecek arızalar iyi oluncaya kadar o kimsenin çalışmasına müsaade edilmez.

Madde 24 - Bu gibi müesseselerde, her röntgen mütehassısının veya röntgen ve radyom ile iştigal eden kimsenin senede dört hafta muntazaman devamlı tatil yapması mecburidir.

TÜRKİYE ATOM ENERJİSİ KURUMU'nun 12/04/2011 tarihli ve 5010 sayılı "radyoloji cihazları" konulu görüş yazısı.

SORU: Sağlık tesisinde USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayılarının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 20
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.G.2.1. Sağlık tesisinde bulunan klinisyen hekimlerin istemiş olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları ve oranları aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin poliklinikten istemiş olduğu USG, MR, BT vb. görüntüleme tetkik sayıları, oranları ve acil servis, diyaliz, fizyoterapi vb. hariç olmak üzere ayaktan başvuru sayısı aylık olarak SBYS’de en az aşağıda tabloda yer alan tetkik ve bilgileri içeren “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

USG tetkik sayısı hesaplanırken 803.602 kodlu “ultrason genel” işlem kodu hesaplama dahil edilmeyecektir.

Görüntüleme Tetkik Sayısı ve Oranları Yönetici Takip Ekranı *																							
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisye n Hekim Adı Soyadı	OCAK						ŞUBAT						YILLIK TOPLAM									
		USG		BT		M R		Ayaktan Başvuru Sayısı**	USG		BT		M R		Ayaktan Başvuru Sayısı**	USG		BT		M R		Ayaktan Başvuru Sayısı**	
		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran		
A Kliniği	X Hekim																						
A Kliniği	Y Hekim																						
A Kliniği Toplam/Ortalama																							
B Kliniği	Z Hekim																						
B Kliniği	Q Hekim																						
B Kliniği Toplam/Ortalama																							
.....																							
.....																							
.....																							
GENEL TOPLAM/ORTALA MA																							

*Bu oranlar aşağıdaki şekilde hesaplanır:

USG Tetkiki İstem Oranı: İlgili Ayda İstem Yapılan USG Sayısı/ İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı

BT Tetkiki İstem Oranı : İlgili Ayda İstem Yapılan BT Sayısı/İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı

MR Tetkiki İstem Oranı : İlgili Ayda İstem Yapılan MR Sayısı/İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı

*** Ayaktan başvuru sayısı: Normal poliklinik muayene işlemi için başvuru sayısıdır. (Acil, Diyaliz, fizyoterapi vb. için başvuruları dahil edilmeyecektir.)*

USG: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin F Ultrasonografik Tetkikler başlığı altındaki 803.310 ile 803.861 kodları arasındaki işlemleri,

BT: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin H Bilgisayarlı Tomografiler başlığı altındaki 803.870 ile 804.160 kodları arasındaki işlemleri,

MR: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin I Manyetik Rezonans Görüntüleme başlığı altındaki 804.170 ile 804.510 kodları arasındaki işlemlerin sayısını ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın Klinisyen hekimlerin ve branşların poliklinikten (acil servis, diyaliz, fizyoterapi vb. hariç) istemiş olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları ve oranlarının en az yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı,
 - ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı,
- kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Radyoloji uzmanlarının raporlamış olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayılarının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 21
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.G.3.1. Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporlamış olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporlamış olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları aylık olarak SBYS’de en az aşağıda yer alan tablodaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Yönetici takip ekranında adı geçen ilgili radyolojik tetkiklerin sayısının hesaplanmasında, radyoloji uzmanı tarafından raporlanan radyolojik tetkiklerin sayısı esas alınmalıdır.

..... Ayı Raporlanan Radyoloji Tetkik Sayısı Yönetici Takip Ekranı									
Radyoloji Hekim Adı Soyadı	USG	BT	MR	Direkt Grafler	Kontrastlı Tetkikler	Anjiyografik Tetkikler	Kemik Dansitometre	Non vasküler Girişimsel Radyolojik İşlemler	Toplam Tetkik Sayısı
X Hekim									
Y Hekim									
....									
.....									
Toplam Tetkik Sayısı									

Ultrasonografik Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan, Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin F Ultrasonografik Tetkikler ile G-Renkli Doppler incelemeleri başlığı altındaki 803.310 ile 803.860 kodları arasındaki işlemlerin toplam sayısını,

BT Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin H Bilgisayarlı Tomografiler başlığı altındaki 803.870 ile 804.160 kodları arasındaki işlemlerin toplam sayısını,

MR Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin I Manyetik Rezonans Görüntüleme başlığı altındaki 804.170 ile 804.510 kodları arasındaki işlemlerin toplam sayısını,

Direkt Grafi Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin A Direkt Grafler başlığı altında bulunan 801.560 ile 801.980 kodları arasındaki işlemlerin toplam sayısını,

Kontrastlı Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin B Kontrastlı Tetkikler başlığı altında bulunan 801.990 ile 802.340 kodları arasındaki işlemlerin toplam sayısını,

Anjiyografik Tetkik Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin C Anjiyografik Tetkikler başlığı altında bulunan 802.350 ile 802.890 kodları arasındaki işlemlerin toplam sayısını,

Kemik Dansitometre Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin D Kemik Dansitometre Tetkikler başlığı altında bulunan 802.900 ile 802.910 kodlarının toplam sayısını,

Non vasküler Girişimsel Radyolojik İşlemler Sayısı: Radyoloji uzmanı tarafından raporlanan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin E Görüntüleme Eşliğinde Non vasküler Girişimsel Radyolojik İşlemler başlığı altında bulunan 802.920 ile 803.300 kodlarının toplam sayısını ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Raporlanan Radyoloji Tetkik Sayısı Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığı ve içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- ✓ Yönetici Takip Ekranı şekil olarak oluşturulmuş ancak içeriğindeki sayısal veriler anlamsız değerler ifade ediyor ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

LABORATUVAR HİZMETLERİ

(BİYOKİMYA, MİKROBİYOLOJİ, PATOLOJİ)

SORU: Numunenin izlenmesine yönelik düzenleme yapılmış mı?**SIRA : 22****BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ****BÖLÜM SIRA NO : 1****DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

1.L.1.1. Biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji laboratuvar sonuç çıktısında tetkikin istem zamanı, numune alma zamanı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı zaman tarih ve saat olarak belirtilmelidir.

1.L.1.2. Numune alma ile laboratuvara kabul arasındaki süre ve laboratuvara kabul ile sonucun onaylandığı zaman arasındaki süreler ölçülerek SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar sonuç çıktısında tetkikin istem zamanı, numune alma zamanı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı zaman tarih ve saat olarak belirtilmelidir. Biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji laboratuvarı sonuç çıktılarının her biri için ayrı değerlendirme yapılmalıdır.

Biyokimya sonuç raporunda ilgili zamanları içeren örnek rapor aşağıda belirtilmiştir.

..... Hastanesi Biyokimya Sonuç Raporu			
Adı Soyadı		İstemi Yapan Birim	
TC Kimlik No (KISITLI)		İstemi Yapan Doktor	
Doğum Tarihi		Numune Türü	
Cinsiyeti		Tetkik İstem Zamanı	:19.02.2019 14:30:45
İşlem/Dosya/Protokol Numarası		Numune Alma Zamanı	:20.02.2019 08:35:42
Rapor Numarası		Numune Kabul Zamanı	:20.02.2019 08:42:35
		Onay Zamanı	:20.02.2019 11:13:02

Sağlık tesisinde yapılan tetkikler için “Numune Alma Zamanı İle Laboratuvara Kabul Zamanı” ve “Laboratuvara Kabul Zamanı İle Sonucun Onaylandığı Zaman” arasındaki hedef süreler belirlenmeli ve bu süreler ölçülerek, SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Tetkikler	 Ayı Laboratuvar Tetkiki Numune Kabul ve Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı			
	Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Hedef Süre (dakika) *	Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Ortalama Süre (dakika)	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre (dakika)*	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dakika)
Hemogram				
Glukoz				
BUN				
Kreatinin				
Amilaz				
SGOT				
SGPT				
Direkt Bilirubin				
İndirekt Bilirubin				
Sedimentasyon				
INR				
PTZ				
.....				

* Hedef süreler sağlık tesisi tarafından belirlenecektir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Acil servis, kan alma, servisler vb. numunenin alındığı yerlerde numune alma zamanının SBYS’ de nasıl kayıt altına alındığı ve numunenin laboratuvara kabulünün barkod okuyucu ile yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Laboratuvar sonuç çıktıları üzerinde tetkik istem zamanı, numune alma zamanı, laboratuvara kabul ve onay zamanlarının kayıt edilip edilmediği ve bu zamanların uyumlu olup olmadığı,
- ✓ “Laboratuvar Tetkiki Numune Kabul ve Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı”nda belirtilen tetkikler için “Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Hedef Süre” ile “Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Hedef Süre” nin sağlık tesisi tarafından belirlenip belirlenmediği,
- ✓ SBYS’de “Laboratuvar Tetkiki Numune Kabul ve Sonuç Verme Süresine ait Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar malzeme ve kitlerinin muhafazasına yönelik düzenleme yapılmış mı?
--

SIRA : 23
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.L.2.1. Laboratuvar kitleri ve antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.

1.L.2.2. Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)

1.L.2.3. Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.

1.L.2.4. Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır.

1.L.2.5. Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Stokta bulunan antibiyotik diskleri -20°C, kullarımdaki antibiyotik diskleri 4-8°C’de, laboratuvar test kitleri ise 25°C ve % 60 nem oranının altında veya üretici firmaların önerileri ve ürünlerin özelliklerine göre belirlenmiş saklama koşullarında saklanmalıdır. Manuel takip yapan sağlık tesislerinde kullanılan kontrol formlarında, ısı aralığı, günlük kontrollerin kayıt alanı, ait olduğu tarih-saat ve kontrolü yapan kişilerin isimleri ile ilgili bilgiler ve laboratuvar sorumlusunun ay sonundaki imzası yer almalıdır.

24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda aktif çalışma alanlarında bulunan buzdolaplarında sıcaklık takibi yapılmalı, referans sıcaklık değerlerinde bir sapma olduğunda, çalışan personel sesli uyarı sistemi ile uyarılmalıdır. Sıcaklık takibi yapılması ve sesli uyarı sistemi olması koşuluyla bu tür laboratuvarlarda ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılması zorunlu değildir.

Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo (laboratuvar kitlerinin depolandığı) alanlarında bulunan buzdolaplarında, sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.

Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır. Hırsızlık, yangın tehlikesi, su basması, sel felaketi, deprem vb. risklere karşı önlemler alınmalıdır.

Servis, numune alma alanları gibi hizmet sunum alanları da dahil olmak üzere miadı dolmuş kit, sarf malzeme ve kimyasal madde bulundurulmamalıdır. Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrollerinin yapıldığına dair kayıtlar bulunmalıdır.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Aktif çalışma alanlarında bulunan buzdolaplarında sıcaklık takibi kayıtları ve sesli uyarı sisteminin çalışma durumu ve etkinliği,
- ✓ Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında bulunan buzdolaplarında, sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Hırsızlık, yangın tehlikesi, su basması, sel felaketi, deprem vb. risklere karşı alınan önlemlerin etkinliği,
- ✓ Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrollerinin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde çalışılan laboratuvar tetkiklerinin takibi yapılıyor mu?
--

SIRA : 24
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.L.3.1. Her bir hekimin istemiş olduğu tetkik sayısı ile hasta başına istenen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayısı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin poliklinik ve servisten istemiş olduğu (acil servis hariç) laboratuvar tetkik sayısı, hasta sayısı ve hasta başına istenen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayısı, SBYS üzerinden oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Biyokimya ve Mikrobiyoloji Tetkik Sayısı/Oranı Yönetici Takip Ekranı										
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Adı Soyadı	OCAK			ŞUBAT			TOPLAM		
		Tetkik Sayısı *	Hasta Sayısı **	Hasta Başına istenen Tetkik Sayısı	Tetkik Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta Başına istenen Tetkik Sayısı	Tetkik sayısı	Hasta sayısı	Hasta Başına istenen Tetkik Sayısı
A Kliniği	X Hekim									
A Kliniği	Y Hekim									
A Kliniği Toplam/Ortalama										
B Kliniği	Z Hekim									
B Kliniği	Q Hekim									
B Kliniği Toplam/Ortalama										
.....										
.....										
.....										
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+....)										

* **Tetkik sayısı:** “Tıbbi İşlemler Yönergesi” ekindeki girişimsel işlemler listesinin BİYOKİMYA başlığı altında bulunan 900.010 ile 905.580 kodları arasındaki biyokimya işlemlerini ve MİKROBİYOLOJİ PARAZİTOLOJİ başlığı altında bulunan 905.590 ile 908.110 kodları arasındaki mikrobiyoloji işlemlerini kapsar.

****Hasta Sayısı:** Ayaktan, yatarak ve günübirlik hasta başvurularının toplamıdır.

Gözlemciler tarafından;

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

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde “Akılcı Laboratuvar Kullanımı-Akılcı Test İstem Prosedürü” uygulanıyor mu?

SIRA : 25
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.L.4.1. SBYS’de “Laboratuvar Test İstemi Uyarı Sistemi” bulunmalıdır.

1.L.4.2. SBYS’de oluşturulan test istem sayfası, her test için hastaya ait geçmiş en az son iki test sonucunu klinisyenin görebilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmelidir.

1.L.4.3. Klinisyenin test istem periyodundan daha kısa sürede test istemesi durumunda SBYS ekranında “Test İstem Periyodu Uyarısı” gelmelidir.

AÇIKLAMA:

SBYS’de “**Laboratuvar Test İstemi Uyarı Sistemi**” bulunmasının amacı tıbbi laboratuvarlardan gereksiz istenen test sayısını azaltıcı faaliyetleri düzenlemektir. Bu uyarı sistemi acil servis ve yoğun bakım üniteleri dışındaki bölümlerden istenen test istemlerini kapsamalıdır. SBYS’de oluşturulan test isteme sayfası her test için hastaya ait geçmiş en az son iki test sonucunu klinisyenin görebilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmelidir.

Klinisyenin “**Akılcı Laboratuvar Kullanımı-Akılcı Test İstem Prosedürü**” eklerinde yer alan “**Tıbbi Biyokimya Grubu Akılcı Test İstemi Listesi**” ve “**Tıbbi Mikrobiyoloji Grubu Akılcı Test İstemi Listesi**”ndeki test istem periyodundan daha kısa sürede test istemesi durumunda SBYS ekranında “**Laboratuvar Test İstem Periyodu Uyarısı**” gelmelidir.

“İstedığınız testin.....tarihindesonucu mevcuttur. İstem’e devam etmek istediğinizden emin misiniz? –**Evet/Hayır**” uyarısı gelmelidir. Klinisyen “Evet”i seçtiğinde test istemi gerçekleşmeli, “Hayır”ı seçtiğinde ise test istemi gerçekleşmemelidir.

“**Tıbbi Biyokimya Grubu Akılcı Test İstemi Listesi**” ve “**Tıbbi Mikrobiyoloji Grubu Akılcı Test İstemi Listesi**” aşağıda belirtilmiştir.

Ek-1. Tıbbi Biyokimya Grubu Akılcı Test İstemi Listesi

No	SUT Kodu	Testin Adı	Test İstem Süresi (Gün)
1	901.940	Kan üre azotu (BUN)	1
2	902.210	Kreatinin	1
3	900.900	CRP, türbidimetrik	2
4	900.901	CRP, nefelometrik	2
5	901.750	İdrar tetkiki (Strip ile)	2
6	901.730	İdrar mikroskobisi	2
7	901.770	İdrar tetkiki (Tam otomatik tarama amaçlı)	2

8	901.780	İdrar tetkiki (Tam otomatik idrar biyokimyası ve mikroskopisi)	2
9	904.120	Ürik asid	3
10	900.950	Çinko	7
11	905.260	Protein C	7
12	905.280	Protein S	7
13	900.590	Bakır	7
14	901.160	Estradiol	13
15	901.280	FSH	13
16	901.580	HDL kolesterol	13
17	902.110	Kolesterol	13
18	902.410	Lüteinleştirilen hormon (LH)	13
19	903.210	Prolaktin	13
20	903.470	Serbest T3	13
21	903.480	Serbest T4	13
22	904.030	TSH	13
23	903.930	Total testesteron	13
25	903.990	Trigliserid	13
24	901.020	Demir	14
25	901.220	Ferritin	28
26	900.250	Alfa- feto protein (AFP)	28
27	900.810	CA-125	28
28	907.620	IgA (Nefelometrik)	28
29	907.621	IgA (Türbidimetrik)	28
30	907.630	IgG (Nefelometrik)	28
31	907.631	IgG (Türbidimetrik)	28
32	907.640	IgM (Nefelometrik)	28
33	907.641	IgM (Türbidimetrik)	28
34	903.890	Total IgE	28
35	900.820	CA-15-3	28
36	900.830	CA-19-9	28
37	903.330	Renin	28
38	900.230	Aldosteron	28
39	900.740	Büyüme Hormonu	28
40	903.250	Protein elektroforezi (Serum ve vücut sıvıları)	28
41	902.030	Karsinoembriyonik antijen (CEA)	28
42	902.980	Parathormon (PTH)	28
43	903.180	Progesteron	28
44	903.220	Prostat spesifik antijen (PSA)	28
45	903.380	Romatoid faktör (RF) (Türbidimetrik)	30
46	903.381	Romatoid faktör (RF) (Nefelometrik)	30
47	901.680	Homosistein	30
48	903.540	Serum ACE düzeyi	30
49	902.340	Lipoprotein (a)	42
50	901.460	Glikozile hemoglobin (Hb A1C)	60
51	900.130	25-Hidroksi Vitamin D	90
52	904.150	Vitamin B12	365
53	902.290	LDL kolesterol	365
54	901.240	Folat	365
55	902.280	LDH izoenzimleri (Elektroforez)	365

Ek-2. Tıbbi Mikrobiyoloji Grubu Akılcı Test İstemi

No	SUT Kodu	Testin Adı	Koşul	Test İstem Süresi (Gün/)
1	906.620	Anti-HBs	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
2	906.560	Anti-HBc Total	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
3	906.580	Anti-HBc IgM	-	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
4	907.420	HBeAg	-	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
5	906.600	Anti-HBe	-	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
6	906.510	Anti-HAV IgG/Total	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
7	906.530	Anti-HAV IgM	-	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
8	907.240	Anti-HDV	☐ HBs Ag/Anti HBcIgM/Anti HBc IgG (veya Anti HBc Total) testlerinin tamamı negatif ise test istem uyarısı çıkar.	Aynı gün içinde test
9	906.640	Anti-HCV	-	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.

10	907.560/ 907.520	Anti-HSV /Anti- HSV Total	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
11	906.910	Anti-Toxoplasma IgG	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır” ☐ Yenidoğanda ilk 3 haftada yapılan istemler için test istem uyarısı çıkar. ➤ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Konjenital enfeksiyon tanısında kullanılmaz. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
12	906.930	Anti-Toxoplasma IgM	☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Konjenital enfeksiyon tanısında yenidoğan kan numunesinde ilk 3 hafta içinde çalışılır. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
13	908.070	Anti-Toxoplasma IgG avidite	☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Toxoplasma IgG/IgM birlikte pozitifliği yoksa çalışılmaz. Konjenital enfeksiyon tanısında da kullanılmaz. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
14	906.360	Anti-CMV IgG	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır” ☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem aralığı uyarısı! Konjenital enfeksiyon tanısında kullanılmaz. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.

15	906.370	Anti-CMV IgM*	☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Konjenital enfeksiyon tanısında yenidoğan kan numunesinde ilk 3 hafta içinde çalışılır. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
16	907.220	Anti-CMV IgG avidite	☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! CMV IgG/IgM birlikte pozitifliği yoksa çalışılmaz. Konjenital enfeksiyon tanısında da kullanılmaz. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
17	906.820	Anti-Rubella IgG	☐ Yetişkinler için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test pozitif ise ve bir önceki sonuçta laboratuvar tarafından testin tekrarlanması gerekliliği belirtilmemişse, immün yeterli bireyde bu testin tekrarlanmasına gerek yoktur. İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır” ☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem aralığı uyarısı! Konjenital enfeksiyon tanısında kullanılmaz. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez.
18	906.840	Anti-Rubella IgM	☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Konjenital enfeksiyon tanısında yenidoğan kan numunesinde ilk 3 hafta içinde çalışılır. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez
19	908.000	Anti-Rubella IgG avidite	☐ Yenidoğanlar için test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Rubella IgG/IgM birlikte pozitifliği yoksa çalışılmaz. Konjenital enfeksiyon tanısında da kullanılmaz. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez
20	908.090	TPHA	☐ Test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! Test bir kez pozitif ise tekrarlanmaz. Ömür boyu pozitif kalır. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	Aynı gün içinde test tekrar edilmez
21	905.671	İdrar Kültürü (Orta Akım İdrarı)	☐ Test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! İmmün yeterli bireyde 48 saat içinde test tekrarlanmaz.İmmünsüprese/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? -Evet/Hayır.”	48 saat
22	905.675	Balgam/Endotrakeal Aspirat Kültürü	☐ Test istem uyarısı: “Test istem periyodu uyarısı! İmmün yeterli bireyde 48 saat içinde test tekrarlanmaz.	48 saat

			İmmünsüpre/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz?-Evet/Hayır.”	
23	905.672	Rutin Dışkı Kültürü	☐ Test istem uyarısı: “Test istem periyodu aralığı uyarısı! İmmün yeterli bireyde 48 saat içinde test tekrarlanmaz. İmmünsüpre/Organ transplantasyonu hastaları için ise test tekrarlanabilir. Emin misiniz? - Evet/Hayır.”	24 saat

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Laboratuvar Test İstemi Uyarı Sistemi”nin bulunup bulunmadığı,
- ✓ Her test için hastaya ait geçmiş en az son iki test sonucunu klinisyenin kolaylıkla görebilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmenin SBYS ekranında yapılıp yapılmadığı,
- ✓ SBYS ekranında “Test İstem Periyodu Uyarısı”nın bulunup bulunmadığı

değerlendirilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde çalışılan patoloji tetkiklerinin sonuç verme sürelerinin takibi ve analizi yapıyor mu?

SIRA : 26

BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.L.5.1. Sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.L.5.2. Sağlık tesisi tarafından belirlenen sitoloji ve biyopsi sonuç verme süresinin aşılması halinde ilgili patoloji uzmanına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

1.L.5.3. Aylık olarak sonuç verme süresi aşılan tetkik sayılarının analizi hekim bazlı yapılmalı, SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.L.5.4. Hastaya patoloji sonuç raporunun hazır olduğuna dair SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Patoloji laboratuvarına kabul edilen numune sayısı, yapılan işlemin türü, patoloji uzman sayısı vb. durumlar dikkate alınarak sağlık tesisi tarafından sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri belirlenmelidir. Sağlık tesisinin belirlediği sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri SBYS’ de

tanımlanmalı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat SBYS'ye kaydedilmelidir. Ek işlem gerektiren dekalsifikasyon, immünohistokimyasal, yeni parça, yeni kesit alma vb. işlemler için ilave süreler belirlenmeli ve bu süre sonuç verme süresine eklenmelidir.

Sitoloji ve histopatoloji tetkikleri sonuç verme süreleri aşağıda örneği verilen tabloya uygun şekilde SBYS'de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Patoloji Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı				
TETKİK ADI*	OCAK	ŞUBAT		
Ortalama sitolojik materyaller sonuç verme süresi				
Ortalama 1. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 2. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 3. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 4. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				

* Tıbbi işlemler yönergesinin ekinde bulunan Girişimsel İşlemler Listesinin Patoloji başlığı altında bulunan: Sitolojik materyaller: 909.210 ile 909.360,

1. düzey histopatolojik inceleme: 909.410 ile 910.200,

2. düzey histopatolojik inceleme: 910.220 ile 910.620,

3. düzey histopatolojik inceleme: 910.640 ile 910.910,

4. düzey histopatolojik inceleme: 910.930 ile 911.100 kodları arasındaki girişimsel işlemleri ifade eder.

İlgili ayda tetkik sonuç verme süresi tetkikin istem tarihine göre hesaplanacaktır.

Ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresinin hesaplanması:

Patoloji laboratuvarına kabul edilen her bir sitolojik materyal incelemesi için numunenin patoloji sonuç raporunun onaylandığı zaman ile patoloji laboratuvarına kabul edildiği zaman arasındaki süre hesaplanır. İlgili ayda her bir numune için bulunan bu süreler toplanır ve o aydaki toplam patoloji laboratuvarına kabul edilen numune sayısına bölünerek sağlık tesisinin ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresi bulunur.

Örnek; Ocak ayı sitolojik materyal sonuç verme süresinin hesaplanması:

1. numune sonuç verme süresi: 6 iş günü

2. numune sonuç verme süresi: 3 iş günü

3. numune sonuç verme süresi: 5 iş günü

4. numune sonuç verme süresi: 2 iş günü

.....

.....

.....
100. numune sonuç verme süresi: 4 iş günü

Toplam sitolojik materyal sonuç verme süresi: 300 iş günü

Ocak ayı ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresi = 300/100 = 3 iş günü olarak hesaplanır.

Her bir hasta için tetkikinin laboratuvara kabul ve raporlama zamanları arasındaki geçen süre hesaplanarak, sonuç verme süresi aşılacak hastalar tespit edilmelidir.

Sonuç verme süresinin aşıldığı durumlarda sırasıyla ilgili patoloji uzmanına, klinik idari sorumlusuna, ilgili laboratuvardan sorumlu başhekim yardımcısına bilgilendirme SMS ile yapılmalıdır. Örneğin;

Patoloji rapor yazım süresi aşıldığında ilgili patoloji hekimine; “B-30599 Patoloji numaralı hastanın Meme, parsiyel/basit rezeksiyon rapor yazımı için belirlenen süre aşılmıştır. Bilgilerinize”

İlk mesaj gönderildikten 48 saat sonra sonuç halen çıkmadıysa sorumlu klinik idari sorumlusuna; “B-30599 Patoloji numaralı hastanın Meme, parsiyel/basit rezeksiyon rapor yazımı için belirlenen süre aşılmıştır. Doktoru: Bilgilerinize”

48 saat sonra sonuç halen çıkmadıysa laboratuvardan sorumlu başhekim yardımcısına; “B-30599 Patoloji numaralı hastanın Meme, parsiyel/basit rezeksiyon rapor yazımı için belirlenen süre aşılmıştır. Doktoru: Bilgilerinize”

Patoloji sonuç verme süreleri aşılacak hasta sayıları, (patoloji uzmanına gönderilen toplam SMS sayıları), her bir patoloji uzmanı için aylık olarak SBYS’de en az aşağıda verilen tabloda yer alan bilgileri içeren “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Sonucu Geç Verilen Patoloji Raporu Yönetici Takip Ekranı *																					
YIL:										AY:											
Patoloji Uzmanı Adı Soyadı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	...	TOPLAM
.....		1	1			12	18							2	2	2	1				39
.....	4	2					1	15		1				4		5					32
.....	1	4	3			1	3		1				1	3	3	1	4			3	28
.....	9		1			1	1	1	1				8	2						1	25
.....						3		2	6											8	19
.....																5	7				12
.....	2	4	1					1													8
.....																1					1
TOPLAM	16	11	6			17	23	19	8	1			9	11	6	13	12			12	164

**Tabloda belirtilen rakamlar, patoloji rapor yazım süresi aşıldığında ilgili patoloji uzmanına gönderilen toplam SMS sayısıdır.*

Hastalara SMS ile sitoloji ve biyopsi tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi bildirilmelidir. Örneğin;

“Sayın hastamız, patoloji raporunuz hazırlanmıştır. Alo 182 den ya da www.mhrs.gov.tr adresinden muayene olduğunuz polikliniğe randevu alarak muayene zamanınızı belirleyebilirsiniz. Bu mesajın size ait olmadığını düşünüyorsanız lütfen dikkate almayınız. Sağlıklı günler dilediğiyle.”

Sağlık tesisi tarafından hastaya gönderilecek olan SMS’lerde kişisel verilerin korunması kapsamında hasta adı ve soyadı bulunmamalıdır. Sağlık tesisi tarafından hastalara yukarıdaki örneğe uygun SMS gönderilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Patoloji Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı” ile “Sonucu Geç Verilen Patoloji Raporu Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Patoloji sonuç verme süre ölçümünün yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranlarının içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı,
- ✓ Patoloji sonuç verme süresinin aşılması halinde ilgili patoloji uzmanına ve patoloji sonuç raporu hazır olduğunda hastaya SMS ile bilgilendirme yapılıp yapılmadığı, hastaya gönderilen bilgilendirme mesaj içeriğinin uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

Patoloji hizmeti verilmeyen, hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde ilgili soru ve unsurlar muaf tutulacaktır.

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

SIRA : 27

BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.L.6.1. Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden (Endoskopi Laboratuvarı, Ameliyathane, Poliklinikler vb.) patoloji laboratuvarına numunelerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalı ve transferler bu düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.

1.L.6.2. Biyopsi ve doku numuneleri kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta ve numune bilgilerini içeren etiket/barkod bulunmalıdır.

1.L.6.3. Patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin teslim tutanaklarında (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası, tarih ve saat bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan Endoskopi Laboratuvarı, Ameliyathane, Poliklinikler vb. tüm birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin transferinin nasıl olması gerektiği her aşaması ayrıntılı olacak şekilde yazılı düzenleme ile tanımlanmalıdır. Bu yazılı düzenleme Patoloji laboratuvarı bulunmayan dış laboratuvara numune gönderen sağlık tesislerini de kapsamalıdır. Numunelerin transferi sağlık tesisi tarafından hazırlanan bu düzenlemeye uygun gerçekleştirilmelidir.

Biyopsi ve doku numuneleri uygun solüsyon ve saklama kapları içinde taşınmalı, saklama kabı üzerinde hasta (ad soyad, yaş, protokol no) ve numune bilgilerini (numunenin içeriği, hangi bölgeden alındığı vb.) içeren etiket/barkod bulunmalıdır.

İlgili birimlerden Patoloji laboratuvarına numune transferi için doldurulan teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası, tarih ve saat ile kayıt altına alınmalıdır. Bu işlem her bir numune için ayrı ayrı yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından,

- ✓ Endoskopi Laboratuvarı, Ameliyathane, Poliklinikler vb. birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin transferinin oluşturulan yazılı düzenlemeye uygun olarak yapılmadığı,
- ✓ Numunelerin uygun kapalı saklama kapları ve solüsyon içinde taşınıp taşınmadığı,
- ✓ Saklama kabı üzerinde hasta ve numune bilgilerini içeren etiket/barkod bulunup bulunmadığı,
- ✓ Patoloji laboratuvarına gönderilen her bir numunenin teslim tutanaklarının uygun şekilde olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

ACIL SERVIS

SORU: Acil serviste hizmet alanları ile ilgili fiziki düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 28
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.1.1. Acil serviste görüntüleme ünitesi, laboratuvar, pansuman, enjeksiyon, EKG, alçı odası vb. alanlar hasta sirkülasyonunu kolaylaştıracak şekilde konumlandırılmalı ve bu birimlere hastanın kolay ulaşımı sağlanmalıdır.

1.AS.1.2. Acil servisten hastanenin diğer alanlarına geçişler kontrollü olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından acil servisin işlevselliği değerlendirilmelidir. Acil serviste, görüntüleme ünitesi, laboratuvar, pansuman, enjeksiyon, travma, alçı odası vb. alanlar hasta sirkülasyonunu kolaylaştıracak şekilde mümkün olan en yakın yerde konumlandırılmalıdır. Görüntüleme üniteleri acil servise yakın, hastanın transferini/naklini kolaylaştıracak şekilde konumlandırılmalıdır. Hastanenin farklı alanlarında hizmet verilmesi durumunda görüntüleme birimleri ile acil servis arasında hasta naklinin uygun şartlarda gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirilmelidir.

Mekansal düzenlemeler yoğun zamandaki kalabalığı mümkün olduğunca mekan ve koridorlara yayacak şekilde olmalıdır.

Acil servisten hastanenin diğer alanlarına geçişler kontrollü olmalıdır. Acil servis ile entegre/bağlantılı çalışan birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmelidir.

KAYNAK:**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ**

MADDE 5- “a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında veya ambulans ile direkt ulaşılabilir olan katta; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

SORU: Acil serviste daimi ve vardiya usulü çalışanlarla ilgili tebliğe uygun düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 29

BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.2.1. Kadrosunda 5 (beş) ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulmalıdır.

1.AS.2.2. Sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenmelidir.

1.AS.2.3. Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenmelidir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Kadrosunda 5 (beş) ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulmalıdır. Gözlemciler tarafından acil tıp uzman sayısı çalışma listesinden kontrol edilmeli ve 24 saat boyunca acil tıp uzmanının acil serviste görevli olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenmelidir. Gözlemciler sağlık tesisinde 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman bulunan branşları, sağlık tesisi bilgi notundan ve acil servis çalışma listelerinden kontrol etmelidir. Acil tebliğinde belirtilen branşlar için müstakil branş nöbetinin tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir.

Tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunan ve müstakil acil branş nöbeti düzenlenemeyen sağlık tesislerinde dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenip düzenlenmediği çalışma listelerinden kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

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

MADDE 12 – (1) Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır.

(2) Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur.

(3) Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Acil branş nöbeti tutan tabiplere elektif iş planlarında veya idari başka birimlerde, ilgili nöbet günü için ek bir görev verilemez. Hastane bilgi sisteminde bu görevlilerin tanım ve rolleri ilgili gün için sadece acil işlerle ilişkilendirilerek, diğer işlerde görev almaları engellenir. Acil branş nöbeti ile görevli tabibin, acil bir vakanın tedavisi ile meşgul olduğu durumlarda, yeni gelen hasta için görevlendirilmek üzere, acil branş nöbeti yedek nöbetçiler sıralı listesi düzenlenir. Kurumda acil hasta varlığı durumlarında sıralı listedeki tüm görevliler elektif vakalarına ara vererek, acil hastaların kabulüne sırasıyla dahil olurlar.

(4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere nöbet listeleri düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan diğer klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.

(5) Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır. Acil servisin fiziki şartlarının yetersiz olduğu veya uygun olmadığı durumlarda, hastane elektif hizmetlerinde kullanılan alanlar bu hizmetler için kullanılmak üzere revize edilir.

(6) Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve aynı ilçe sınırlarındaki genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur.

(7) Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulan hastanelerde, nöbetçi tabiplerin branşları dışında hasta kabulü ve konsültasyon ihtiyaçları için, her branşın acil icapçı tabip nöbet listesi düzenlenir.

(8) Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir ve bu uzman tabip ana dal branşının acil konsültasyon hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(9) Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur. İcap nöbetçisi uzman tabibin sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince karar verilir. Sağlık tesisine davetin bizzat bu tabiplerden birisi tarafından yapılması esastır.

(10) Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulur. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar verir.

(11) Dal hastaneleri için; hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği bir veya birden fazla branşta bu maddede belirtilen esaslara uygun olarak 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil branş nöbeti düzenlenir. Uzman tabip sayısının branş nöbeti için yeterli olmaması hâlinde personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre acil servis nöbetlerinin ne şekilde yürütüleceğine yine bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak baştabip karar verir. Acil branş havuz nöbeti tutan uzman tabiplerden biri aynı zamanda idari uzman tabip nöbetçisi olarak baştabipçe görevlendirilebilir.

(12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

(13) Acil tıp uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde acil servis nöbetleri, acil tıp uzmanlık asistanları ve bu birime rotasyona gelen asistan tabipler tarafından, acil tıp uzmanlık dalı öğretim üyeleri veya acil tıp klinik şefleri gözetiminde bir bütün olarak planlanır ve yürütülür. Acil servis hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi esastır. Bu nedenle ihtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir.

SORU: İkinci ve üçüncü seviye acil serviste triyaj etkin olarak yapılıyor mu?

SIRA : 30
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.3.1. İkinci ve üçüncü seviye acil serviste etkin triyaj uygulaması hasta mahremiyeti gözetilerek yapılmalıdır.

1.AS.3.2. İkinci ve üçüncü seviye acil serviste triyaja ayrılan alanda yeşil, sarı ve kırmızı alan ayrımı yapılmalıdır.

1.AS.3.3. Triyaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesinde yapılmalıdır.

1.AS.3.4. Sağlık personeli tarafından hastanın vital bulguları (ateş, kan basıncı ve nabız kontrolü) ile yeşil, sarı ve kırmızı alan hastası olduğuna dair bilgisi hasta gözlem formuna kaydedilmelidir.

AÇIKLAMA:

Triyaj uygulaması ikinci ve üçüncü seviye acil serviste değerlendirilmeli ve uygulamanın hasta mahremiyeti de gözetilerek yarı kapalı alanda veya perde/paravan kullanılarak yapıldığı kontrol edilmelidir. Triyaj alanı hasta girişinin rahat görülebildiği acil servis girişine, hasta bekleme alanı ve hasta kayıt birimine yakın bir alanda konumlandırılmalıdır. Triyaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesinde yapılmalıdır. Bu alandan gerektiğinde sedye ve tekerlekli sandalyeye kolay ulaşılmalıdır.

Bu alanda triyaj yapan sağlık personeli tarafından hastanın vital bulguları (ateş, kan basıncı ve nabız kontrolü) alınarak, hasta gözlem formunda triyaj için ayrılan bölüme kaydedilmelidir. Bu kayıtların eski gözlem formlarında da olup olmadığı kontrol edilmelidir. Triyaj sonrasında hasta ilgili alana yönlendirilmelidir.

Dal hastaneleri, birinci seviye acil servislerde ve 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj yapılması zorunlu değildir.

KAYNAK:**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ**

MADDE 8 – “(1) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triyaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesi yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Ek-7’de gösterilmiştir. Ayrıca;

a) Acil servise başvuran hastalara sağlık personeli tarafından etkin triyaj yapılır, sarı alan muayenesi gerekmeyen hastalardan öncelikle acil serviste poliklinik muayenesi olması gerekenlere “Yeşil Alan 1” kodu verilir, acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde bakılır.

b) Sarı ve kırmızı alan hastası olarak nitelenmeyen ve poliklinik muayenesi gerektiren hastalar için acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, “Yeşil Alan 2” kodu ile mesai kaydırma veya vardiya branş poliklinikleri oluşturulur. Yapılan triyaj ile branş muayenesi olması gereken hastalar bu polikliniklere yönlendirilir.

c) Triyaj uygulaması esnasında kırmızı alan hastalarının triyaja ve kayda dahil edilmeden, doğrudan kırmızı alana geçirilmesi, sarı alan hastalarının triyaj sonrası doğrudan sarı alana ve sarı alan tabibinin bilgisine gönderilmesi esastır.

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

MADDE 9 – “(1) Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar. Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastalara kayıt işleminin yapıp yapılmadığına bakılmaksızın derhal gerekli tıbbi işlemler uygulanır. Kritik hastaların kayıt işlemlerinin öncelikle yapılabilmesi için otomasyon

sistemi ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılır. Bekleme süresince hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için, acil servis yeşil alanı ve sarı alanı yakınlarında hasta yakınları için bekleme salonu/salonları, bilgilendirme bankosu ve personeli ile gerekli olanaklar sağlanır. Kırmızı alan hastaları için belirli aralıklarla hasta yakınlarına bilgilendirme ilgili personel tarafından yapılır.”

“(2) Acil servislerde hastaların ruh sağlığını olumsuz etkileyecek travmatik görüntülerden uzak tutulması için gerekli düzenlemeler yapılır. Acil serviste hastalar ilgili tabip tarafından, hemşire ve tabibin lüzum görmesi hâlinde hasta refakatçisi eşliğinde muayene edilir. Hasta yakını, hastanın kimlik bilgileri ve anamnez alımı gibi işlemler için refakat edebilir. Sarı ve Kırmızı alanda hasta refakatçisi kabulü yapılmaz. Tetkik ve tahliller için gerekli numuneler sarı ve kırmızı alanlarda hastanın bulunduğu yerde alınır ve görevli personel tarafından ilgili birimine ulaştırılır. Acil servislerde hasta ve yakınlarına herhangi bir numune veya istek taşıması yaptırılmaz, pnömotik sistem marifetiyle işlemlerin çabuklaştırılması sağlanır. Görüntüleme ve benzeri işlemler görevli eğitilmiş yönlendirme personeli refakatinde gerçekleştirilir. Durumu kritik olan hastalara, bu işlemleri sırasında tıbbi durumunun gerektirdiği bir sağlık personelinin refakat etmesi sağlanır. Hasta veya yakınları hastanın tıbbi durumu ve yapılacak tıbbi uygulamalar konusunda ilgili tabip tarafından bilgilendirilir ve lüzumu hâlinde hasta hakkında yapılacak özel görüşmeler için ayrı bir oda tahsis edilebilir.”

“(3) Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunludur.”

“(4) Acil serviste yapılan iş ve işlemleri kolaylaştırmak için hasta ve yakınlarının hastaya yapılan işlemler hakkında bilgilendirilmesi ile hasta hakkındaki acil bilgilerin sağlık çalışanına iletilmesi, sosyal hizmet uzmanları tarafından, yoksa bu konuda gerekli eğitimleri almış personel tarafından yapılır. Acil serviste ilgili alandan sorumlu olan tabibin bizzat hastalar hakkında tıbbi bilgi vermesi esastır. Ancak yoğunluk veya hastanın kritik olması sebebiyle, tabibin hastanın başından ayrılamaması durumunda ve/veya seçilmiş vakalarda (kırmızı alan hastaları) sağlanacak bilgilendirme alanlarında, bu konuda gerekli eğitimleri almış sağlık personeli tarafından bilgilendirme yapılır.”

SORU: Acil serviste hasta karşılama ve taşıma hizmeti veriliyor mu? (2. ve 3. seviye acil serviste değerlendirilecektir.)

SIRA : 31
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 4

1.AS.4.1. Acil serviste hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulmalı ve hizmet etkin bir şekilde verilmelidir.

1.AS.4.2. "Acil Servis Başvuru Sayısı Yönetici Takip Ekranı"nda hasta yoğunluğunun fazla tespit edildiği saat dilimlerinde karşılama ve taşıma elemanı hizmeti veren personelin sayısı artırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil servisler bünyesinde ambulans girişi ve acil servis girişlerinde, yardıma ihtiyaç duyacak şekilde gelen hastalara kolaylık sağlamak üzere, hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulmalıdır. Karşılama ve taşıma personeli acil servise başvuran hastaları karşılamalı ve transferine yardımcı olmalıdır. Bu birimde çalışanlar acil serviste çalışan diğer personelden farklı özel kıyafet giymeli hasta memnuniyeti, kişilerarası ilişkiler, iletişim becerileri, güvenli hasta transferi vb. konularda eğitim verilip verilmediği hem kayıtlar üzerinden hem de teorik olarak bazı sorular yöneltilerek değerlendirilmelidir.

Acil serviste çalışma sistemi, daha yoğun saatlerde karşılama ve taşıma hizmeti verecek personelin sayısını arttıracak şekilde düzenlenmelidir. Karşılama ve taşıma hizmetinin etkinliği ve personel sayısının yeterliliği, “Acil Servis Başvuru Sayısı Takip Tablosunda” hasta yoğunluğunun fazla tespit edildiği saat dilimlerinde karşılama ve taşıma personeli sayısının artırılıp arttırılmadığı çalışma listelerinde gözlenmelidir.

Gözlemciler tarafından hizmetin etkin yapılıp yapılmadığı eski kamera kayıtları incelenerek de değerlendirilebilir.

KAYNAK:

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

MADDE 9 – (5) Acil servisler bünyesinde ambulans girişi ve acil servis girişlerinde yardıma ihtiyaç duyacak şekilde gelen hastalara kolaylık sağlamak üzere, hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulur. Hasta yoğunluğuna göre gereken sayıda eleman, tekerlekli sandalye ve sedye temin edilir.

SORU: Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?
--

SIRA : 32
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

- 1.AS. 5.1.** Resüsitasyon için ayrı bir oda düzenlenmiş olmalıdır.
- 1.AS. 5.2.** Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.
- 1.AS. 5.3.** Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın yerde olmalıdır.

1.AS. 5.4. Acil tebliği ve seviyesine göre resüsitasyon odasında bulunması gerekli tıbbi donanım (laringoskop, defibrilatör, aspirator, laringoskop, pulse oksimetre, monitör, End tidal CO2 monitorü, LMA veya EOA, Combitube, 2.5-8.5 mm iç çaplı, kafalı ve kafsız endotrakeal tüpler, NG sonda ve Aspirasyon tüpleri, Kapalı göğüs drenaj seti, Trakeostomi seti ve malzemeleri, Santral venöz kateterleri vb.), kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

1.AS.5.5. Resüsitasyon odasında bulunan acil müdahale arabasındaki ilaçların ve malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri günlük yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulmalıdır. Acil ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Acil Tebliği Ek-6'daki asgari standartları taşıması zorunludur. Yukarıda belirtilen sağlık tesislerinde ayrı resüsitasyon odası aranmamalı, müdahale ve resüsitasyon uygulamaları aynı alanda yapılıyor ise olumlu olarak değerlendirilmelidir. Herhangi bir nedenle solunum ve/veya kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alan resüsitasyon odası / alanı olarak ayrılmalıdır.

Resüsitasyon odası amacı dışında tansiyon ölçmek, enjeksiyon yapmak, muayene, vb. hiçbir şekilde kullanılmamalıdır.

Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın olacak şekilde planlanmalıdır.

Acil tebliği ve seviyesine göre resüsitasyon odasında bulunan tıbbi donanımların (laringoskop, defibrilatör, aspirator, laringoskop, pulse oksimetre, monitör, End tidal CO2 monitorü, LMA veya EOA, Combitube, 2.5-8.5 mm iç çaplı, kafalı ve kafsız endotrakeal tüpler, NG sonda ve Aspirasyon tüpleri, Kapalı göğüs drenaj seti, Trakeostomi seti ve malzemeleri, Santral venöz kateterleri vb.) kullanıma hazır olup olmadığı ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı (eski kayıtlarda dahil olmak üzere) değerlendirilmelidir.

Resüsitasyon odasında bulunan acil müdahale arabasındaki ilaçların ve malzemelerin miktar ve miatlarının günlük kontrol edilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir. Resüsitasyon arabasında bulunan ilaçlar ve malzemeler acil arabasında kilitli bir şekilde muhafaza ediliyor ise kilit sistemi açılmadığı sürece günlük kontrolü zorunlu değildir. Bu şekilde muhafaza edilen acil arabalarında bulunan ilaçların ve malzemelerin miktar ve miat kontrolü, her kullanım sonrasında ve sağlık tesisinin belirlediği periyotlarda yapılmalıdır.

KAYNAK:

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

EK – 5

ACİL SERVİS SEVİYE TESPİT VE DENETİM FORMU RESUSİTASYON ODASI İÇİN GEREKLİ TIBBİ DONANIM

RESÜSİTASYON ODASI İÇİN GEREKLİ TIBBİ DONANIM

Seviye I	Seviye II (I. seviyeye ek olarak)	Seviye III (I ve II. seviyeye ek olarak)
I. Seviye	I. Seviyeye ek olarak:	I ve II. Seviyeye ek olarak:
Havayolu malzemeleri	* Havayolu malzemeleri	* Havayolu malzemeleri
* 2.5-8.5 mm iç çaplı, kaflı ve kafsız endotrakeal tüpler	* Trakeostomi seti ve malzemeleri	* Fiberoptik laringoskop
* Laringoskop takımları	* Krikotirotomi seti ve malzemeleri	* Solunum ile ilgili
* Oral ve nazal airwayler,	* Solunum ile ilgili	* Peak flow metre
* Aspirasyon sistemi	* Acil torakotomi seti ve aletleri	* BİPAB/CPAP ventilasyon sistemi
* Balon Valf Maske (Ambu®) - erişkin, pediyatrik ve infant boyutlarında	* End tidal CO2 monitörü	* Dolaşım ile ilgili
* LMA veya EOA	Dolaşım ile ilgili	* Pediyatrik ve internal kaşıkları, uygun eksternal pacemaker özelliği olan monitor/defibrilatör
Solunum ile ilgili malzemeler	* Pediyatrik kaşıkları da olan monitor/defibrilatör	* Transvenöz ve/veya transtorasik pacemaker cihazı
* Oksijen tedavisi için gerekli olan nazal kanül, yüz maskesi ve seyyar oksijen tüpleri	* Geçici eksternal pacemakerlar	* Travma ve Diğer Resüsitasyon
* Pulse oksimetre	* Kan/sıvı pompaları	* Geniş lümenli tüpler de (orogastrik ve nazogastrik) dahil olmak üzere gastrik lavaj malzemeleri
* Kapalı göğüs drenaj seti	* Santral venöz (CV) kateterleri ve takmak için gerekli olan malzemeler	* Hipotermi termometreleri
* Göğüs tüpü malzemeleri ve aletleri	* Santral venöz basınç (CVP) ölçümü için gerekli olan monitör	* Hastayı ısıtan veya serinleten battaniyeler
* Transport Ventilatör (Disponible olabilir)	* Cut down seti ve malzemeleri	
* Combitube		
Dolaşım ile ilgili malzemeler	* Perikardiyosentez seti ve malzemeleri	
* Defibrilatör (Manuel ya da otomatik olabilir)	Travma Resüsitasyonu	
* Monitör	* Peritoneal lavaj seti ve malzemeleri	
* Noninvazif otomatik kan basıncı monitörleri	* Yenidoğan resusitasyonu için radyan ısıtıcılar	
* Manuel tansiyon aleti (Çocuk manşonlu)		
* IV kateterler, setler, tüpler		
* 12 derivasyonlu EKG cihazı		
* Kalp masajı tahtası (sert zeminli sedye kullanılıyor ise gerekli değil)		
* Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin		
* Servikal boyunluklar - erişkin ve çocuk boylarda		
* Kısa-uzun travma tahtası		
* Çeşitli tipte üriner kateterler, idrar torbaları ve nazogastrik sondalar		
* Acil obstetrik girişim ekipmanı		

ACİL SERVİSTE ASGARI BULUNMASI GEREKEN İLAÇLAR

I, II ve III. Seviye İçin Müşterek Değerlendirilir

1. Absorbanlar – Aktif kömür

2. Anestezi indüksiyon ajanları – Benzodiazepinler (IV), Etomidat (IV), Barbitüratlar (IV)

3. Anestezikler

- İnfiltratif – Lidokain, Bupivakain, Prilokain, Ketamin (IV, IM)
- Diğer anestezikler Propofol (IV)

4. Paralizan ilaçlar

5. Antihistaminikler (IV)

6. Akciğerler ile ilgili preperatlar (Bronkodilatörler, Mukolitikler, Antikolinerjikler, Nebulize steroidler – Budesonid vb)

7. Antikonvülzanlar – Benzodiazepinler (IV), Fenitoin (IV), Valproik asit (IV)

8. Elektrolit replasmanları Potasyum, Magnezyum, Ca (IV)

9. Gastrointestinal ilaçlar

- Antiasitler
- Antispazmotikler
- Laksatifler
- Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
- Trimetobenzamid (IM)
- H₂ reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
- Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol
- Gastrointestinal antihemorajikler – Somatostatin veya analogları

10. Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçları

- Topikal anestezikler
- Topikal antibiyotikler
- Topikal midriyatik ajanlar
- Topikal vazokonstriktörler

11. Kardiyovasküler ilaçlar

- Antiaritmik ilaçlar:
- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO), Nitroprussid (IV)
- Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

12. İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstriktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

13. Koagölan ajanlar

- Antikoagölanlar – Fraksiyone heparin ya da düşük moleköler ağırlıklı heparin
- Antiplateletler – Asetil Salisilik Asit 300 mg (PO), Clopidogrel (PO)
- Antikoagölan antidotları – Protamin sülfat

14. Parenteral replasman sıvıları

- %0.9 NaCl, Ringer laktat, %5 Dextroz, %20 Dextroz, %10 Dextroz
- %30 Dextroz, Hipertonik saline - %3 NaCl

15. Psikoterapötik ilaçlar

- Haloperidol (IV), Olanzepin (IV) veya Biperiden (IV)

16. Sedatif – hipnotik ajanlar

- Benzodiazepinler (Diazepam) (IV), (Midazolam) (IV), Alprozolam (PO)
- Barbitüratlar (IV) Thiopental (IV)
- Etomidat (IV)

16. Serumlar, toksoidler, aşılarda ve antiveninler – Tetanoz aşısı

17. Sistemik kullanım için antibiyotikler

- Penisilin (IM) (Benzatin penisilin 1.200.000 IU ve 6.3.3 IU)
- I. kuşak sefalosporinler – sefazolin sodyum (IV)
- III. kuşak sefalosporin (IV), (Seftriakson 1 gr flk)
- Aminoglikozid (IV) (Gentamisin 80 mg amp)
- I. kuşak kinolonlar – Ciprofloksasin (IV)
- II. kuşak kinolonlar – Moksifloksasin ve Levofloksasin (IV)
- Beta Laktamlı Penisilinler (IV)
- Makrolidler (IV) – Klaritromisin
- Metranidazol (IV)

18. İnsülinler ve diyabetik ajanlar

19. Hormonlar ve sentetik alt grupları

- Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
- Glukagon

20. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili ilaçlar

- Rho (D) immün globulin (Rho-Gam), Oksitosik ilaçlar

21. Toksikoloji ile ilgili antidotlar

- Atropin (IV), Naloksan (IV), Flumazenil (IV), NaHCO₃ (IV) (TCA Zehirlenmesi), N-Asetil sistein (PO veya IV), Pralidoksim (IV)

22. Trombolitik ajanlar – Streptokinaz, rt-PA, vb.

23. Narkotik olmayan analjezikler ve antipiretikler: Parasetamol (PO, IV), Steroid olmayan anti-inflamatuar ajanlar (IM, IV)

24. Opiat analjezikler: Morfin sülfat (IV/IM), Fentanil (IV), Meperidin (IV) vb.

25. Kolinesteraz inhibitörleri

26. Topikal antibiyotikler (örn. Fusidik asit)

27. Topikal kanama durdurucu ajanlar
28. Vitaminler – Vitamin K (IV-IM), Vitamin B1 (Tiamin)
29. Volüm genişleticiler – Sentetik Nişasta ve Jelatin solüsyonları
30. Hiperamonyemi acil tedavisi için
- Neomisin, Metronidazol, Vankomisin
 - Laktuloz, Sodyum Benzoat/Sodyum Fenilasetat (PO,IV)
 - L-Arginin, L-Karninin

SORU: Sağlık tesisinde acil servis başvuru sayılarının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 33
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.6.1. Acil servis başvuru sayıları aylık olarak yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.AS.6.2. Yoğunluğu azaltmak için acil servis yeşil, sarı ve kırmızı alan başvurularının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak en yoğun zaman dilimlerinde uygun sayıda personel desteği sağlanmalıdır.

1.AS.6.3. Sağlık tesisinde acil servisin 112 ile diğer sağlık tesislerinden almış olduğu sevk sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir (Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri ve Göz Hastaneleri muaftır).

AÇIKLAMA:

Acil servise yeşil, sarı ve kırmızı alanlara günlük başvuru sayıları, **saat dilimleri** göz önüne alınarak SBYS üzerinden en az aşağıda verilen bilgileri içerecek şekilde “Acil Servis Başvuru Sayısı Takip Ekranı” oluşturularak takip edilmelidir.

Acil servis başvuru yoğunluğu hesaplanırken, acil servis başvuru oranı için; acil servise toplam başvuru sayısının, sağlık tesisine yapılan toplam başvuru sayısına oranı esas alınmalıdır. Acil servis yeşil ve sarı alan başvuru oranları için ise, acil servis yeşil ve sarı alan başvuru sayısının acil servise toplam başvuru sayısına oranı esas alınmalıdır.

Acil Servis Başvuru Sayısı Yönetici Takip Ekranı										
YIL:					AY:					
Başvuru sayısı										
GÜNLER	Saatler									GÜNLÜK TOPLAM BAŞVURU SAYISI
	08-16			16-24			24-08			
	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	Kırmızı Alan	Sarı Alan	Yeşil Alan	
1										
2										
...										
...										
31										
Aylık Toplam Acil servis Başvuru Sayısı										
Sağlık Tesisine Yapılan Toplam Başvuru Sayısı (Acil dahil)										
Aylık Başvuru Oranı (Acil başvuru /Tüm başvuru)										

Acil servis yeşil, sarı, kırmızı alan başvuru sayılarının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak, acil servis başvuru yoğunluğunun fazla olduğu zaman dilimi belirlenmeli, bu yoğunluğu azaltacak düzenlemeler yapılmalıdır. Acil servis çalışma sisteminde en yoğun zaman dilimindeki hizmeti güçlendirebilmek için yoğun olan saatlerde görevli personel (Hekim, hemşire, laborant, röntgen teknisyeni, temizlik personeli, güvenlik personeli vb.) sayısının artırıldığı bir çalışma sistemi oluşturularak personel desteği sağlanmalıdır.

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak başvuru yoğunluğunun takip edilip edilmediğini ve yoğun saatlerde uygun sayıda personel görevlendirilmesinin yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisinde acil servisin 112 ile diğer sağlık tesislerinden almış olduğu sevk sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir. Sağlık tesisinin acil servisine bir başka sağlık tesisinden 112 ile sevk edilen hasta sayısı dikkate alınmalıdır. (Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri, Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri ve Göz Hastaneleri muaftır).

Acil Servisin 112 ile Diğer Sağlık Tesislerinden Almış Olduğu Sevk Sayısı Yönetici Takip Ekranı				
OCAK	ŞUBAT	MART		TOPLAM
.....				

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Acil Servis Başvuru Sayısı Yönetici Takip Ekranı” ile “Acil Servisin 112 ile Diğer Sağlık Tesislerinden Almış Olduğu Sevk Sayısı Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Personel çalışma listelerinden acil servise en yoğun zaman dilimlerinde uygun sayıda personel desteğinin sağlanıp sağlanmadığı,
- ✓ 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:

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

MADDE 8 – ç) Acil servise başvuran hastaların eş zamanlı sayı artışı olduğu ve bekleme süresinin uzadığı durumlarda, sorumlu idareci tarafından ek mekân ve ek insan kaynağı acil servis dışı hizmet birimlerinden sağlanarak, acil servis imkânları hemen artırılır.”

SORU: Acil serviste hastaların ortalama bekleme süresi takip ediliyor mu?

SIRA : 34
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.P.7.1. Acil serviste hastaların “hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi” yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Acil serviste hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Her hasta için SBYS üzerinden hastanın ilk kayıt zamanı ile hastanın muayene zamanı arasındaki zaman farkı alınarak bekleme süresi ölçülmelidir. Yeşil ve sarı alan hastaları ayrı ayrı olmak üzere, ilgili ay içerisinde acil servise başvuran hastaların bekleme sürelerinin toplamı, ilgili ayda muayene edilen toplam hasta sayısına bölünerek ilgili ay için acil servis ortalama muayene bekleme süresi belirlenmelidir.

Örnek;

Ocak ayında acil servis yeşil alanda 3500 hasta muayene edilmiş ise;

Yeşil alan ortalama muayene bekleme süresinin hesaplanması:

- 1.hasta ilk kayıt ile acil poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 5 dakika
- 2.hasta ilk kayıt ile acil poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı : 30 dakika
- 3.hasta ilk kayıt ile acil poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 18 dakika
- 4.hasta ilk kayıt ile acil poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 50 dakika

.....

.....

3500. hasta ilk kayıt ile acil poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı: 25 dakika

3500 hastanın; hasta ilk kayıt ile acil poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı toplamı:
105000 dakika

Ocak ayı yeşil alan ortalama acil poliklinik bekleme süresi= $105000/3500= 30$ dakika

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

Acil Servis Muayene Bekleme Süresi Yönetici Takip Ekranı										
Alanlar	Parametre	OCAK			ŞUBAT			YILLIK TOPLAM		
		08-16	16-24	24-08	08-16	16-24	24-08	08-16	16-24	24-08
Yeşil Alan	Başvuru Sayısı									
	Bekleme Süresi (dakika)									
Sarı Alan	Başvuru Sayısı									
	Bekleme Süresi (dakika)									
Ortalama Bekleme Süresi (yeşil ve sarı alan için)										
Toplam Acil Başvuru Sayısı										
Acil Servis Ortalama Bekleme Süresi*										

* Hesaplanan yeşil ve sarı alan bekleme sürelerinin ortalamasını ifade eder.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Acil serviste yeşil ve sarı alanda vardiyalarda gerçekleşen acil Başvuru sayısı ve bekleme süresi ölçümünün aylar itibariyle yukarıdaki örneğe uygun olarak yapıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Acil serviste takip edilen hastaların servislere yatışlarında öncelik sağlanıyor mu?

SIRA : 35
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.8.1. Acil serviste kliniklere ve yoğun bakımlara yatış bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Acil servislerde yaşanan yoğunluğun en önemli sebeplerinden biri; hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gereken hastaların ilgili klinik/branşlara uygun ve hızlı bir şekilde dağıtılamaması ve bu hastaların acil servislerde mevzuatta belirtilen süreden daha uzun süre beklemeledir. Hastanelerde en öncelikli konuların başında acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin etkin ve sağlıklı biçimde sürdürülebilmesi gelir. Acil servisten yataklı servislere hasta yatış sürecinde yatış işlemini kolaylaştırmak ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla;

Acil serviste muayenesi gerçekleştirilen ve herhangi bir yataklı servise yatışı verilen hastaların yatış işlemlerinin öncelikli gerçekleştirilmesi için SBYS üzerinden o servise polikliniklerden başka hastanın yatırılmasına engel konulması önem arz etmektedir.

Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilmeli ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik sorumlusu veya sorumlu uzman tabibe bilgi verilmelidir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılmalıdır. Acil servisten kliniklere yatış için bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilmelidir.

Hastane bilgi sistemi tarafından elektif hastaların yatırılmasının engellenmesi için; hastane bazında mevcut olan her branş için yakın ve diğer branş listesi başhekimliklerce oluşturulmalı, liste SBYS'ye yüklenmelidir. Bu liste çerçevesinde hasta yatışının SBYS tarafından en uzun süre boş kalan yakın branş yatağından başlamak üzere otomatik olarak gerçekleştirilmesi yolu kullanılmalıdır.

Acil serviste yatış bekleyen hasta var iken mücbir durumlarda mevcut engel işleminin sadece başhekim ve/veya acil klinik idari sorumlusu tarafından geçici olarak ve sadece istisnai durum için nedeni belirtilerek kaldırılabilmesi; blokajın başhekim ve/veya acil klinik idari sorumlusu tarafından geçici olarak kaldırılması durumunda istisnai durum haricinde ilgili birimlerde diğer vakalar için yatış işlemi yapılamaması amacıyla gerekli tedbirlerin alınması önemlidir.

KAYNAK:**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ**

MADDE 14 – “(3) Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil servisten kliniklere yatış için bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir. Acil servise akut bir rahatsızlık veya bir başka sağlık tesisinden acil olarak veya yatış amaçlı araçla sevk yoluyla gelmeyen hastaların yatış ve takibi kesinlikle yapılmaz. Acil yataklı serviste gözlem ve takip için 8 (sekiz) saatten uzun veya yatış kararı verildiği halde 4 (dört) saatten uzun yatan hastası bulunan klinikler için elektif koşullarda yeni hasta yatırılmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur. Başka bir klinikte yatak olması durumunda bu yataklar acil serviste yatış için bekleyen hastaların kullanımına açılır. Acil serviste yatan veya ayaktan gelen hastalar için ayrı bir laboratuvar veya görüntüleme merkezi olmayan durumlarda bu hastalar için istenen tetkik, görüntüleme veya girişimlere öncelik verilerek bu işlemler yapılmadan elektif hasta alınmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur.”

“(5) Acil cerrahi ameliyat endikasyonu konularak acil servisten yatışı yapılan hastaların yoğun bakım yatağı ihtiyaçları yoğun bakım sorumlu uzmanı tarafından belirlenir. Acil cerrahi ameliyat ihtiyacı olan hastaların ameliyat öncesi gerekli olan anestezi konsültasyonu ilgili cerrahi klinik uzmanı tarafından yapılır. Bu hastaların ameliyat sonrası tedavi ve bakımlarının yapılabilmesi için yeterli yoğun bakım hasta yatağı bulunmayan hastaneler, mevcut yatak imkânlarından geçici olarak ameliyat sonrası (post op) ara bakım ünitesi kurarak hastaların kabulünü yaparlar. Acil cerrahi operasyon endikasyonu bulunan hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağının bulunmaması hastanın ameliyatını geciktirmemelidir. Bu hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağı sağlanamadığı durumlarda doğacak olan sevk ihtiyacı ilgili klinik ve tanımlanmış olan yoğun bakım uzmanı tarafından sağlanır.”

SORU: Hastaların müşahade odasında kalış süreleri takip ediliyor mu? (2. ve 3. seviye acil servislerde değerlendirilecektir.)
--

SIRA :36
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.9.1. Hastanın acil servise başvuru zamanı, muayene zamanı, müşahedeye giriş zamanı, müşahadeden çıkış zamanı SBYS tarafından ayrı ayrı kayıt altına alınmalıdır.

1.AS.9.2.Hastanın müşahade odasına giriş ve çıkış zamanı anlık olarak SBYS’de kayıt altına alınmalıdır.

1.AS.9.3. Hastaların müşahade odasında ortalama kalış süresi yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.AS.9.4. Acil servis müşahade alanlarında 24 saatten uzun süre takip edilen hasta sayısı hergün 15:00-16:00 saatleri arasında acil servis sorumlu hekimi ile acil servisten sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından acil servise başvuran hastaların SBYS’de acil servise başvuru zamanı, muayene zamanı, müşahadeye giriş zamanı ve müşahadeden çıkış zamanının ayrı ayrı SBYS tarafından kayıt altına alınabildiği değerlendirilmelidir.

Her bir hasta için müşahadeden çıkış zamanı;

- a) müşahadeden yataklı servise yatışının yapıldığı zaman,
- b) acil servisten taburcu edildiği zaman
- c) müşahade sırasında exitus olan hastalar için exitus kabul edildiği zaman olarak kabul edilir.

Örneğin; Saat 08:00 de acil servise başvuran hasta, saat 08:05 de muayene olmuş ve saat 08:15 de müşahade odasına alınmış ve saat 14:15 de yataklı servise yatışı verilmiş ise:

- ✓ Acil servise başvuru zamanı: 08:00
- ✓ Muayene zamanı: 08:05
- ✓ Müşahadeye giriş zamanı: 08:15
- ✓ Müşahadeden çıkış zamanı: 14:15 olarak ayrı ayrı SBYS’ de belirtilip belirtilmediği gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Bu kayıtlar her hastanın **müşahadeye girişi sırasında ve çıkışı sırasında anlık olarak yapılmalıdır.** Müşahadeye giriş ve çıkış kayıtlarının **sonradan yapıldığı gözlemci tarafından tespit edilirse bu unsur olumsuz değerlendirilir.**

Müşahade kalış süresinin hesaplanması:

Her hasta için SBYS üzerinden hastanın müşahade odasında kalış süreleri ölçülmeli ve toplam ölçülen müşahade odasında kalış sürelerinin toplam müşahadede kalan hasta sayısına oranı ortalama kalış süresi olarak alınmalıdır.

Örnek Ocak ayı müşahade odasında ortalama kalış süresinin hesaplanması:

- 1.hasta müşahade kalış süresi: 6 saat
- 2.hasta müşahade kalış süresi: 5 saat
- 3.hasta müşahade kalış süresi: 8 saat
- 4.hasta müşahade kalış süresi: 2 saat

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

100. hasta müşahade kalış süresi: 1 saat

Toplam müşahade kalış süresi: 300 saat

Ocak ayı ortalama müşahade odasında kalış süresi=300/100= 3 saat (180 dakika)

Süreler aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve müşahade odasında ortalama kalış süresini azaltmak için gereken önlemler alınmalıdır.

Müşahade Odasında Ortalama Kalış Süresi Yönetici Takip Ekranı				
OCAK	ŞUBAT	MART	.....	TOPLAM
180 dakika	 dakika	 dakika	.....	..... dakika

Kamu Özel Ortaklığı ile hizmet veren hastanelerde, müşahade alanları sarı ve kırmızı alan içerisinde de ayrı ayrı tanımlanmış ise bu alanlara yönelik Müşahade Odasında Ortalama Kalış Süreleri her alan için ayrı ölçülmelidir.

Acil servis müşahade alanlarında 24 saatten uzun süre takip edilen hasta sayısı hergün 15:00-16:00 saatleri arasında acil servis sorumlu hekimi ile acil servisten sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bildirilmelidir. Acil servis müşahade odasına girişinden itibaren 24 saatten uzun süre takip edilen hasta sayıları, SBYS tarafından otomatik olarak hesaplanarak acil servis sorumlu hekimi ile acil servisten sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile günlük olarak gönderilmelidir. SBYS tarafından otomatik olarak hesaplama yapılamayan sağlık tesislerinde, nöbetçi sorumlu acil hekimi tarafından, müşahade alanlarında 24 saatten uzun süre takip edilen hasta sayısı SBYS’ye manuel olarak girişi yapılarak, acil servis sorumlu hekimi ile acil servisten sorumlu başhekim yardımcısına SMS gönderilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Acil servise başvuran hastaların SBYS’de “Başvuru Zamanı”, “Muayene Zamanı”, “Müşahadeye Giriş Zamanı” ve “Müşahadeden Çıkış Zamanı”nın ayrı ayrı olarak SBYS’de kayıt altına alınıp alınmadığı,
 - ✓ Her hastanın “müşahadeye giriş zamanı” ile “müşahadeden çıkış zamanı” na ait kayıtların SBYS’ye anlık olarak yapılıp yapılmadığı,
 - ✓ “Müşahade Odasında Ortalama Kalış Süresinin” nin SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilip edilmediği,
 - ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı olup olmadığı,
- Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Acil serviste hastanın takip ve tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde kullanılarak muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 37
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.10.1. Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki ya da elektronik (SBYS) olarak arşivlenmelidir.

1.AS.10.2. Acil serviste hastalara kullanılan ilaç, malzeme ve hizmetler vb. eksiksiz şekilde SBYS'ye girişi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil serviste hasta takip ve gözlem formu kullanılmalıdır. Bu formda hastanın adı soyadı, şikâyet ve hikâyesi, fizik muayene bulguları, ön tanı, istenen tetkikler, yapılan tıbbi girişimsel işlemler, hekim tedavi planı, hekim imza ve kaşesi, hemşire izlem kayıtları ve imzası, müşahade odasına alınış ve çıkış saati bilgilerini içermelidir. Geçmişe dönük gözlem formları istenerek bu formların ne şekilde arşivlendiği sorgulanmalıdır.

Gözlemci tarafından, acil servis müşahade odasında yatmakta olan randomize seçilmiş hastaların orderında bulunan ilaç, malzeme ve yapılan işlemlerin SBYS' ye girişinin yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

SORU: Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu?

SIRA : 38
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AS.11.1. Acil serviste konsültasyonun istem zamanı ve konsültasyonun gerçekleşme zamanı SBYS'de kayıt altına alınarak "Uzman Hekim Konsültasyon Gerçekleştirme Süreleri Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.AS.11.2. Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajı gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Konsültasyonun istendiği ve konsültasyonun gerçekleştiği zaman SBYS tarafından kayıt altına alınmalıdır. Gözlemci tarafından acil servise konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı zamanı ve uzman hekimin acil serviste konsültasyonun gerçekleştiği zamanın kayıt altına alınıp alınmadığı gözlenmelidir.

Konsültasyon istenen her bir hasta için konsültasyonun gerçekleşme süresi SBYS üzerinden ölçülebilmeli, en az aşağıda verilen “Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu”nda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturularak, aylık dakika olarak takip edilmelidir.

Aşağıdaki tabloda belirtildiği şekilde her bir uzman hekim için mesai içi ve mesai dışı ortalama konsültasyon gerçekleşme zamanı konsültasyonların gerçekleşme sürelerinin ortalaması alınarak ölçülmelidir. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ölçümler branş bazlı, diğer hastanelerde ise branş ve hekim bazlı yapılmalıdır.

Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Yönetici Takip Ekranı							
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	
		Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Branşı	X Hekim						
A Branşı	Y Hekim						
A Branşı	.....						
A Branşı Ortalama							
B Branşı	Z Hekim						
B Branşı	Q Hekim						
B Branşı	.....						
B Branşı Ortalama							
.....							
.....							
.....							
GENEL Ortalama (A BRANŞI+B BRANŞI +....)							

Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Yönetici Takip Ekranı (Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için)						
Klinik/Branş	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	
	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Kliniği/Branşı						
B Kliniği/Branşı						
.....						
.....						
.....						
GENEL ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)						

Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajı gönderilmelidir.

Örnek;

“Sayın Dr., 3. Acil polikliniğinden (işlem no: 14082015) adlı hasta için SARI ALAN konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan ivedilikle değerlendirilmesi ve sistem üzerinde sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ ACİL SERVİS”

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı olup olmadığı,
- ✓ Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajının gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

KAYNAK:**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN
UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ****MADDE 12-**

(15) Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan branş polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır. Konsültasyonların çabuklaştırılması için tüm konsültasyonlar hastane bilgi sistemi üzerinden tabiplere kayıtlı mesaj sistemi ile yapılır ve süreleri takip edilir. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler, hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir. Konsültan tabipler kendi branşı ile ilgili net öneride bulunmalıdır. Konsültan tabibin istediği ve acil servisin rutininde çalışılabilen tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı bekleme süresizden yeniden değerlendirir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir. İlk yapılan konsültasyonda konsültan tabip eksik gördüğü tetkikleri ve müdahaleleri talep edebilir; mutlak yapılması gereken diğer branş konsültasyonlarını da talep edebilir. Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır.

(16) Konsültasyon, acil veya icapçı nöbetçi tabip listelerinde ismi belirtilen tabibe ulaşılamaması veya bir başka hasta ile meşgul olması durumlarında, ilgili listede ismi bulunan sıralı nöbetçi tabip çağrılır. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur. İcapçı tabip davete mazeretsiz olarak icabet etmediğinde hakkında idari işlem başlatılır ve nöbet ücretleri kesilir.”

SORU: Acil serviste istenen tetkiklerin sonuç verme süreleri ölçülüyor mu?**SIRA : 39****BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS****BÖLÜM SIRA NO : 12****DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

1.AS.12.1. Acil serviste istenen tetkiklerin (Hemogram, Biyokimya, TİT, kardiyak enzimler, USG, BT, direkt grafi vb.) sonuç verme süreleri, SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.AS.12.2. Acil servisten istenen laboratuvar testlerinin sonuçlarının çıkmış olduğu bilgisi bekleme alanında bulunan ekrandan hastaya bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Acil serviste en sık istenen tetkiklerin sonuç verme süreleri ölçülmeli, en az aşağıda verilen “Acil Servis Tetkik Sonuç Verme Süresi Takip Tablosu”nda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturularak aylık olarak takip edilmelidir.

Tetkik sonuç verme sürelerinin ölçülebilmesi için aşağıda belirtilen zamanların SBYS’de tanımlı olması gerekmektedir.

Tetkik Zaman Aralıkları:

- Hemogram, Glukoz, Na, K, Cl, BUN Kreatinin, Amilaz, SGOT, SGPT, Direkt-İndirekt Bilirubin, TİT, CK-MB, Troponin-I, Troponin-T, Myoglobin vb. gibi tetkikler için; tetkikin istem zamanı ile tetkik sonucunun onaylandığı zaman arasındaki süre,
- USG, BT için; tetkikin istem zamanı ile raporunun onaylandığı zaman arasındaki süre,
- Direkt grafi için, istem zamanı ile direkt grafi çekilme zamanı arasındaki süredir.

Örnek hemogram sonuç verme süresi hesaplama;

En az ayda bir defa acil serviste herhangi bir günde hemogram istemi yapılanlardan sıralı olarak geriye doğru seçilen 100 hasta sistemden çekilerek ortalaması alınmalıdır (birbirini takip eden 100 hemogram işleminin sistemden sonucun onaylandığı zaman ve istem zamanı farkı dakika olarak hesaplanmalı, en düşük ve en yüksek %10 rakam iptal edilerek kalan %80’in ortalaması alınmalıdır).

Yukarıda belirtilen her bir tetkik için bu hesaplamalar yapılmalı ve aşağıda belirtilen tablodaki gibi aylık olarak sonuç verme süreleri takip edilmelidir. Sağlık tesisi tarafından asgari olarak tabloda belirtilen tetkiklerin ölçümü yapılmalı, yönetim gerek gördüğünde diğer tetkiklerin de ortalama sonuç verme süresini ölçülebilir.

Acil Servis Tetkik Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı *				
SONUÇ VERME SÜRESİ (dakika)	OCAK	ŞUBAT		YILLIK ORTALAMA
Hemogram sonuç verme süresi				
Glukoz sonuç verme süresi				
Amilaz sonuç verme süresi				
CK-MB sonuç verme süresi				
Troponin-I sonuç verme süresi				
Troponin-T sonuç verme süresi				
USG sonuç verme süresi				
BT sonuç verme süresi				
Direkt grafi gerçekleşme süresi				
Diğer				

*İlgili ayda tetkik sonuç verme süresi tetkikin istem tarihine göre hesaplanacaktır.

Acil servisten istenen laboratuvar testlerinin sonuçlarının çıkmış olduğu bilgisi bekleme alanında bulunan SBYS ile entegre çalışan hasta bilgilendirme ekranından aşağıda belirtildiği veya benzer şekilde bildirilmelidir.

HASTA ADI	TETKİK SONUCU
.....	Sonucunuz çıkmıştır.
.....	Tetkikiniz halen çalışılmaktadır.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Acil Servis Tetkik Sonuç Verme Süresi Yönetici Takip Ekranı”nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Tetkik sonuç verme süre ölçümünün yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı,
- ✓ Tetkik sonucu ile ilgili bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranından bilgilendirme yapılıp yapılmadığını değerlendirmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SERVİS HİZMETLERİ

SORU: Yataklı servis konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapıyor mu?

SIRA : 40
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.S.1.1. Servislerden istenen konsültasyonların gerçekleşme süreleri her bir hekim ve branş için aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.S.1.2. Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb.yöntemler ile gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından servise konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin ilgili serviste konsültasyon gerçekleştirme saatinin SBYS üzerinde kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Her bir hasta için konsültasyon gerçekleşme süresi ölçülmeli, ölçülen sürelerin ortalaması alınarak aşağıdaki tabloda belirtildiği şekilde aylık olarak her bir hekim ve branş için konsültasyon gerçekleşme zamanı takip edilmelidir.

Yataklı Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Yönetici Takip Ekranı				
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK	ŞUBAT	TOPLAM
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)
A Branşı	X Hekim			
A Branşı	Y Hekim			
A Branşı	.....			
A Branşı Ortalama				
B Branşı	Z Hekim			
B Branşı	Q Hekim			
B Branşı	.....			
B Branşı Ortalama				
.....				
.....				
GENEL ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)				

Servislerde konsültasyon istenen hekime SMS vb.yöntemler ile uyarı mesajı gönderilmelidir. Örneğin;

“Sayın Dr., Dahiliye servisinde yatan (işlem no: 14082015) adlı hasta için konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan değerlendirilmesi ve sistem üzerinden sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ DAHİLİYE SERVİSİ”

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Yataklı Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi YTE” nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajının SMS vb.yöntemler ile gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Servis Şef ve Uzmanlarının Görev ve Yetkileri:

Madde 114 – Servis şef ve uzmanları: b) Her ne zaman olursa olsun şubelerinde çıkan önemli ve acil vakalar nedeniyle kurumca kendilerine yapılan davete gelmek ve gereken muayene ve tedaviyi yapmakla yükümlüdürler. Herhangi bir hasta hakkında konsültasyon için diğer şubelerden gelen davetleri kabul ve görüşlerini bildirmek zorundadırlar. Aynı şubeden birçok uzman bulunan kurumlarda bu çeşit hizmetler baştabinin düzenleyeceği sıraya göre nöbetleşe yapılır.

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

SIRA : 41
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.S.2.1. Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.

1.S.2.2. Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.S.2.3. Sağlık tesisinde palyatif bakım hizmetlerine ait veriler aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Psikiyatri ve yoğun bakım servisi hariç diğer 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 SBYS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip etmelidir.

Yataklı Servis İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı								
YIL:					AY:.....			
SERVİS	Yatak Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Olan Hasta Sayısı	7 Gün İçinde Aynı Kliniğe/Servise Yeniden Yatan Hasta Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Hemşire Sayısı *	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı
Genel Cerrahi								
KBB								
Ortopedi								
.....								
.....								
.....								
TOPLAM SAYI/ORTALAMA								

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

Bünyesinde palyatif bakım hizmeti sunan sağlık tesisleri ilgili serviste aşağıdaki tablo örnek alınarak SBYS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak palyatif bakım verilerini takip etmelidir.

Palyatif Bakım İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı					
		OCAK	ŞUBAT	.....	TOPLAM
Yatak Sayısı					
Hemşire Sayısı					
Yatan Hasta sayısı					
Yatak Doluluk Oranı					
Yatak Devir Hızı					
Yatılan Gün Sayısı					
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı					
Bası Yarası Gelişen Hasta Sayısı					
Palyatif Bakım Sertifikalı Hemşire Sayısı					
Hasta Kabul Şekli	Yoğun Bakımlardan				
	Diğer Palyatif Bakımlardan				
	Evden				
	Evde Sağlık Biriminden				
	Bakım Evinden				
Eğitim Verilen Hasta Refakatçisi Sayısı (Bireysel ve Grup Eğitimleri)					
Taburcu Sayısı					
Evde Sağlık Birimine Devredilen Hasta Sayısı					
Yoğun Bakıma Devredilen Hasta Sayısı					
Ex Sayısı					

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Servislere yatışı yapılan hastalara hatırlatma mesajının gönderilip gönderilmediği, mesaj içeriğinin uygun olup olmadığını,
- ✓ SBYS’de “Yataklı Servis İstatistikleri YTE” ile “Palyatif Bakım İstatistikleri YTE” nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ YTE içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yönetici Takip Ekranı yukarıdaki koşulları sağlamıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

SORU: Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliğine yönelik düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 42
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.YB.1.1. Sağlık tesisinde bulunan tüm yoğun bakımlara ait istatistiki veriler SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.YB.1.2. Yoğun bakım hastalarının en uzun ve en kısa yatış sürelerinin 3 aylık analizi yapılarak yönetimle paylaşılmalıdır.

1.YB.1.3. Sağlık tesisi yönetimi, yoğun bakım işleyiş süreçlerinin takip edilmesi ve sorunlarının tespiti amacıyla, tüm yoğun bakımların sorumlu hekim ve hemşiresi ile ayda bir kez toplantı yapmalı ve toplantı tutanakları kayıt altına alınmalıdır.

1.YB.1.4. Sağlık tesisinde bulunan yoğun bakımlarda gerekli durumlarda sosyal çalışmacıdan “Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formu” doldurularak destek alınmalıdır (Sosyal çalışmacı bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

1.YB.1.5. Yoğun bakımlarda hastaların tedavi sürecine fizik tedavi kliniğinin katılımı sağlanmalı, yapılan uygulamalar ve tedaviler yoğun bakım hasta takip formunda kayıt altına alınmalıdır (3. seviye yoğun bakımlarda değerlendirilecektir.)

1.YB.1.6. Yoğun bakımda bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında devreden ve devralan hekim adı soyadı/kaşesi ile devir tarih ve saati belirtilerek yoğun bakım hasta gözlem/takip formunun imzalanması suretiyle kayıt altına alınmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin vardiya/nöbet devirleri de benzer şekilde yapılmalıdır.

1.YB.1.7. Yoğun bakımlardan servise devredilecek hasta var ise, servise başka hastanın yatırılmamasını sağlayan öncelikli yatış sistemi oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan tüm yoğun bakımların istatistiki verileri en az aşağıdaki tabloda belirtilen bilgileri içerek şekilde SBYS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Yoğun Bakım İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı *																
OCAK 20.....																
YOĞUN BAKIMLAR	Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	48 Saat İçinde Yeniden Yatan Hasta Sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	Hasta Kabul Sayıları			Taburculuk Şekli			Ventilatör Tedavisi Uygulanan Hasta Sayısı		Başı Yarısı Gelişen Hasta Sayısı
								Acil Servisten	Diğer Servislerden	Dış Merkezdən	Taburcu Olan Hasta Sayısı	Sevk Sayısı **	Servise Transfer Edilen Hasta Sayısı	Ex Olan Hasta Sayısı	İnvaziv		Non invaziv
3.Seviye KVC YB																
3.Seviye Nöroloji YB																
3.Seviye Reanimasyon YB																
2.Seviye Dahiliye YB																
2.Seviye Çocuk YB																
1.Seviye Yenidoğan YB																
.....																
TOPLAM SAYI/ORTALAMA																

* Bu tablo sağlık tesisinde bulunan tüm yoğun bakımlar için kullanılacaktır.

**Diğer servislere, diğer yoğun bakımlara ve dış merkezlere yapılan sevk sayısıdır.

Yoğun bakım hastalarının en uzun ve en kısa yatış sürelerinin ve nedenlerinin 3 aylık analizi yapılarak yönetimle paylaşılmalı ve alınan kararlar kayıt altına alınmalıdır. Sağlık tesisi tarafından, en uzun ve en kısa yatış süreleri yoğun bakımlar için ayrı ayrı belirlenmelidir.

Kısa süreli yatışların analizi acil servislerden yoğun bakıma endikasyonsuz hasta yatışlarının tespitinde önemlidir. Örneğin; postop yatış, endikasyonsuz mortalitesi yüksek hasta yatışı (terminal evre ca vb) gibi. En uzun yatışlarda yoğun bakımdan hastanın taburcu edilememe nedenleri analiz edilmeli ve çözüm yolları aranmalıdır.

En uzun ve en kısa yatışların takibi aşağıdaki tablolarda belirtildiği şekilde yapılabilir.

..... Yoğun Bakım En Uzun Yatış Takip Tablosu						
YIL:				DÖNEM: Ocak-Şubat-Mart*		
Hastanın Adı Soyadı	Hastanın Yaşı	Yattığı Servis	Yatış Tarihi	Çıkış Tarihi	Yattığı Gün Sayısı	Uzun Yatış Nedeni

*Bu tablodaki veriler 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.

..... Yoğun Bakım En Kısa Yatış Takip Tablosu						
YIL:				DÖNEM: Ocak-Şubat-Mart*		
Hastanın Adı Soyadı	Hastanın Yaşı	Yattığı Servis	Yatış Tarihi	Çıkış Tarihi	Yattığı Gün Sayısı	Kısa Yatış Nedeni

*Bu tablodaki veriler 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.

Yoğun bakım hizmet süreçlerinin takibi, yaşanan sorunların tespit edilmesi ve çözüm yollarının belirlenmesi için sağlık tesisi yönetimi ve sağlık tesisinde bulunan tüm yoğun bakım sorumlularının katılımıyla ayda bir kez toplantı yapılmalı ve toplantıda alınan kararlar kayıt altına alınmalıdır.

Yoğun bakımlarda yatan veya taburculuğu planlanan hastalar için gerektiğinde sosyal çalışmacıdan destek alınmalıdır. “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” kapsamında hastaneye başvuran ve tıbbi tedavi sürecinde sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar olduğunda, hastanın hekimi tarafından “Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formu” uygun doldurularak sosyal hizmet birimine havale edilir. Sosyal hizmet uzmanı (sosyal çalışmacı) hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur, hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametne gidemeyecek derecede düşkün

ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

Yoğun bakımlarda hastaların tedavi sürecine fizik tedavi kliniklerinin katılımı sağlanmalı, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tarafından hasta ihtiyaçları belirlenerek tedavi planlanmalı, yapılan vizit ve uygulamalar kayıt altına alınmalıdır. Nöroloji hastaları gibi yoğun bakım sonrasında fiziksel rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalara FTR klinikleri ile birlikte planlama yapılmalıdır.

Her vardiya değişiminde hekimler hastalarını bir sonraki yoğun bakım hekimine devretmelidir. Yoğun bakımda bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında devreden ve devralan hekim adı soyadı/kaşesi ile devir tarih ve saati belirtilerek yoğun bakım hasta gözlem/takip formunda imzalanarak kayıt altına alınmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin vardiya/nöbet devirleri de benzer şekilde yapılmalıdır. Gözlemci hasta gözlem /takip formunda hasta devirlerinin uygun şekilde yapılıp yapılmadığını değerlendirmelidir. Hasta gözlem formunu elektronik ortamda takip eden sağlık tesislerinde, devir kayıtlarına ait veriler izlenebiliyor ise olumlu değerlendirilmelidir.

Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

Bu koşullarda gündüz yoğun bakımlarda çalışan sorumlu hekim, baştabip tarafından görevlendirilmiş, gece acil havuz nöbeti veya müstakil acil branş nöbeti tutan hekimlerden birine, yoğun bakımda bulunan hastaları devretmelidir.

Yoğun bakımlardan servise devredilecek hasta var ise, servise başka hastanın yatırılmamasını sağlayan öncelikli yatış sistemi oluşturulmalıdır. SBYS, yoğun bakımdan servise yatacak hastanın yatışı gerçekleşene kadar poliklinikten servislere hasta yatışına izin vermemelidir. Acil servisten yatışlar bu kapsamın dışındadır.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de Yoğun Bakım İstatistikleri Takip Ekranı’nın tüm yoğun bakımlar için en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalar ile uyumlu olup olmadığı,
- ✓ En uzun ve en kısa yatış sürelerinin 3’ er aylık analizinin yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formunun ihtiyaç halinde kullanımı,
- ✓ Fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinin tedaviye katılımı ve uygulamalara ait kayıtların varlığı,
- ✓ Nöbet devir teslimlerinin uygun şekilde yapılıp yapılmadığı,
- ✓ Öncelikli yatış sisteminin varlığı kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMA YÖNERGESİ

Güncelleme Tarihi: 04/12/2014

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Sosyal Hizmet Birimlerinin Teşkili, Çalışma Usul ve Esasları ile Birim Çalışanlarının Görev ve Sorumlulukları

Sosyal hizmet birimi

Madde 9- (1)Bünyesinde sosyal çalışmacı olan hastanelerde bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç bir ay içinde; bünyesinde sosyal çalışmacı bulunmayan hastanelerde ise sosyal çalışmacının göreve başladığı tarihten itibaren en geç bir ay içindesosyal hizmet birimi kurulur. Sosyal hizmet birimi, başhekime bağlı olarak faaliyet gösterir.

(2)Birimin çalışma usul ve esasları şunlardır:

- a) Hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların tamamı birime bağlı olarak çalışır.
- b) Sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların sık görüldüğü acil, psikiyatri, onkoloji, fizik tedavi vb. klinikler-servisler ile diyaliz, çocuk izlem merkezi vb. birimlerde tam veya kısmi zamanlı olarak sosyal çalışmacının gerekli olması halinde, hastanedeki sosyal çalışmacı sayısına göre planlamayı sosyal hizmet birim sorumlusu yapar.
- c) Sosyal çalışmacılar, sosyal hizmet birim sorumlusunun onayı dışında başka bir birim ya da klinik-serviste görevlendirilemez. Söz konusu birimlerde ya da klinik-servislerde sosyal çalışmacıya ihtiyaç varsa Ek-1'deki Sosyal Konsültasyon Formu ile birime talep iletilir.
- ç) Klinikte-serviste veya farklı hizmet birimlerinde, sosyal çalışmacıların mesleki çalışmalarını yürütmesi için gerekli koşullar, ilgili klinik-servis veya birim dahilinde sağlanır.
- d) Hastaneye başvuran ve tıbbi tedavi sürecinde sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar, hastanın hekimi tarafından Ek-1'deki forma uygun olarak birime havale edilir.
- e) Sosyal çalışmacının mesleki görüşme yaptığı her hasta için Ek-2'deki Hasta Görüşme Formu düzenlenir. Hastayla ilgili yapılan her görüşme süreci bu forma kaydedilir.
- f) Formlar birimde muhafaza edilir. Gerekli durumlarda hasta dosyasına Ek-2 formu eklenir. Görüşme neticesinde hasta hekim tarafından havale edilmiş ise hekimine Ek-1 formu ile bilgi verilir.
- g) Sosyal hizmet müdahalesi kapsamında, gerektiğinde hastanede, hastanın ikametinde, işyerinde, okulunda veya sosyal ortamında sosyal inceleme yapılır.
- ğ) İncelemeyi yapan sosyal çalışmacı, Ek-3'deki Sosyal İnceleme Raporunu düzenler. Sosyal çalışmacı, bu raporun gerekli hallerde, ilgi kurum ve kuruluşlara bir üst yazı ekinde gönderilmesini sağlar. Raporun bir nüshası gizliliğe uygun olarak birimde muhafaza edilir ve bir nüshası hasta dosyasına konur. Hastane dışı kurumlardan hizmet talebi resmi yazı ile yapılır.
- h) Yapılan sosyal hizmet müdahalesi her bir gün için Ek-4'deki Sosyal Hizmet Birimi Kayıt Defterine kaydedilir. Aynı gün içinde aynı kişi için birden fazla kayıt yapılmaz.

1) Sosyal hizmet biriminin yaptığı çalışmalar, Ek-5'deki Sosyal Hizmet Birimi Faaliyet Formu veya Bakanlıkça belirlenecek formlar ile Bakanlıkça her istendiğinde ve rutin olarak, her yılın Ocak ve Temmuz aylarının ilk haftasının sonuna kadar hazırlanarak Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi'ne resmi yazı ve e-posta olarak iletilir. Tüm formlar hastane otomasyon sistemine eklenir. Kayıt ve raporlar zamanında ve düzenli olarak tutulur.

Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları

Madde 12- (1)Hastaneye başvuran hastaların psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitelerin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personelidir.

(2)Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun olarak yürütür.

b) Hastaneden hizmet alan,

1. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar,

2. Engelli hastalar,

3. Sağlık güvencesiz hastalar,

4. Yoksul hastalar,

5. Aile içi şiddet mağduru hastalar,

6. İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar,

7. Mülteci ve sığınmacı hastalar,

8. İnsan ticareti mağduru hastalar,

9. Yaşlı, dul ve yetim hastalar,

10. Kronik hastalar,

11. Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,

12. Alkol ve madde bağımlısı hastalar,

13. Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar

14. İl dışından gelen hastalar,

öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

c) Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.

ç) Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametene gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametene nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

d) Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

e) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.

f) Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.

g) Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.

ğ) Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.

- h) Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
ı) Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.

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

MADDE 12 – (12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

SORU: Yoğun bakımlarda konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 43
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.YB.2.1. Yoğun bakımlardan istenen konsültasyonların gerçekleşme süreleri her bir hekim ve branş için aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.YB.2.2. Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb.yöntemler ile gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Yoğun bakımlarda konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS tarafından kayıt altına alınmalıdır.

Her bir hasta için konsültasyon gerçekleşme süresi ölçülmeli, ölçülen sürelerin ortalaması alınarak aşağıdaki tabloda belirtildiği şekilde aylık olarak her bir hekim ve branş için konsültasyon gerçekleşme zamanı oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

..... Yoğun Bakım Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Yönetici Takip Ekranı				
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK	ŞUBAT	TOPLAM
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi (dakika)
A Branşı	X Hekim			
A Branşı	Y Hekim			
A Branşı	.....			
A Branşı Ortalama				
B Branşı	Z Hekim			
B Branşı	Q Hekim			
B Branşı	.....			
B Branşı Ortalama				
.....				
.....				
GENEL ORTALAMA (A BRANŞI+B BRANŞI +....)				

Yönetim tarafından konsültasyon istenen ancak gerçekleşmeyen konsültasyonların takibi de periyodik aralıklarla yapılabilir.

Yoğun bakımlarda konsültasyon istenen hekime uyarı mesajı SMS vb.yöntemler ile gönderilmelidir.

Örneğin;

“Sayın Dr., Anestezi yoğun bakımda yatan(işlem no: 14082015) adlı hasta için konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan ivedilikle değerlendirilmesi ve sistem üzerinde sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ ANESTEZİ YOĞUN BAKIM”

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Yoğun bakım Konsültasyon Gerçekleşme Süresi YTE” nın en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yönetici Takip Ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı olup olmadığı,
- ✓ Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajının SMS vb.yöntemler ile gönderilip gönderilmediği kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Yoğun bakımlarda bası yarası ile ilgili verilerin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 44
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.YB.3.1. Bası yarası oluşum risk değerlendirmesi için standart bir ölçek kullanılmalı, bası yarası varsa; lokalizasyonu, evre ve ebatları kayıt edilmelidir.

1.YB.3.2. Yoğun bakım hastalarında bası yarasının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı ve her pozisyon verildiğinde yoğun bakım hasta takip/gözlem formuna kaydedilmelidir.

1.YB.3.3. Bası yarası gerçekleşen hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ve seansları kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Bası yarası oluşum risk değerlendirmesi için standart ölçeklerden biri kullanılmalıdır. (Örneğin: Braden, Norton, Waterlow vb.). Yatış sırasında ve günlük gözlemlerde hastanın muayenesi ile tespit edilen bası yarası varsa lokalizasyonu, evresi ve ebatı ile kullanılan tedavi yöntemleri hasta takip/gözlem formunda kayıt altına alınmalıdır.

Yoğun bakım hastalarında bası yarasının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Gözlemciler tarafından havalı yatağın kullanılıp kullanılmadığı, çarşafların temiz, ütülü ve gergin olup olmadığı, pozisyon değişikliği, derinin kuru ve temiz tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir. Hastaların en az 2 saat aralıklarla pozisyonu değiştirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Bası yarası olan hasta var ise hastaya yapılan uygulamalar ve tedaviler yoğun bakım hasta takip/gözlem formuna kaydedilmelidir. Taburculuk sırasında bası yarası mevcut ise lokalizasyonu, evresi ve ebatı epikrizde belirtilmelidir.

Yoğun bakımlarda bası yarası gelişen hastaların takibi örnek tablodaki şekilde yapılmalıdır.

.....Yoğun Bakım Bası Yarası Takip Tablosu												
YIL:							AY:					
Sıra No	Hastanın Adı Soyadı	Yeni Oluşan Bası Yarasının					Yattığında Varolan Bası Yarası					Uygulanan Tedavi Yöntemi
		Lokalizasyonu		Kaçıncı Günü	Evresi	Ebatı	Lokalizasyonu		Kaçıncı Günü	Evresi	Ebatı	
1		Sakrum	1	15	1	2 x 2 cm	Sakrum:					
		Topuk	2 tane sağ sol	25			Topuk:					
												
2		Sakrum					Sakrum					
		Topuk					Topuk					
												
TOPLAM HASTA SAYISI												

Gözlemciler tarafından;

- ✓ hasta takip/gözlem formunda Bası yarası oluşum risk değerlendirmesi için standart ölçeklerden birinin kullanılıp, kullanılmadığını,
- ✓ havalı yatağın kullanılıp kullanılmadığı, çarşafların temiz, ütülü ve gergin olup olmadığı, pozisyon değişikliği, derinin kuru ve temiz tutulup tutulmadığını,
- ✓ Hastalara en az 2 saat aralıklarla pozisyon değişikliği yapılıp yapılmadığına dair hasta takip/gözlem formunda kayıtların olup olmadığını,
- ✓ “Yoğun Bakım Bası Yarası Takip Tablosu”nun en az yukarıdaki bilgileri içerecek şekilde aylık oluşturulup oluşturulmadığını,

değerlendirmelidir.

SORU: Yoğun bakımlar ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 45

BÖLÜM ADI: YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.YB.4.1 Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme (yatak düzenlemesi, merkezi monitorizasyon sistemi vb.) yapılmalıdır.

1.YB.4.2 Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri, 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

1.YB.4.3. Erişkin 3.seviye yoğun bakım servisi içinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilmelidir.

1.YB.4.4 Yenidoğan yoğun bakımlarda gürültü seviyesi ölçülmeli, ölçüm sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

1.YB.4.5 Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunmalı ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmemelidir.

1.YB.4.6 Yenidoğan yoğun bakımlarda uygun şartlarda anne uyum odası oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yoğun bakım duvar ve tavan yüzeylerinin kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte, malzeme veya boya (tercihen açık renk) kullanımı, duvar yüzeylerinin hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olması, zemin yüzeylerinin kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı engelleyen sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indiremeyecek, kimyasallara gerek duyulmadan kolayca temizlenebilen antistatik özellikte malzemeden olmalıdır.

Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenleme hemşire deskinin tüm hastaları görebilecek şekilde uygun alanda konumlandırılması ile veya bu durumun sağlanamadığı durumlarda hastanın izlenmesini sağlayan merkezi monitör sistemi ile de olabilir.

Yatak sayısı bir serviste 10' dan fazla olmamalıdır. 10' dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla 6-10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

3. seviye erişkin yoğun bakımlarda ihtiyaç duyulduğunda yatak başında ya da yoğun bakım içerisinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilmesi için gerekli düzenlemenin mevcudiyeti sorgulanır. Hastaların bu amaçla yoğun bakım dışına gönderilmemesi gerekmektedir.

Yenidoğan yoğun bakımlarında devamlı ve geçici gürültünün izolasyon odaları dahil yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 desibeli en fazla olarak da 70 desibeli geçmemesi sağlanır. Gözlemciler bu ölçümlerin yapılıp yapılmadığını, yapıldı ise sonuçlarını değerlendirmelidir.

Yenidoğan yoğun bakımlarda yataklar pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta ve havalandırma çıkışlarından uzakta ise olumlu olarak değerlendirilir.

Yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde özellikle prematüre bebeği olan annelerin bebekleri ile birlikte kalabilecekleri, tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde ve en fazla üç yatak içeren anne uyum odaları değerlendirilir.

Anne uyum odalarında hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme yapılıp yapılmadığı,
- ✓ 10' dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla 6-10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılıp ayrılmadığı,
- ✓ 3. seviye erişkin yoğun bakımlarda ihtiyaç duyulduğunda yatak başında ya da yoğun bakım içerisinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilmesi için gerekli düzenlemenin oluşturulup oluşturulmadığı,
- ✓ Yenidoğan yoğun bakımlarda gürültü ölçümlerinin yapılıp yapılmadığını,
- ✓ Yenidoğan yoğun bakımlarda yataklar pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta ve havalandırma çıkışlarından uzakta olup olmadığını,
- ✓ Anne uyum odalarının varlığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

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

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)

Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)Yoğun bakım servislerinin fiziki şartları

n) Yoğun bakım servislerinde hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun, merkezi konumda bir alan ayrılır.

MADDE 6 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

b) Yatak sayısı on ve altında olan yoğun bakım servisleri tek servis olarak düzenlenebilir. On'dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla altı ila on yataktan oluşan birden fazla birime ayrılır.

EK-1 Verilmesi gereken sağlık hizmeti: Seviye III için: 3- Servis içinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılması.

Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fizikî şartları

MADDE 8 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

b) **(Değişik birinci cümle:RG-29/5/2013-28661)** Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; özellikle prematüre bebeği olan annelerin, taburcu olmadan önce, bebekleriyle birlikte kalabilecekleri ve tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları tahsis edilir. **(Ek cümle:RG-29/5/2013-28661)** Bir anne uyum odasında en fazla üç yatak bulundurulabilir. **(Değişik cümle:RG-22/3/2017-30015)** Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunur.

d) **(Değişik:RG-18/2/2012-28208)** Destek alanları hariç, her yenidoğan yoğun bakım yatağı başına en az 6 m² alan ayrılır ve her kuvöz için; birinci seviyede 60 cm, ikinci seviyede 90 cm ve üçüncü **(Ek ibare:RG-22/3/2017-30015)** ve dördüncü seviyede 120 cm yataklar arası mesafe bırakılır.

e) Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunur ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmez.

ğ) Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır.

DOĞUMHANE HİZMETLERİ

SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen doğumların takibi yapılıyor mu?

SIRA : 46
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.D.1.1 Sağlık tesisinde görev yapan her bir kadın doğum uzmanının gerçekleştirdiği primer sezaryen sayısı ve oranı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.D.1.2. Sağlık tesisinde görev yapan her bir ebenin gerçekleştirdiği/eşlik ettiği doğum sayısı SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

1.D.1.3. Normal doğum sonrası ile sezaryenle doğum sonrası kalış sürelerinin takibi SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde gerçekleşen primer sezaryen sayısı, toplam doğum sayısı ve primer sezaryen oranı SBYS' de izlenebilmelidir. Doğum istatistikleri, en az aşağıda yer alan tablodaki verileri içerecek şekilde SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Doğum İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı									
Hekim Adı Soyadı	OCAK			ŞUBAT			YILLIK TOPLAM		
	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oran	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oran	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oran
X HEKİM									
Y HEKİM									
.....									
SAĞLIK TESİSİ TOPLAM/ORTALAMA									

Sağlık tesisinde görev yapan her bir ebenin gerçekleştirdiği/eşlik ettiği doğum sayısı SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Ebe Başına Düşen Normal Doğum Yönetici Takip Ekranı

Ebe Adı Soyadı	OCAK			ŞUBAT			YILLIK DEĞER		
	Sağlık Tesisinde Gerçekleşen Toplam Normal Doğum Sayısı	Ebenin Gerçekleştirdiği/ eşlik ettiği Normal Doğum Sayısı	Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı	Sağlık Tesisinde Gerçekleşen Toplam Normal Doğum Sayısı	Ebenin Gerçekleştirdiği /eşlik ettiği Normal Doğum Sayısı	Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı	Sağlık Tesisinde Gerçekleşen Toplam Normal Doğum Sayısı	Ebenin Gerçekleştirdiği/ eşlik ettiği Normal Doğum Sayısı	Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı
.....									
.....									
.....									

Sağlık tesisinde doğum yapan hastaların kalış süreleri SBYS' de izlenebilmelidir. Doğum sonrası annenin takibi, eğitimi ve yenidoğanın takibi açısından hastaların normal doğum sonrası 24 saat, sezaryenle doğum sonrası ise 48 saatten önce taburcu edilmemeleri önem taşımaktadır. Sağlık tesisi tarafından doğum sonrası kalış süreleri, en az aşağıda yer alan tablodaki verileri içerecek şekilde SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

----- Ayı Doğum Sonrası Kalış Süresi Yönetici Takip Ekranı

Hekim Adı Soyadı	Normal Doğum Sayısı	Normal Doğum Sonrası 24 Saatten Önce Taburcu Olan Hasta Sayısı	Sezaryen Doğum Sayısı	Sezaryen ile Doğum Sonrası 48 Saatten Önce Taburcu Olan Hasta Sayısı
X HEKİM				
Y HEKİM				
Z HEKİM				
.....				
SAĞLIK TESİSİ TOPLAM				

Gözlemciler tarafından;

- ✓ SBYS’de “Doğum İstatistikleri Yönetici Takip Ekranı”, “Ebe Başına Düşen Normal Doğum Yönetici Takip Ekranı” ve “Doğum Sonrası Kalış 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 kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde doğan bebekler için aileye yenidoğan tarama testleri vb. konularda bilgilendirme yapılıyor mu?

SIRA : 47

BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.D.2.1. Sağlık tesisinde doğan bebekler için aileye yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı hakkında SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde doğan bebeklerin ailesine aşağıdaki örnekte belirtildiği şekilde bilgilendirme yapılmalıdır. Sağlık tesisi tarafından yenidoğanın ailesine gönderilecek olan SMS lerde kişisel verilerin korunması kapsamında yenidoğan ya da anne adı ve soyadı belirtilmemelidir.

Örnek SMS;

“Bebeğinizin fenilketonüri, doğuştan kalça çıkığı muayenesi, görme testi, işitme testi vb. yenidoğan tarama testleri ve periyodik muayenelerinin belirli zaman diliminde yapılması gerekmektedir. Periyodik muayeneler ve aşıları için en kısa sürede aile hekiminize başvurunuz.”

KAYNAK:

AÇS/AP Genel Müdürlüğünün Neonatal Tarama Programı Genelgesi 2006 / 130 ve Ekleri
Konjenital Hipotiroidi, yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan endokrinolojik sorundur. Tiroid bezinin gelişimsel hatalarından, tiroid hormon biyosentezi ve tiroid bezinin regülasyonunda doğuştan gelen bozukluklardan kaynaklanan tiroid hormon yetersizliği ile karakterize klinik bir durumdur. Prevalans ırk ve etnik yapıya göre değişmekle birlikte dünya genelinde 3500-4000 canlı doğumda birdir. Ülkemizde yürütülen bir insidans çalışmasında ise kalıcı Konjenital Hipotiroidi sıklığı 3344 canlı doğumda bir bulunmuştur. Tedavi edilmeyen vakalarda ciddi zeka geriliği ve asimetric cücelik ortaya çıkar. Erken teşhis yapılmaz ise kalıcı zeka geriliği kaçınılmazdır. Fenilketonüri(FKU) kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Hastalıkta bir protein yapıtaşı olan fenilalanin metabolize edilemez, kanda birikir ve geriye dönüşümsüz beyin hasarı yaratır. Erken

tanımlanıp tedavi edilmediği takdirde kaçınılmaz sonuç ağır zihinsel geriliktir. Türkiye, Fenilketonüri hastalığının en sık görüldüğü ülkelerden biridir (Türkiye’de; 1 / 4500). Türkiye’de sık görülme nedenlerinden birisi akraba evliliklerinin oranının yüksek olmasıdır. Yapılan her 4 evlilikten biri akraba evliliğidir ve akraba evlilikleri en çok (p) birinci dereceden akrabalar arasında gerçekleşmektedir. Her yıl ülkemizde tahminen 300 çocuk FKU’lü olarak doğmaktadır. Türkiye’de her 100 kişiden 4’ü FKU taşıyıcısı durumundadır. Hastalığın erken tanısı ve uygun diyet tedavisi ile zeka geriliği önlenabilir. Bakanlığımızın sorumluluğunda üniversitelerin desteğiyle 1987 yılında 22 ilde, 1993 yılında tüm Türkiye genelinde Fenilketonüri tarama programı başlatılmış ve başarı ile yürütülmektedir. Fenilketonüri Tarama Programı’na Konjenital Hipotiroidi hastalığı dahil edilerek Neonatal Tarama Programı başlatılmıştır.

Yenidoğan Tarama Programı Genelge 2014/7

Ülkemizde yılda yaklaşık 1.270.000 bebek doğmakta ve bu bebeklerin binde 7.4 ü bir yaşına gelmeden ölmektedir. Ülkemizde bebek ve çocuk ölümünü önlemeye yönelik yürütülen çalışmalar sonucunda yıllar içinde çocuk ölümleri azalmış, çocuk sağlığını tehdit eden diğer sorunlar öne çıkmıştır. Bu hastalıklardan korunulabilir olanların yaratacağı olumsuzlukları önlemek de artık çocuk sağlığı konusunda öncelikli sağlık hizmetlerinden biridir. Yenidoğan Tarama Programı içinde yer alan konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve biyotinidaz eksikliği hastalıklarının taranması, bu kapsamdaki koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemlilerindendir.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri

Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yenidoğan Tarama programı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı koordinatörlüğündede yürütülmektedir. Bu görev kapsamında her bebeğin taranması, tarama sonuçlarına göre bebeklerin ilgili kliniğe yönlendirilmelerinin takibi ve programın izleme ve değerlendirilmesi ile sürdürülebilirliğinin sağlanması yer almaktadır.

Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin Kurulması ve Faaliyetleri Hk. Yönerge Md. 4, a bendi.

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

SORU: Ameliyathanede hasta bilgilendirmesi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?**SIRA : 48****BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ****BÖLÜM SIRA NO : 1****DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

1.A.1.1. Ameliyathane bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranında ameliyata alınan hastanın durumuna ait bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hasta yakınlarını ameliyata giren hastaları hakkında bilgilendirmek amacıyla tercihen ameliyathane yakınında veya sağlık tesisinin uygun gördüğü alanlarda bekleme alanı veya odası oluşturulmalıdır.

Hasta yakınlarına ameliyattaki hastanın durumu hakkında bilgilendirme; ameliyathane bekleme alanında bulunan bilgilendirme ekranından aşağıdaki şekilde yapılmalıdır.

Örnek,

HASTA ADI	HASTANIN DURUMU
.....	Ameliyatta
.....	Uyandırma odasında
.....	Servise alındı

Bilgilendirme ekranının çalışır durumda olup olmadığı ve bilgilerin doğruluğu kontrol edilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen ameliyathane ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapıyor mu?

SIRA : 49
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.A.2.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı" ve ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

1.A.2.2 Ameliyat randevuları SBYS üzerinden verilmeli ve her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

1.A.2.3 Ameliyat listeleri bir gün önce hazırlanarak ameliyathaneye mesai saati bitimine kadar bildirilmelidir.

1.A.2.4. Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır.

1.A.2.5 Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyathane başlangıç ve bitişleri ile ameliyat aralarındaki vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) SBYS’ de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, aylık olarak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E Grubu Ameliyat Sayısı" ile “Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı” SBYS üzerinde oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Ameliyat Sayısı ve Grupları Yönetici Takip Ekranı																
Cerrahi Klinikler/ Branşlar	Hekim Adı Soyadı	OCAK					ŞUBAT					YILLIK TOPLAM				
		Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı
		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E	
A Kliniği / Branş	X Hekim															
A Kliniği / Branş	Y Hekim															
A Kliniği / Branş Toplam																
B Kliniği / Branş	Z Hekim															
B Kliniği / Branş	Q Hekim															
B Kliniği / Branş Toplam																
.....																
.....																
.....																
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)																
** AMELİYAT MASASI BAŞINA DÜŞEN AMELİYAT SAYISI																

*Ameliyat grupları Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”ne göre tanımlanmalıdır.

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

Sağlık tesisinde manuel yapılan ameliyat randevu kayıtları kaldırılarak, randevu kayıtları SBYS üzerinden elektronik defter kaydı ile yapılmalıdır. Her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Ameliyathanelerin işleyişini düzenlemek ve elektif vakaların bir düzen içerisinde alınmasını sağlamak amacıyla ameliyat listeleri bir gün önce hazırlanarak, idare onayını takiben ameliyathaneye mesai saati bitimine kadar bildirilmelidir. Gün içerisinde eklenen elektif vaka olduğunda ek liste hazırlanarak idareye ve ameliyathane sorumlusuna bildirilmelidir. Gün içerisinde alınmış acil vakalar ise mesai bitiminde liste ile sağlık tesisi idaresine bildirilmelidir.

Hastane yönetimi tarafından her hekimin yaptığı liste dışı vakaların (acil-elektif) tüm ameliyat sayılarına oranı takip edilebilir.

Lokal anestezi ile yapılan ameliyatlar da dahil olmak üzere tüm ameliyatların ertelenme veya iptal edilme nedenlerinin analizi yapılmalıdır. Ameliyatın ertelenme veya iptal edilme nedenlerinin analizi aşağıdaki şekilde yapılabilir.

İptal Edilen ve Ertelenen Ameliyat Takip Tablosu								
Hekim Adı Soyadı	Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısı	Ameliyatın İptal veya Ertelenme Nedeni*					Ameliyatı Ertelenen veya İptal edilen Toplam Hasta Sayısı	Ameliyatın Ertelenme veya iptal Oranı**
		Malzeme Yokluğu	Preop hazırlığın tamamlanmaması	Hastanın Ameliyata Gelmemesi	Listede bulunan Ameliyatların Süresinin Uzaması	Diğer Nedenler		
A Kliniği								
B Kliniği								
C Kliniği								
.....								
Toplam								

*Ameliyatı Ertelenen veya iptal edilen hasta sayısı her bir neden için ayrı ayrı kayıt edilecektir.

**Ameliyatın Ertelenme veya iptal Oranı: Ameliyatı Ertelenen veya İptal edilen Toplam Hasta Sayısının, Liste ile Ameliyathaneye Bildirilen Hasta Sayısına bölünmesi ile oluşur.

Kliniklere ait ameliyathane masalarının etkin kullanılması için ameliyathanelerde anestezi başlangıç ve bitiş saatleri ile vakalar arası bekleme sürelerinin (temizlik vb.) tespiti yapılmalıdır. Bu sürelerin kaydı SBYS üzerinden mümkünse barkod okuma şeklinde yapılmalıdır.

Yönetim tarafından ameliyat salonlarındaki ameliyat başlangıç ve bitiş saatleri takip edilmeli, mesai saatleri içerisinde ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. (düşük verimlilikte çalışan kliniklere ait ameliyat masaları yoğun şekilde çalışan kliniklerin kullanımına açılması, sürekli geç başlayan ve/veya geç biten ameliyat salonlarına yönelik iyileştirme çalışmasının yapılması vb.)

Ameliyat Salonları Kullanımı Yönetici Takip Ekranı									
Vakalar	Ameliyat Salonu 1			Ameliyat Salonu 2			Ameliyat Salonu 3		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (Dk) ***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (Dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (Dk)
1. Vaka	08:15	08:45	-			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									
.....									
.....									
.....									

**Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.*

***Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.*

****1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak değerlendirilmelidir.*

Gözlemciler tarafından;

- ✓ Ameliyat randevularının SBYS üzerinden verilip verilmediği,
- ✓ Ameliyat listelerinin bir gün önceden hazırlanarak ameliyathaneye bildirilip bildirilmediği,
- ✓ SBYS’de “Ameliyat Sayısı ve Grupları Yönetici Takip Ekranı” ile “Ameliyat Salonları Kullanımı 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,
- ✓ Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizlerinin yapılıp yapılmadığı, kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

STERİLİZASYON

SORU: Sağlık tesisinde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyon ve dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?

SIRA : 50

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.ST.1.1. Poliklinik, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, servislerde vb muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

1.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:

KBB, genel cerrahi, göz, diş, kadın doğum, üroloji vb. polikliniklerde, acil, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, endoskopi, bronkoskopi vb. muayene ve/veya girişimsel işlemlerin yapıldığı birimlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

Sağlık tesisinde kullanılan cihaz alet ve malzemelerin, spaulding sınıfı, 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, kardiyak ve üriner kateterler, implantlar, drenler, Enjektör iğneleri, akupunktur iğneleri, biyopsi forsepsi, transfer forsepsi, laparoskop, artroskop, bronkoskop, sistoskop	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)
Fleksible endoskoplar, laringoskoplar, vaginalrektal ultrasonografi problemleri, transözefagial EKO probu, endotrakeal tüpler, nazal kanüller, ventilatör bağlantı hortumları, nemlendiriciler ve filtreler, nebulizer kapları, aspirasyon sondaları, beslenme sondaları, laringoskop bıçakları, larengeal tüpler, fiberoptik bronkoskop, airway, bazı oftalmik araçlar, kulak şırınga hortumu, 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, BIS elektrotları, pulse oksimetre, kulak spekulumu, tespit malzemeleri, küvöz, 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 yapılma 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 şartları solüsyonun kullanım süresini uzatmak için kullanılamaz. Test şartlarının 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;

- ✓ KBB, genel cerrahi, göz, diş, kadın doğum, üroloji vb. polikliniklerde; laringoskop bleydleri, vaginal,rektal ultrasonografi problemleri, transözefagial EKO probu, bazı oftalmik araçlar, kulak şırınga hortumu, amalgam kondansörü vb. malzemelerin,
- ✓ Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, endoskopi, bronkoskopi vb. ünitelerde; laringoskop, endotrakeal tüp, nazal kanül, ventilatör bağlantı hortumları, nemlendiriciler ve filtreler, nebülizer kapları, aspirasyon sondaları, beslenme sondaları, laringoskop bıçakları, larengeal tüpler, fiberoptik bronkoskop, airway, ambu, laparoskop, artroskop, bronkoskop, sistoskop vb. malzemelerin sterilizasyon veya dezenfeksiyonunun,
- ✓ 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 hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?
--

SIRA : 51

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.ST.2.1. 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.

1.ST.2.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

1.ST.2.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

1.ST.2.4. Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmeleri ayrı alanlarda yapılmalı, tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, incelme, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir.

1.ST.2.5. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

1.ST.2.6. 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.

Acil servis, 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 paketlenme işleminin temiz alanda yapılıp yapılmadığı, dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketlenme 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.

Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmelerinin ayrı bir alanda yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Tekstil malzemelerinin paketlenmelerinin MSÜ dışında bir alanda olması tercih edilir. MSÜ içinde yer alacaksa özel havalandırılmalı ayrı bölmede planlanmalıdır.

Tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, incelme, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir.

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

SIRA : 52

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.ST.3.1. İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.

1.ST.3.2. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

1.ST.3.3. 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.

1.ST.3.4. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

1.ST.3.5. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.

1.ST.3.6. 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.

AÇIKLAMA:

Maruziyet bantları sterilizasyon işleminin etkinliği hakkında bilgi vermezler, yalnızca bohçanın sterilizasyon işlemine tabi tutulup tutulmadığını gösterirler. Aynı zamanda bohçayı kapalı tutmak ve tespit etmek için kullanılırlar. Steril olmayan malzemenin steril olan malzeme ile karışmasını önler. İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantlarının kontrolü yapılmalıdır.

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.

Malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluk durumları; birim adı, tarih, steril malzeme uygunsuzluk nedeni, bildirimi 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 bildiriminin 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, Paslı vb. malzeme		Toplam
Acil Servis								
Ameliyathane								
Poliklinik								
Ortopedi								
Genel Cerrahi								
.....								
Toplam								

SORU: Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 53

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.ST.4.1. Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana 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.

1.ST.4.2 Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

1.ST.4.3 Acil servis, diş, cerrahi polikliniği vb. gibi birimlerde kullanımda olan steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir.

1.ST.4.4. Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.

1.ST.4.5. Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana 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 yukarıda ve tavandan 50 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde konumlandırılmalıdır.
- Şehir hastanelerinde ameliyathane ve sterilizasyon ünitesi steril depo alanları haricinde; servis, poliklinik vb. firmadan kamuya teslim noktalarındaki cep steril depo alanlarında malzemeler 24 saat üzerinde bekletiliyorsa yukarıda geçen uygun depo şartları bu alanlarda da sağlanmalıdır.

Acil servis, diş, cerrahi polikliniği vb. gibi birimlerde kullanımda olan 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. Bu bilgileri kare kod ya da barkod ile takip eden sağlık tesislerinde kullanıcılar tarafından da bu bilgilere ulaşılabilecek sistem tanımlanmalıdır.

GENEL DEĞERLENDİRME

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

SIRA : 54

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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

AÇIKLAMA:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen parametrelere ait sağlık tesisi verileri “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,
- ✓ “Gözlemci Bilgi Notunda” yer alan geçmiş döneme ait dinamik veri giriş platformuna girilmiş olan sağlık tesisi verisi ile gözlem esnasında sağlık tesisinin SBYS’de aynı geçmiş döneme ait “Yönetici Takip Ekranında”bulunan verinin uyumlu olup olmadığı,

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

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

SIRA : 55
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.2.1. Sağlık tesisinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer 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 yapılıyor mu?

SIRA : 56
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

AÇIKLAMA:

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

Sağlık tesisinde görev yapan her bir sözleşmeli yönetici kendisine bağlı birimlerin sorumluları ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır. Örneğin; Ameliyathane, Yoğun Bakım,

Servisler ve Eczane’ den sorumlu Başhekim yardımcısı bu birimlerin sorumluları ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır. 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 : 57
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 acil servis yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere,
- ✓ en az 3 ayda bir yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Gözlemci tarafından mesai dışı çalışılan bölümlerde değerlendirmenin yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır.

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

SIRA : 58
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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.

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

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

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

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan personelin memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak 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. Hastanesi

DAVETLİSİNİZ: 11 Eylül Pazartesi saat 15:00 te Konferans Salonunda yapılacak Eğitim Yılı Açılış Töreni ve Kokteyline davetlisiniz. Başhekim

BRANŞ/ MESLEK GÜNÜ: Sayın Dünya Biyologlar Gününüzü kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. Hastanesi.

KURUMA BAŞLAMA: Sayın Hoşgeldiniz. Hastanesi Ailesine katılımınızı kutlar, sağlık ve mutluluklar dileriz. Hastanesi.

KURUMDAN AYRILMA ve EMEKLİLİK: Sayın Hastanemize yaptığınız katkılar için teşekkür eder, sağlık ve mutluluklar dileriz.Hastanesi.

b) Emekli olan ve 25 yılını dolduran personele üst yönetim tarafından “teşekkür belgesi”/ “teşekkür plaketi” düzenlenmesi,

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

d) Uzman hekim odaları, asistan odaları, hemşire odaları vb. personel odalarının donanımlı ve konforlu olmasının sağlanması,

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

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

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

h) Çalışma alanlarının rahat çalışmaya engel olmayacak şekilde düzenlenmesi,

i) Ağır hastalık ve vefat durumlarında personelin üst yönetim tarafından aranması veya ziyaret gerçekleştirilmesi,

j) Personele kantinde elverdiği ölçüde indirim sağlanması,

k) Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması,

l) Personelin iletişim ve yönetsel yetkinliklerinin arttırılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,

- m) Asistanların, kendi branşlarında düzenlenen “Kış Okulu” türü eğitim toplantılarına katılımlarının teşvik edilmesi,
- n) Asistan eğitiminde çeşitli nedenlerle eksikliği olan eğitimlerin rotasyonlarla tamamlanmasının sağlanması,
- o) Üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar (birim toplantıları, yemek organizasyonları, sportif faaliyetler, geziler vb.) ile 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 başvurmanız önemle rica olunur.”

Sağlık tesisinde çalışan görevli personel için tüm bölümlerde (acil servis, 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 : 59
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 yapabilir. 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				
SABİM				
CİMER				
İç yazışma ile gelen				
Hasta anket önerileri				
.....				
Toplam Sayı				

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

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

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		
Acil servis		
Yataklı servisler		
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 sertifikalı çalışan personel sayısının takibi yapılıyor mu?

SIRA : 60
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.7.1. Hizmet verilen birim/ünitelerde (yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, palyatif bakım, hemodiyaliz, evde sağlık birimi vb.) sertifikalı olan toplam sağlık hizmetleri sınıfı personel sayısının ilgili birimlerde çalışan toplam personel sayısına oranı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hizmet birim ve ünitelerinde çalışan personelin sertifikasyon durumları aşağıdaki tabloda belirtilen şekilde SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Sağlık tesisinde hizmet birim/ünitelerde (yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, palyatif bakım, hemodiyaliz, evde sağlık birimi vb.) çalışan personelin sertifikasyon planlaması ve oranı gözlemciler tarafından incelenmelidir.

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

*Sağlık tesisi bünyesinde, yalnızca hizmet verilen alanlar ile ilgili sertifikalı personel sayısı takip edilmelidir. Tablodaki çalışan personel sayısı sütununa; ilgili birim/ünitede çalışan hemşire sayısı/ebe (hemşire yetkisine sahip)/sağlık memuru (toplum sağlığı) sayısı vb. Görev yaptığı alan ile ilgili sertifikalı personel sayısı sütununa ise; ilgili birim/ünitede çalışan Sağlık Bakanlığı Sertifika Programları kapsamında verilen sertifikaya sahip toplam hemşire sayısı vb. belirtilmelidir. Sertifikalı çalışan personel oranı, görev yaptığı alan ile ilgili sertifikalı personel sayısının ilgili birim/ünitede çalışan personel sayısına bölünmesiyle bulunur.

Gözlemciler tarafından;

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

Yukarıdaki koşullar sağlanmıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir.

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

SIRA : 61

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.8.1. Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır.Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.

1.GD.8.2. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde kurulup kurulmadığı değerlendirilmelidir. Görüş alanları hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.

Gözlemciler değerlendirme gününden 2 ay önceki tarihe ait kamera kayıtlarını inceleyerek değerlendirmelidir.

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 : 62
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.9.1. Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.

1.GD.9.2. Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

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 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 işlemleri uygun yapıılıyor mu?

SIRA : 63
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 10
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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 Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

b) Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

c) 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.

d) 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, yoğun bakım, laboratuvarlar, acil vb. birimlerde evsel atık, ambalaj atığı, tıbbi atık, patolojik tıbbi atık toplama kutuları/kovaları ve kesici/delici alet kutularının uygun şekilde olup olmadığı görülmelidir. İçeriklerine bakılarak uygun ayrıştırma yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Örneğin, evsel atık içerisinde kontamine (kan bulaşmış) eldiven görülmesi, kesici delici alet kutusunda boş flakon görülmesi gibi yanlış ayrıştırma yapılıyorsa olumsuz değerlendirilmelidir. 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.

Patolojik atıklar; cerrahi girişim, otopsi, anatomi veya patoloji çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, vücut sıvılarını ve fetüsü içerir. Herhangi bir kimyasalla muamele görmemiş kan torbaları ve kan yedekleri dahil vücut parçaları ve organları tıbbi atık olarak kabul edilir. Patolojik tıbbi atıklar, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Patolojik atıkların, ameliyathane ve patoloji laboratuvarlarında kaynağında ayrıştırılarak toplanması ve kapların standarda uygunluğu kontrol edilmelidir.

Kesici-delici atıklar; enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bistüri, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütür 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.

Tehlikeli atıkların ayrıştırılmasının doğru yapılıp yapılmadığı servislerde, laboratuvarlarda, dış polikliniklerinde, kemoterapi merkezlerinde, görüntülemelerde ve tehlikeli atık depolarında gözlenmelidir. Ameliyathenede inhalasyon anesteziplerinin (sevorane vb.) şişelerinin nasıl bertaraf edildiği sorgulanmalıdır. Kemoterapi yapılan merkezlerde kemoterapi ilaçları ve flakonları, uygulanan serumlar, serum setleri, enjektörler tehlike atık olarak değerlendirilmelidir.

Laboratuvarlarda 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.

Laboratuvarlarda boyama işlemleri için ayrılan lavabo su giderinin bir bidonda toplanıp tehlikeli atık olarak depolandığı ve kanalizasyona karışmadığı gözlenmelidir.

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 atıklarını UATF düzenleyerek, günlük 1 kilografa 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 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda geçici tıbbi atık konteyneri bulundurmamakla, günlük 1 kilografa 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/eğitimini 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 Biyoteknik” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla ¾ 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) Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz. Herhangi bir kimyasalla muamele görmemiş kan torbaları ve kan yedekleri dâhil vücut parçaları ve organları ikinci fıkrada belirtilen tıbbi atık torbalarında toplanabilir. (4) 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. (5) Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak tıbbi atık torbalarına konulur. (6) 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. (7) 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 : 64
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

1.GD.11.3. EWC kod bazında tehlikeli atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.

1.GD.11.4. Tıbbi ve Tehlikeli Atıkların maliyeti yönetim tarafından takip edilmelidir.

1.GD.11.5. Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı, diyaliz seans sayısı vb parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

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 SBYS 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
Yoğun Bakımlar Tıbbi Atık				
Cerrahi Birimler (Kadın Doğum Hariç) Tıbbi Atık				
Kadın Doğum Birimi Tıbbi Atık				
Dahili Birimler Tıbbi Atık				
Karma Servisler				
Ameliyathane Tıbbi Atık				
Acil Servis Tıbbi Atık				
Laboratuvarlar Tıbbi Atık				
Poliklinikler Tıbbi Atık				
Radyoloji Tıbbi Atık				
Diş Polikliniği Tıbbi Atık				
Kemoterapi Ünitesi Tıbbi Atık				
Diyaliz Tıbbi Atık				
Diğer Birimler				
TOPLAM				

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 (Elektirikli 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 Cıva 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, Cıva 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, dolu yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı, diyaliz seans sayısı 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							
Dolu Yatak Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı							
Diyaliz Seans Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarı							

*Toplam hasta sayısı acil, 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- DOLU YATAK BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI=

$$\frac{\text{İncelenen süredeki toplam atık miktarı (kg)}}{\text{İncelenen süredeki toplam dolu yatak sayısı}}$$

İncelenen Süre

İlgili ayın tıbbi atık miktarı (kg)

4- DİYALİZ SEANS BAŞINA DÜŞEN TIBBİ ATIK MİKTARI =

İlgili aydaki diyaliz seans sayısı

Dolu Yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı: İncelenen süre içerisindeki dolu yatak başına üretilen ortalama tıbbi atık miktarını verir. Hesaplama üretilen toplam atık miktarı dolu yatak sayısına bölünür, çıkan sonuç incelenen süreye bölünerek yatak başına üretilen atık miktarı bulunur.

Örnek: 150 yataklı bir hastanenin,

1 aylık yatak doluluk oranı %70,

Toplam ürettiği atık miktarı ise 5.000 kg ise;

1 Ay: 30 gün olarak hesaplanmaktadır

İncelenen Süre 30

Toplam Üretilen Atık 5.000

Yatak Sayısı 150

Yatak Doluluk Oranı 70%

Dolu yatak sayısı hesaplama	$(150 \times 70) / 100$
Dolu yatak sayısı	105
Hesaplama	$(5.000/105) / 30$
Yatak başına üretilen atık (kg)	1,58

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: Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapılıyor mu?

SIRA : 65
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kliniklerin kullanacakları sayıda kan ve kan bileşenlerini kan merkezinden istemelerini sağlamak ve gereksiz cross-match sayısını azaltmak için kliniklerin cross-match sayısının transfüzyon sayısına oranları aşağıda örneği verilen tablo ile takip edilmelidir.

Tam Kan ve Eritrosit Konsantresi Cross-Match/Transfüzyon Oranı Takip Tablosu						
YIL:				AY:		
Birim/Üniteler	TAM KAN			ERİTROSİT KONSANTRESİ		
	Cross-Match Sayısı	Transfüzyon Sayısı	Cross-Match Sayısının Transfüzyon Sayısına oranı	Cross-Match Sayısı	Transfüzyon Sayısı	Cross-Match Sayısının Transfüzyon Sayısına oranı
Yoğun Bakım						
Acil Servis						
Ameliyathane						
Palyatif Bakım						
Hemodiyaliz						
Ortopedi Kliniği						
Genel Cerrahi Kliniği						
.....						
.....						
TOPLAM SAYI/ORTALAMA						

Sağlık tesisinde kan ve kan bileşenleri imha oranları aşağıda örneği verilen tablo ile takip edilmelidir.

Kan ve Kan Bileşenleri Tüketim Verileri Tablosu																
Kan ve Kan Bileşen Türü	Ocak				Şubat								Yıllık Toplam			
	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*
Tam Kan (Tk)																
Eritrosit Konsantresi (Ek) Tam Kandan																
Havuzlanmış Trombosit Konsantresi (TK)																
Taze Donmuş Plazma (Tdp) Tam Kandan																
Trombosit Konsantresi (Tk) Aferez																
Kriyopresipitat																
Toplam Sayı/Ortalama																

**İmha oranı, imha edilen ürün sayısının toplam ürün sayısına oranını ifade eder.*

KAYNAK:

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

SORU: Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu?

SIRA : 66
BÖLÜM ADI : GENEL DEğERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEğERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.13.1. Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmalı, iletişim ve tanıtımdan sorumlu yönetici birim sorumlusu ve birim çalışanı/çalışanları belirlenmeli, görevlendirmeler ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir. (Dal hastaneleri ile 200 yatak ve üzeri hastanelerde değerlendirilecektir).

AÇIKLAMA:

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

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 : 67
BÖLÜM ADI : GENEL DEğERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEğERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.14.1. Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haŐeratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.

1.GD.14.2. Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

1.GD.14.3. Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.

1.GD.14.4. Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin 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.

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 : 68
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.15.1.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 ayakta ve yatan hastalarda kullanılacak kimlik doğrulama tanımlayıcılarının ayrı ayrı belirlenip belirlenmediği gözlemci tarafından sorgulanmalıdır. Hasta kayıt kabul birimlerinde her türlü yapılacak işlem öncesi, laboratuvar testleri için numune alımında, laboratuvar sonucu manuel yazılacak hasta raporlarında, tetkik sonuçlarının hastaya verilmesi sırasında, radyoloji, endoskopi, anjiyo gibi her türlü girişimsel ve cerrahi işlem öncesi, ilaç uygulamaları öncesi, girişimsel işlemler öncesi (NG uygulama, sonda takma), hasta transferi (iç/ dış) öncesi, kan ve kan ürünlerinin kullanımı ve transfüzyonu 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. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı (bebeğin cinsiyetine göre: kız bebeklere

pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı) kullanılmalıdır. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. Çoğul gebeliklerde anneye her bebek için ayrı kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır (İkiz gebelikte annede her iki bebeğe ait iki kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır).

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 69

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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

1.GD.16.4. Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.

1.GD.16.5. Evde sağlık hizmeti verileri SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.GD.16.6. Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

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, sekreteryası, 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; hekim veya uzman hekim, hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyeni, sağlık memuru, ATT, evde bakım teknikeri, yaşlı bakım teknikeri, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, eczacı, diyetisyen, şoför, evde sağlık hizmetinin gerektirdiği diğer meslek mensuplarından oluşur.

Ekipte; en az 1 (bir) hekim veya uzman hekim, 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 hekim (uzman veya pratisyen) ve 1 hekime 2 sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru, ebe, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri unvanlarında) 1 ekip aracı olacak şekilde planlama yapılmalıdır. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı/sosyolog/sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri sağlık meslek mensubu personel de hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. 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 tahsis 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.

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, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığını ve aylık olarak evde sağlık hizmetleri verisinin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARI TARAFINDAN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASINA DAİR YÖNETMELİK (R.G. 27 Şubat 2015 tarihli ve 29280 sayılı)

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

SIRA : 70

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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

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

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

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

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.

TİG birimine kliniklerden teslim edilen dosyalar standartlara ve klinik kodlamaya uygun olarak hazırlanmalıdır. Gelen dosyaların içeriği klinik kodlayıcılar tarafından aşağıdaki kurallara göre kontrol edilmelidir:

- a) Ana tanı ve ek tanıların anlaşılır şekilde belirtilmesi
- b) Ana tanı ve ek tanı ile ilişkili cerrahi veya diğer işlemlerin okunaklı, anlaşılır olarak ifade edilmesi
- c) Cerrahi operasyon bilgisinin belirtilmesi (operasyonun açıklaması, operasyon süresi (bir anestezi altında yapılan operasyonların ayrı ayrı süresi ve toplam süre), operasyon ekibinde yer alan personel branşları ve sayıları (uzman hekim sayısı, anestezi uzmanı sayısı, anestezi teknisyeni sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı), ASA ve Anestezi bilgileri)
- d) Hasta dosyasının içeriğinin tam olması(patoloji, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri sonuç raporu vb.)

Klinik kodlayıcılar aşağıdaki tabloya uygun şekilde TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan dosyaların analizini yapmalıdır.

TİG Birimine Gelen Dosyaların Uygunluk Analizi			
YIL:		DÖNEM*:	
Klinikler	TİG Birimine Gelen Dosya Sayısı	TİG Standartlarına ve Klinik Kodlamaya Uygun Dosya Sayısı	TİG Standartlarına ve Klinik Kodlamaya Uygun Dosya Oranı
Genel Cerrahi			
Dahiliye			
Plastik Cerrahi			
.....			
.....			
Toplam Sayı/Ortalama			

**Bu tablo 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.*

Gözlemciler sağlık tesisinde 3'er aylık periyodlarla yukarıdaki şekilde analizlerin yapılması gerektiğini değerlendirmelidir.

Klinikler/servislerde aylık taburcu olan hasta sayısı ve TİG veri sistemine kaydedilen hasta sayıları takip edilmelidir. Bu analizler en az aşağıdaki tabloda yer alan verileri içeren “Yönetici Takip Ekranı” ile yönetim tarafından takip edilmelidir.

TİG Hasta Dosya Sayıları Yönetici Takip Ekranı									
	OCAK			ŞUBAT			MART		
Klinikler	Taburcu Olan Hasta Sayısı	TİG Veri Sistemine Kaydedilen Hasta Sayısı	Oran	Taburcu Olan Hasta Sayısı	TİG Veri Sistemine Kaydedilen Hasta Sayısı	Oran	Taburcu Olan Hasta Sayısı	TİG Veri Sistemine Kaydedilen Hasta Sayısı	Oran
Genel Cerrahi									
Dahiliye									
Plastik Cerrahi									
.....									
.....									
Toplam Sayı/Ortalama									

Gözlemciler yukarıdaki tabloya göre hasta dosya sayılarının analizinin yapılması gerektiğini değerlendirmelidir.

Sağlık tesisi yönetimi tarafından yapılan analizler değerlendirilerek, gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Gözlemciler;

“TİG Birimine Gelen Dosyaların Uygunluk Analizi Tablosu” nda TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun dosya oranı düşük olan ve “TİG Hasta Dosya Sayıları Takip Tablosu”nda TİG veri sistemine kaydedilen hasta oranı %90’ın altında olan klinikler/servisler için sağlık tesisi yönetiminin yaptığı iyileştirme faaliyetlerini değerlendirmelidir.

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

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

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Madde 24:Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri, diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

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

SIRA : 71

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.18.1. Mesai ve nöbet takip sistemi SBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.

1.GD.18.2. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

SORU: Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu? (Sağlık turizmi kapsamında bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

SIRA : 72

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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

1.GD.19.4. “Yabancı Hasta Takip Sistemi”ne aylık olarak veri kayıtları girişi yapılmalıdır.

1.GD.19.5. Sağlık tesisinde sağlık turizmine yönelik yabancı dilde web sitesi hazırlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde uluslararası sağlık turistinin kabul, kayıt, teşhis, tedavi, faturalandırma, taburculuk, tercümanlık ve aracı kuruluşlarla ilgili iş ve işlemlerin koordinasyonu ile görevli uluslararası sağlık turizmi birimi oluşturulmalıdır. Uluslararası sağlık turizmi biriminde, sorumlu dâhil yabancı dil bilen en az 2 personel istihdam edilmeli ve yabancı dilin birisi İngilizce olmalıdır. Uluslararası sağlık turizmi biriminde bir tabip/uzman tabip uluslararası sağlık turizmi birim sorumlusu olarak görevlendirilir ve Müdürlüğe bildirilir. Uluslararası sağlık turisti potansiyeline göre, uluslararası sağlık turizmi birimi sorumlu yardımcısı olarak da bir sağlık meslek mensubu görevlendirilebilir. Sağlık tesisinin ve aracı kuruluşun uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi, sağlık tesisinde sağlık turizmine yönelik, fiyatlandırma oranı, SBYS’de tanımlama, muhasebeleştirme gibi iş ve işlemlerin yapılabilmesi için gerekli altyapının oluşturulup oluşturulmadığı gözlemciler tarafından incelenmelidir. Sağlık turizmi kapsamında bulunan hastaların kişisel sağlık veri kayıtlarının aylık olarak “Yabancı Hasta Takip Sistemi” ne girişleri yapılmalı ve sağlık turizmine yönelik yabancı dilde web sitesinin olup olmadığı değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinin internet sitesinde sağlık turizmi kapsamında sunulacak hizmetlere ilişkin bilgiler ve detaylı ulaşım bilgileri son güncelleme tarihi belirtilerek yayınlanmalıdır.

KAYNAK:

ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ VE TURİSTİN SAĞLIĞI HAKKINDA YÖNETMELİK
Madde - 6 (1) “Uluslararası Sağlık Turizmi Birimi: Uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisinde, uluslararası sağlık turistinin kabul, kayıt, teşhis, tedavi, faturalandırma, taburculuk, tercümanlık ve aracı kuruluşlarla ilgili iş ve işlemlerin koordinasyonu ile görevli uluslararası sağlık turizmi birimi oluşturulur.”

Madde - 6 (3) Uluslararası sağlık turizmi biriminde, sorumlu dâhil yabancı dil bilen en az 2 personel istihdam edilir. Yabancı dilin birisinin İngilizce olması zorunludur.

Madde - 6(2) Uluslararası sağlık turizmi biriminde bir tabip/uzman tabip uluslararası sağlık turizmi birimi sorumlusu olarak görevlendirilir ve Müdürlüğe bildirilir. Uluslararası sağlık turisti potansiyeline göre, uluslararası sağlık turizmi birimi sorumlu yardımcısı olarak bir sağlık meslek mensubu görevlendirilebilir.

2. Bölüm

MADDE 5 – (1) Uluslararası sağlık turizmi kapsamında faaliyette bulunabilmek için; sağlık tesisinin ve aracı kuruluşun uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi alması zorunludur. Yetki belgesi almayanların uluslararası sağlık turizmi faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur.

Madde 5- (5) Uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisi tarafından, bu Yönetmelik kapsamında sağlık hizmeti verilen kişilerin Bakanlıkça oluşturulan web tabanlı sisteme kaydedilmesi zorunludur.

(6) Uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisi tarafından kayıt altına alınan kişisel sağlık verileri, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uygun bir şekilde işlenir ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun bir şekilde merkezi sağlık veri sistemine aktarılır.

MADDE 10 –(2) Uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisleri, Bakanlıkça belirlenen sağlık turizmi fiyat tarifesinde belirlenen usul ve esaslara uymakla yükümlüdür.

Madde - 6 (1) “Uluslararası Sağlık Turizmi Birimi: Uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisinde, uluslararası sağlık turistinin kabul, kayıt, teşhis, tedavi, faturalandırma, taburculuk, tercümanlık ve aracı kuruluşlarla ilgili iş ve işlemlerin koordinasyonu ile görevli uluslararası sağlık turizmi birimi oluşturulur.”

MADDE 14- (2) Uluslararası sağlık turizmi ve turist sağlığı uygulaması sırasında oluşabilecek anlaşmazlıklar ile ilgili şikâyetlerin değerlendirilmesi için gerekli kayıt ve bildirim sistemi Bakanlık tarafından kurulur. Şikâyet usulü ile ilgili olarak yabancılar, uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisi tarafından sağlık hizmet sunumu öncesinde bilgilendirilir.

Bilgilendirme ve tanıtım

MADDE 12.(2) Uluslararası sağlık turizmi kapsamındaki tanıtım faaliyetlerinin aşağıda belirtildiği şekilde yürütülmesi zorunludur:

a) Türkiye sınırları içerisinde talep oluşturacak şekilde ve Türkçe dilinde tanıtım yapılamaz. Tanıtımlar, tanıtım yapılacak ülkelerin dilleri ve/veya İngilizce dilinde yapılabilir.

b) Uluslararası sağlık turizmi sağlık tesisi ile uluslararası sağlık turizmi aracı kuruluşları tarafından internet sitelerinde, sağlık turizmi kapsamında sunulacak hizmetlere ilişkin bilgiler ve detaylı ulaşım bilgileri son güncelleme tarihi belirtilerek yayınlanır.

ç) İnternet sitesi ile diğer tanıtım araç ve gereçlerinde sağlık ile ilgili bilgilendirmeler, alanında bilgi ve tecrübeye sahip hukuken yetkili sağlık meslek mensupları tarafından yapılır.

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

SIRA : 73

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.20.1 Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere SBYS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.

1.GD.20.2 e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.

1.GD.20.3 Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

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 Sağlık Bilgi Yönetim Sistemlerine (SBYS) 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 SBYS üzerinden erişim sağlayabilmelidirler.

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

SIRA : 74

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

AÇIKLAMA:

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

Özellikli Tıbbi İşlemler ve Sayıları Takip Tablosu							
İşlem Kodu	Özellikli İşlemler*	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	....	Toplam
600.930	Kalvarial şekillendirme, total						
604.620	Ross ameliyatı						
604.750	Ebstein anomalisinde triküspid kapak repozisyonu veya						
604.760	Ana pulmoner arter veya dallarında darlık nedeniyle onarım						
604.770	Aort root genişletmesi ile birlikte aort replasmanı, mitral kapak						
604.780	Aort root genişletmesi ile birlikte aort ve mitral kapak replasmanı						
605.120	Komplet atrioventriküler kanal onarımı, prostetik kapak						
...	...						
...	...						

*Tıbbi işlemler yönergesi Ek-3 Özellikli Tıbbi İşlemler Listesinde bulunan işlemlerdir.

SORU: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?

SIRA :75
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 22

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.22.1. Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

Sevk edilen her hasta için SBYS’de;

- Sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için),
- Sevk eden branş,

- Sevk eden hekim,
- Sevk edilen il,
- Sevk edilen hastane,
- Sevk edilen branş,
- Sevk nedeni,
- Sevke neden tanı kodu ve adı,
- Sevk yöntemi bilgileri kayıt altına alınmalıdır.

Sevk Eden Birim: Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler olarak değerlendirilmelidir.

Sevk Nedenleri:

- 1) Hastanede Özellikli Biriminin Olmaması: Diyaliz Merkezi, Kemoterapi merkezi, El Cerrahisi Birimi, Nükleer Tıp Merkezi, Yanık Ünitesi/Merkezi, Kemik iliği ve Organ nakli, Onkoloji Merkezi, KVC Merkezi, Patoloji ve Diğer Laboratuvar vb. birimlerin olmaması nedeniyle yapılan sevkler.
- 2) Hastanede Testin (Laboratuvar tetkiki) Yapılmaması: Hastanede ilgili testin yapılamaması nedeniyle sevkler.
- 3) Hekimin İzinli/Raporlu/ Geçici Görevde Olması: İlgili branş uzmanının hastanede aktif çalışıyor olmasına rağmen ilgili zamanda izinli/raporlu olması nedeniyle sevkler. İlgili branş hekimin geçici görevle başka sağlık tesisinde çalışıyor olması durumunda da bu alan seçilmelidir.
- 4) İlgili Branş Hekiminin Bulunmaması: Hastanede ilgili branş uzmanının bulunmaması.
- 5) Hastanede Görüntüleme/Diğer Cihazların Bulunmaması: Hastanede ilgili görüntüleme cihazının(USG, BT, MR, EMG, EEG, ERCP, ESWT, ENDOSKOPI, vb.)bulunmaması nedeniyle sevkler.
- 6)Yoğun Bakım Yatak Doluluğu: İlgili yoğun bakım ünitesinin doluluğu nedeniyle sevkler.
- 7)Klinik Yatak Doluluğu: İlgili klinik (yataklı servis) doluluğu nedeniyle sevkler. Yanık Ünitesi gibi özellikli birimler nedeniyle sevkler bu alana kaydedilmemelidir.
- 8) Diyaliz, Kemoterapi vb. özellikli Birimin Doluluğu: Diyaliz Merkezi, Kemoterapi Merkezi, El Cerrahisi Birimi, Nükleer Tıp Merkezi, Yanık Ünitesi/Merkezi, Kemik iliği ve Organ nakli, Onkoloji Merkezi, KVC Merkezi vb. birimlerin hastanede yer almasına rağmen kapasite doluluğu nedeniyle sevkler.
- 9)İlgili Yoğun Bakımın Bulunmaması: İlgili yoğun bakım ünitesinin hastane bünyesinde yer almaması nedeniyle sevkler.
- 10)İlgili Kliniğin Bulunmaması: İlgili kliniğin bulunmaması nedeniyle sevkler. Yanık Ünitesi gibi özellikli birimlerin bulunmaması nedeniyle yapılan sevkler bu alana kaydedilmemelidir.
- 11)Takipli Hasta: İlgili hastanın ilgili sağlık tesisinde takipli / kontrol hastası olması nedeniyle sevkler.

12) Diğer: Yukarıda yer alan sevk nedenleri dışında kalan durumlarda bu seçenek altında değerlendirilmelidir.

Sevk Yöntemi: Sevk edilen hastanın sevk edildiği sağlık tesisine hangi yöntemle ulaştığını ifade eder.

- Kara Ambulansı
- Hava Ambulansı
- Kendi İmkanları ile

Sevke Neden Tanı Kodu ve Açıklaması: Sevk edilen hastanın hangi hastalık nedeniyle sevk edildiğini ifade eden ICD-10 tanı kodu ve adı da veri tablosunda yer almalıdır.

Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Yönetici takip ekranında en az aşağıda tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde oluşturulmalıdır.

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

* Sevk Sayısı : Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden yapılan resmi sevk sayısı.

İl İçi Sevk Sayısı: Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden il içine yapmış olduğu resmi sevk sayısı.

İl Dışı Sevk Sayısı: Sağlık tesisinin ilgili bölümlerinden il dışına yapmış olduğu resmi sevk sayısı.

Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): İlgili Bölümden Yapılan Toplam Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

Muayene Başına İl Dışı Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): İlgili Bölümden Yapılan Toplam İl Dışı Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

Muayene Başına İl İçi Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): İlgili Bölümden Yapılan Toplam İl İçi Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

Toplam Sevk İçindeki İl Dışı Sevk Oranı (%): Toplam İl Dışı Sevk Sayısı X 100 / Toplam Sevk Sayısı

En Fazla Sevk Edilen İlk 5 Neden Yönetici Takip Ekranı

YIL:.....			AY:.....		
İL İÇİ			İL DIŞI		
Sıra No	Sevk Nedeni	Vaka Sayısı	Sıra No	Sevk Nedeni	Vaka Sayısı
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		

En Fazla Sevk Edilen İlk 5 Tanı Yönetici Takip Ekranı

YIL:.....				AY:.....			
İL İÇİ				İL DIŞI			
Sıra No	Tanı Kodu *	Tanı Adı	Vaka Sayısı	Sıra No	Tanı Kodu *	Tanı Adı	Vaka Sayısı
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			

**ICD-10 ana konu ve tanı adı yazılacak, ilgili koda ait alt kırılım bu tabloda belirtilmeyecektir.*

Gözlemciler tarafından yukarıda belirtilen 3 adet “Yönetici Takip Ekranı”nın SBYS’de oluşturulup oluşturulmadığı değerlendirilmelidir.

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

SIRA : 76
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 23

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.GD.23.1. Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi hekim ve branş/klinik bazında aylık olarak SBYS’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(Acilde 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						
GENEL KLİNİK ORTALAMA (A+B+.. Klinik Ortalaması)						

**İlgili hekim, brans/klinik için ayaktan başvurularda(acil serviste 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;

- ✓ SBYS’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 yukarıdaki koşulları sağlamıyor ise gözlemciler tarafından olumsuz değerlendirilmelidir .

ECZACILIK HİZMETLERİ

SORU: Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?

SIRA : 77
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.1.1 Sağlık tesisi eczanesinde aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde aktif çalışan ve nöbet engeli bulunmayan eczacı sayısı 4 veya daha fazla ise eczacılar nöbet tutmalıdır. Nöbet şekline sağlık tesisinin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak baştabip tarafından karar verilir.

KAYNAK:

13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMİ GAZETED E YAYIMLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

MADDE 45 : Eczacı nöbetleri: Baş eczacı dâhil bilfiil eczanede görevli dört eczacı bulunan kurumlarda eczacı nöbeti tutturulur. Beş ve daha fazla eczacı bulunan kurumlarda baş eczacı nöbete girmez. Kurumun iş hacmine, acil vak'a durumuna ve eczacı adedine göre kaç eczacının nöbete kalacağına baştabip karar verir.

MADDE 38 (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.) : Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

SORU: Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 78
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.2.1 Sağlık tesisi envanteri dahilinde bölünebilir ve ezilebilir ilaç listesi oluşturulmalıdır. Bölünme veya ezilme sonrası ilaçların stabilite bilgileri, muhafaza koşulları ve özellikle bölünüp ezilemeyen ilaçlara ilişkin bilgi listede yer almalıdır. Sağlık personeli listelere erişimi sağlayabilmelidir.

1.EH.2.2 Tabletlerde doz ayarlamasının yapılması veya yutulamayan tabletlerin toz haline getirilmesi için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet kesme ve ezme aparatları bulundurulmalı ve kullanılmalıdır. Aparatların temizlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.

AÇIKLAMA:

Eczacılar tarafından hastane envanterinde yer alan katı oral dozaj formları hakkında bölünebilir ve ezilebilir sınıflandırması yapılarak listesi oluşturulmalıdır. Bölünme veya ezilme sonrası ilaçların stabilite bilgileri, muhafaza koşulları ve özellikle bölünüp ezilemeyen ilaçlara ilişkin bilgi listede yer almalıdır. Bölünme veya ezilme sonrasında kullanılmadan kalan dozu saklanamayacak olan ilaçlar için gerekli uyarı yapılmalıdır.

Doz ayarlamasının tam yapılması amacıyla (yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletler için tablet kesme aparatı bulunması gerekmektedir. Kullanılmadan kalan tablet kısımları saklama koşullarına uygun olarak saklanmalı, bölündükten sonra stabilite sorunu olan (neme duyarlılık vb.) tabletlerin imhası uygun şekilde yapılmalıdır.

Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı bulunması gerekmektedir.

Hastanede bulunan katı oral dozaj formları için hazırlanan bölünebilir ve ezilebilir ilaç listeleri kontrol edilir ve güncel olup olmadıklarına bakılır. Bölünebilme ve ezilebilme konusunda hata yapılan, hatalı uygulama yapılma ihtimali yüksek olan, hatalı uygulama yapıldığında hasta sağlığında ciddi tehlikelere neden olabilen katı oral dozaj formları için hazırlanan bölünemeyen ve/veya ezilemeyen ilaç listeleri kontrol edilir. İlgili listelerin güncelliği sağlık tesisinde kullanılan ilaçlar ile karşılaştırma yapılması suretiyle kontrol edilir.

İlgili birimlerde aparatların temizliği kontrol edilmeli ve temizleme kuralları incelenmelidir.

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.

SORU: Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hastalara ilaç kullanımı konusunda bilgi veriliyor mu?

SIRA : 79

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.3.1 Yatan hastalara eczacı tarafından özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.

1.EH.3.2 Eczacılar tarafından servislerde ilaç tedavisi izlem ve değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

1.EH.3.3 Eczacı tarafından kemoterapi ilaç tedavisi alan hasta ve hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme ve ilaç danışmanlığı hizmeti verilmelidir.

1.EH.3.4 Sağlık ile ilgili önemli gün ve haftalarda (Diyabet Günü, Ulusal Kanser Haftası, Dünya Astım Günü, vb.) hastane içerisinde hasta ve hasta yakınlarının ulaşabileceği yerlerde o güne özel belirlenen konuyla ilgili eczacı tarafından ilaç danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

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 kullanımı optimize edilecek ve ilaç maliyetleri azaltılacak” maddesi kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

Yatan hastalara, hasta uyuncunun artırılması ve istenilen tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla özel kullanımı olan uygulama aparatları hakkında eczacı tarafından mesai saatleri içerisinde bilgi verilmelidir.

Servislerde öncelikle riskli hasta grupları belirlenerek eczacılar tarafından polifarmasi yönetimi, ilaç tedavisi izlem ve değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. Bu faaliyetler ve faaliyetlere ilişkin kayıtlar kontrol edilir.

Sağlık tesisinde gününbirlik ve ayaktan kemoterapi ilaç tedavisi alan hastalara veya hasta yakınlarına tedavi alanlarında veya yakın bir alanda tedavi süreçleri, ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri, tedavi süresince dikkat edilecek hususlar vb. konularda bilgilendirme ve ilaç danışmanlığı hizmeti verilmelidir. . Bu süreç hekimin hastayı danışmanlık hizmeti almak üzere eczacıya yönlendirmesi şeklinde yürütülür. Yapılacak bilgilendirmeler hekim ve eczacı tarafından daha önce mutabakata varılarak belirlenir. Hastanın tedavi kalitesini artırmak üzere multidisipliner çalışma önem arz etmektedir.

Sağlık ile ilgili önemli gün ve haftalarda (Diyabet Günü, Ulusal Kanser Haftası, Dünya Astım Günü, vb.) hastane içerisinde hasta ve hasta yakınlarının ulaşabileceği yerlerde o güne özel belirlenen konuyla ilgili eczacı tarafından ilaç danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerine ilişkin kayıtlar incelenir.

Verilen ilaç danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitimin hasta ve hasta yakınları tarafından daha kolay anlaşılabilir olması için görsel eğitim öğeleri kullanılmalı ve geri bildirim yoluyla verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığı teyit edilmelidir.

Verilen ilaç danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitimlerin kayıtları tutulmalıdır. Kayıtlarda eğitimi veren eczacının adı, hasta adı soyadı (yatan hastalar için), hastanın protokol numarası (yatan hastalar için), tarih, eğitim verilen konu vb. bilgiler yer almalıdır. Kayıtlar ve görsel ilaç danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitim öğeleri kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYIMLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

B – Servis Hizmetleri :

Madde 13 – Servis hizmetleri uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi branşla ilgili diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi

hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmeyi amaçlar. Bu ekibe kimlerin dahil edileceği dalın özelliğine göre ilgili şef veya uzmanın teklifi, baştabibin tasvibiyle saptanır.

12/4/2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK

Eczacının görev ve yetkileri

MADDE 6 – (1) Eczacının görev ve yetkileri aşağıda belirtilmiştir.

a) Hastalıkların teşhis ve tedavisi ile hastalıklardan korunmada kullanılan tabii ve sentetik kaynaklı ilaç hammaddelerinin elde edilmesini ve bu hammaddelerden değişik farmasötik tipte ilaçların hazırlanmasını ve hastaya sunulmasını sağlar.

c) İlacın farmakolojik etkisinin devamlılığı ile emniyeti, etkililiği ve maliyeti bakımından gözetimini sağlar.

ç) İlaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğini sağlar.

d) İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.

Eczacının sorumlulukları

MADDE 7 – (1) Eczacının sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Hastanın ilaçlarını, ilaçların uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.

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

ç) Reçeteye tâbi olmayan ilaçların ve sağlığa ilişkin tüm ürünlerin hastanın gereksinimlerine uygun, güvenli ve akılcı bir şekilde tedarikini sağlar ve bu konuda danışmanlık hizmeti verir.

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.

e) İlgili mevzuat çerçevesinde geçerli mesleki ve etik davranışları sergiler. Hastanın veya faydalanıcının özel yaşam ve mahremiyetini korur. Akılcı ilaç kullanımını sağlayarak bireyin sağlıklı olma hâlini ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışır.

SORU: Soğuk zincire tabi olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Soğuk Zincire Tabi İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Yönetim Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 80

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.4.1 Sağlık tesisi envanteri dahilinde soğuk zincire tabi ilaç listesi oluşturulmalı ve liste envantere yeni eklenen ilaçlar doğrultusunda güncellenmelidir. Sağlık personeli listelere erişimi sağlayabilmelidir.

1.EH.4.2 Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte ilaçların soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.

1.EH.4.3 Soğuk zincire tabi ilaçlar; hastane eczanesinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında gerçek zamanlı uyarı veren (sesli, görsel ve mesaj yoluyla) dijital dereceler/sistemler gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital veri aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir.

1.EH.4.4 Soğuk zincire tabi ilaçlar; sağlık tesisi içinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda transfer edilmelidir. Soğuk zincire tabi ilaçların transferi sırasında, uyarı veren dijital derece/indikatörlü etiket gibi teknolojiler kullanılmalıdır.

1.EH.4.5 Sağlık tesisinin stok fazlası, ihtiyaç fazlası olarak gönderdiği veya kabul ettiği soğuk zincire tabi ilaçların transferi, soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital derece gibi teknolojilerle yapılmalıdır.

1.EH.4.6 Sağlık tesisleri arasında soğuk zincire tabi ilaç transferi kargo firması aracılığı ile gerçekleştiriliyorsa firma kaynaklı soğuk zincirin kırılması durumunda kamu zararının oluşmaması için, kargo firması ile yapılacak anlaşmada zararın firmaya rücu edileceği belirtilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-32 - Soğuk zincir uygulamalarına ilişkin tüm süreçleri kapsayacak şekilde düzenleme yapılacak” maddesi kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Soğuk Zincir İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Yönetim Talimatı” na uygun olarak yönetilmelidir.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarından erişim sağlanabilmelidir. İşlemlerin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisinde bulunan soğuk zincire tabi ilaçların listelerine bakılmalı ve listelerin güncelliği kontrol edilmelidir. Bu listedeki soğuk zincire tabi ilaçlardan 3 tanesi örneklem usulü ile seçilip mevcut depolama alanlarındaki durumu incelenerek muhafazasının uygunluğu kontrol edilmelidir. Laboratuvarında bulunan kitlerin uygun şartlarda muhafaza edilip edilmediği kontrol edilmelidir.

Eczanede soğuk zincire tabi ilaçların muhafaza edildiği soğuk odanın ve medikal dolapların sıcaklığının; gerçek zamanlı olarak uyarı veren (görsel, işitsel ve mesaj) ve veri aktarımı sağlanabilen dijital dereceler/sistemler ile takip edilip edilmediği sorgulanmalıdır. Kullanılan dijital derece/sistemlerin kalibrasyonlarının yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.

Tedarikçi firma tarafından; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi olan ilaçların sevkiyatı sırasında, mal kabulünde ve medikal depo personeli teslim alıncaya kadar olan süreçte soğuk zincirin kırılıp kırılmadığını gösteren indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerin kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmeli, söz konusu süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını gösteren belgeler incelenmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar bulunmuyor ise bu sorulardan MUAF tutulacaktır.

Dijital dereceler/sistemler gibi teknolojiler ile belirli periyotlarla alınan ve elektronik olarak arşivlenen raporlar incelenmelidir.

Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaçların gönderimi veya başka sağlık tesisinden soğuk zincire tabi ilaçların alımı uygun muhafaza kaplarında soğuk zincir indikatörlü etiketi veya dijital dereceler gibi teknolojilerle yapılmalıdır. Sağlık tesisinin soğuk zincire tabi ilaç alım/gönderimi yapıp yapmadığı MKYS'den kontrol edilmelidir. Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaç alım/gönderimi yapılmıyor ise bu sorudan MUAF tutulacaktır.

Kargo firması aracılığıyla yapılan ilaç gönderimi veya alımı sırasında firmadan kaynaklanan sebeplerden dolayı soğuk zincirde kırılma gerçekleşirse; zararın kargo firmasına rücu edileceği maddesi firma ile yapılan anlaşmada sorgulanmalıdır. Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaç alım/gönderimi yapılmıyor ise bu sorudan MUAF tutulacaktır.

KAYNAK:

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 ilaçlar 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 ulaşmaya kadar uyulmalıdır.

24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar 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: İlaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun olarak gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 81
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.5.1 Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

1.EH.5.2 Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

1.EH.5.3 İlaç hazırlama ve uygulama sürecinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “İlaç Geçimsizliği Talimatına” uygun hareket edilmelidir.

1.EH.5.4 Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun yapılmalıdır.

1.EH.5.5 Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

1.EH.5.6 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, SBYS eczane modülünde servis, birim bazlı ve toplam olarak görülmeli, SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.EH.5.7 Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimata” uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Onkoloji Hastaneleri ve belirtilen branşlarda hizmet veren ek binalarda değerlendirilir.)

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 SBYS 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**
Acil Servis	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	-	-	-	(İlgili Birimin Toplam İmha Edilen Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Doğum Salonu						
Anestezi Deposu						
Çocuk Servisi						
Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi						
TPN Solüsyonu Dolum Ünitesi						
Aseptik İlaç Hazırlama Ünitesi						
Diğer						
Toplam						Toplam Tutar

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

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**
Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi	2	-	-	-	-	254,69
	Trastuzumab 150 mg Flakon	-	-	35	mg	248,96
		Örnek-1 150 mg	Flakon	10	mg	71,13
		Örnek-2 150 mg	Flakon	25	mg	177,83
	Sisplatin 10 mg 20 ml IV Flakon	-	-	5	mg	5,73
		Örnek-3 10 mg 20 ml IV Flakon	Flakon	5	mg	5,73

* 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.

Birim ve servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.

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.

SORU: Eczacı İnsan Kaynağı Platformuna veri girişi yapıyor mu?

SIRA : 82
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.6.1 Sağlık tesisinde görev yapan tüm eczacıların verileri Eczacı İnsan Kaynağı Platformu'na girilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerindeki bulunan tüm eczacılar <https://sbu2.saglik.gov.tr/hey/> platform üzerinden veri girişlerini yapmalıdır. Sağlık tesisinde kadrosu bulunan eczacıların platforma veri girişleri incelenir.

KAYNAK:

20.12.2016 tarih ve 35713895 barkod numaralı Eczacı İnsan Kaynağı Çalışması konulu genel yazı.

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 : 83
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.7.1 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, ilaç-besin 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,
- *Pediatrik güvenli ilaç uygulamaları,
- *Gebelik ve laktasyonda ilaç uygulamaları,
- *Geriatride güvenli ilaç uygulamaları,
- *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.),
- *Nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri,
- *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları,
- *Akılcı antibiyotik kullanımı.

1.EH.7.2 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.

1.EH.7.3 Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği 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. Gebelik ve laktasyonda ilaç uygulamaları, pediatrik güvenli ilaç uygulamaları, geriatride güvenli ilaç uygulamaları, nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri konularında eğitimler hastane özelliklerine istinaden kontrol edilir.

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 Bulundurul an 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: SBYS' de ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?

SIRA : 84
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.EH.8.1 İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir.

1.EH.8.2 İlaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir.

1.EH.8.3 Albümin kullanım ikazları SBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.

1.EH.8.4 Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre hastaya uygulanabilmesi için rapor gerektiren ilaçların ve rapor türünün (tek hekim raporu, sağlık raporu vs.) listesi oluşturulmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir.

1.EH.8.5 Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nütrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir.

1.EH.8.6 Gebelik ve emzirme döneminde kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp SBYS'ye entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.

1.EH.8.7 Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar SBYS eczane modülünde görülmelidir.

1.EH.8.8 Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve SBYS' ye entegre edilmelidir.

1.EH.8.9 Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için SBYS uyarı vermelidir.

1.EH.8.10 Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.EH.8.11 Özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.EH.8.12 SBYS eczane modülünde hastane eczanesinden servise çıkılan ilaç/tıbbi sarf malzemeleri için hekim bazlı sınıflandırma yapılarak rapor alınabilmelidir.

1.EH.8.13 İlaçların günlük kullanılabilecek maksimum dozları sistemde belirlenmeli ve doz aşımı olması durumunda onay ekranında eczacıya uyarı vermelidir.

1.EH.8.14 SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin hastane/servis/özellikli birimler için günlere/aylara göre; order sayısı, etken madde bazlı order ortalama ilaç sayısı, etken madde bazlı ilaç order edilme oranı, vb. bilgiler görülebilmeli ve tüketim bilgilerine göre servis/özellikli birimler karşılaştırılabilmelidir.

1.EH.8.15 SBYS'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Medikal depo/eczaneden yapılan toplu istemlerde belirlenen 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzeme miktarı doğrultusunda istem karşılama modülünde yönlendirme yaparak uyarı vermelidir.

1.EH.8.16 Son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

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 kullanımı optimize edilecek ve ilaç maliyetleri azaltılacak”, “TGAP-P2-3-12 - İlaçların SGK SUT hükümlerine uygun olarak kullanımı sağlanacak”, “TGAP-P2-3-2 - Kullanım Değerlendirme Komisyonları kurulacak ve aynı endikasyon için hekimler tarafından oluşturulan ilaç tedavi maliyetleri karşılaştırılacak ve gereksiz/yetersiz kullanımların önüne geçilecek”, “TGAP-P2-3-11 - İlaç matriklarının 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.

Sağlık tesisi envanteri dahilinde ilaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmış ve SBYS'ye entegre edilmiş olmalıdır.

Hekim order düzenleme, eczacı order karşılama ve hemşire ilaç uygulama ekranlarında SBYS'ye entegre edilmiş olan tablolar ışığında order içeriğine göre etkileşim uyarısı bulunmalıdır.

İlaç-besin etkileşimleri tablosu hazırlanmış ve SBYS'ye entegre edilmiş olmalıdır. Eczacı order karşılama ve hemşire ilaç uygulama ekranlarında SBYS'ye entegre edilmiş olan tablolar doğrultusunda etkileşim uyarısı oluşturmalıdır.

Albümin kullanımına ilişkin algoritma düzenlenmiş olmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir. Hekim order düzenleme ekranında hekim tarafından albümin kullanımı öngörüldüğünde ilgili algoritma doğrultusunda kullanım sağlanmalı, order karşılama ekranında ilgili hastanın laboratuvar parametrelerini eczacının görebilmesi gerekmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre hastaya uygulanabilmesi için rapor gerektiren ilaçların ve rapor türünün (tek hekim raporu, sağlık raporu vs.) listesi oluşturulmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir. Listede yer alan ilaçları içeren istem eczane modülünde karşılanırken eczacıya konuya ilişkin uyarı vermeli ve eczacı aynı ekrandan hastaya ilişkin ilgili raporu görüntüleyebilmelidir.

Klinik Nutrisyon Komitesi tarafından nutrisyon destek tedavisinin optimal şekilde uygulanabilmesi için algoritma oluşturulmalıdır. Algoritmada şu basamaklar yer almalıdır: Hastanın hastaneye başvurduğu andan itibaren (poliklinik, acil servis, evde bakım hizmetleri ve yatan hasta) malnutrisyon riskinin belirlenmesi için tarama testi (Erişkin hastalar için NRS 2002, Geriatrik hastalar için MNA; Pediatrik hastalar için Gomez veya Waterlow tarama testleri) ve nutrisyon destek tedavisine ihtiyacı olduğu saptanan hastalar için uygun kalori hesaplama formülleri (Harris-Benedict, Schofield vb. formüller) SBYS'ye entegre edilmiş olmalı, ilgili hekim veya diyetisyen tarafından gerekli nutrisyonel değerlendirmenin yapılması sağlanmalıdır.

Hastanede yatış süresi boyunca özellikle cerrahi, onkoloji, nöroloji ve yoğun bakım hastalarında iyatrojenik malnütrisyon ihtimaline karşın ve hastaların değişebilen kalori ve protein gereksinimleri nedeniyle haftada bir kez SBYS’de tarama testi tekrarı konusunda hekim order ekranında uyarı mesajı vermelidir. Kalori ve protein ihtiyacının belirlenmesinden sonra uygulama yolu ve kullanılacak solüsyon ile farmakonütrientlerin seçimi hakkında SBYS’de yönlendirme yer almalıdır. İhtiyaç duyulduğu takdirde klinik nütrisyon komitesinden ve nütrisyon destek ekibinden konsültasyon istenebilmelidir.

Gebelik ve emzirme döneminde kullanılmaması gereken ilaçlar listesi hazırlanıp SBYS'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır. Uyarı sistemi risk grubuna dahil hastalarda etkin olmalıdır. Gereksiz uyarılar ile hekimlerde uyarı yorgunluğu oluşturulmamalıdır.

Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar (kullanmaya devam edeceği ilaçlar) ve yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar serviste ilgili personel tarafından sisteme girilmeli, eczacının ilaç etkileşimlerini kontrol edebilmesi için SBYS eczane modülünde görülmelidir.

Dar terapötik aralıklı ilaçların kan konsantrasyonlarının izlenmesi ve yorumlanması ile optimum etkinlik oluşturmak ve olası toksik etkiyi önlemek amacıyla Sağlık tesisinde kullanılan dar terapötik aralıklı ilaçlar belirlenip, dar terapötik aralıklı ilaç listesi yapılmalı ve liste SBYS entegre edilmelidir. İlaç kan konsantrasyonlarının takip edilebilmesi için laboratuvar bulgularının SBYS ekranının eczane modülünde görülmesi gerekmektedir.

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miatları SBYS’ye doğru girilmeli ve kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için SBYS eczane modülünde uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için medikal depo ve özellikli birimlerde (acil servis, yoğun bakım, 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)	-
İlaç Depo				
Acil Servis				
Yoğun Bakım-1 Servisi				
Yoğun Bakım-2 Servisi				
Ameliyathane				
Kadın Doğum Salonu				
Diyaliz				
Görüntüleme Deposu				
Anestezi Deposu				
Diğer				
Toplam	-	Toplam Miktar	Toplam Tutar	-

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

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 Flakon	50	225	11.09.2019
Acil Servis	-	...	...	-
	Örnek-3 ...	...	...	...

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)	-
Acil Servis				
Yoğun Bakım-1 Servisi				
Yoğun Bakım-2 Servisi				
Ameliyathane				
Kadın Doğum Salonu				
Diyaliz				
Görüntüleme Deposu				
Anestezi Deposu				
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.

Bu işleyişlerin uygun şekilde yapılıp, yapılmadığı kontrol edilmelidir. Sistem üzerinden bahsi geçen ilaçlardan oluşan order yolu ile uyarı ve engellemeler kontrol edilmelidir.

SBYS hekim bazlı ilaç ve tıbbi sarf malzeme tüketim analiz raporu sunulmalıdır.

SBYS’de ilaçların günlük kullanılabilir maksimum dozları belirlenmeli, hekim tarafından yapılan istemlerde doz aşımı bulunması durumunda sistem uyarı vermelidir. Maksimum dozu belirlenecek ilaçlar seçimi sağlık tesisinin ihtiyaçları doğrultusunda yapılmalı her ilaç için maksimum doz belirlenmesi zorunluluğu yoktur.

SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin hastane/servis/özellikli birimler için günlere/ aylara göre; order sayısı, etken madde bazlı order ortalama ilaç sayısı, etken madde bazlı ilaç order edilme oranı, vb. bilgiler görülebilmeli ve tüketim bilgilerine göre servis/özellikli birimler karşılaştırılabilir.

SBYS’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 (acil servis, yoğun bakım, 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*
Acil Servis	(Jenerik Kalem Sayısı)	-	(İlgili Birimin Toplam İlaç Miktarı)	(İlgili Birimin Toplam İlaç Tutarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Miktarı)	(5 Günlük İlaç Tüketim Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Doğum Salonu						
Diyaliz Deposu						
Görüntüleme Deposu						
Anestezi Deposu						
Servis Eczanesi *						
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*
Acil Servis	2	-	652	347,58	740	391,67
	Parasetamol 500 mg tb	-	525	210	600	240
		Örnek-1 500 mg tb	300	120	-	-
		Örnek-2 500 mg tb	100	38,75	-	-
		Örnek-3 500 mg tb	125	51,25	-	-
	Hiyosin-N-butilbromür	-	127	137,58	140	151,67
		Örnek-4	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*
Acil Servis	-	-	(İlgili Birim Toplam Miktarı)	(İlgili Birim Toplam Tutarı)	(Toplam 5 Günlük Tüketim Miktarı)	(Toplam 5 Günlük Tüketim Tutarı)
Yoğun Bakım-1 Servisi						
Yoğun Bakım-2 Servisi						
Yoğun Bakım-3 Servisi						
Ameliyathane						
Kadın Doğum Salonu						
Diyaliz						
Görüntüleme Deposu						
Anestezi Deposu						
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*
Yoğun Bakım Servisi	-	-	1.180	6.140,62	1380	7.351,3
	İnfüzyon Pompa Seti Tek Yollu	-	500	5.810	600	6.972
		Örnek-1	300	3.486		
		Örnek-2	200	2.324		
		...				
	Nazogastrik Sonda Lateks No 16	-	200	116	230	133,4
		Örnek-3	150	87	-	-
		Örnek-4	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 (acil servis, yoğun bakım, 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
İlaç Depo	-	(İlgili Birime Ait Toplam Miktarı)	(İlgili Birime Ait Toplam Tutar)
Eczane			
Acil Servis			
Yoğun Bakım-1 Servisi			
Yoğun Bakım-2 Servisi			
Yoğun Bakım-3 Servisi			
Ameliyathane			
Kadın Doğum Salonu			
Diyaliz			
Görüntüleme Deposu			
Anestezi Deposu			
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
Acil Servis	-		

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)
Acil Servis			
Yoğun Bakım-1 Servisi			
Yoğun Bakım-2 Servisi			
Yoğun Bakım-3 Servisi			
Ameliyathane			
Kadın Doğum Salonu			
Diyaliz			
Görüntüleme Deposu			
Anestezi Deposu			
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 RESMİ 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: Sitotoksik ilaçlar uygun ortamda hazırlanıyor mu?

SIRA : 85
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.9.1 Antineoplastik ilaçlar eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

1.EH.9.2 Antineoplastik ilaçların hazırlandığı üniteler asgari olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuatlarda belirtilen standartları taşımaktadır.

1.EH.9.3 Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

1.EH.9.4 Antineoplastik ilaçların hazırlanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

1.EH.9.5 Antineoplastik ilaçların uygulanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

1.EH.9.6 Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

1.EH.9.7 Kemoterapi ünitesinde çalışan personel, çalışan güvenliğini tehdit etmeyecek uygun ortamda ve kişisel koruyucu ekipman kullanarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda çalışmalıdır.

1.EH.9.8 Antineoplastik ilaçların atık yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

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” maddesi kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

Antineplastik ilaçların sağlık tesisinde yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuatlar doğrultusunda yapılmalıdır. Kontroller ilgili talimat doğrultusunda yapılmalıdır.

Hastalar için gerçekleştirilen istemler elektronik ortamda SBYS üzerinden sağlanmalıdır.

KAYNAK:

TKHK STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI TARAFINDAN YAYIMLANAN 05.12.2016 TARİH VE 80981279 - 809.99 - E.99-1179 SAYILI "KEMOTERAPİ İLAÇ HAZIRLAMA ÜNİTELERİ" KONUSU YAZI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ ANTİNEOPLASTİK (SİTOTOKSİK) İLAÇLARLA GÜVENLİ ÇALIŞMA REHBERİ KEMOTERAPİ ÜNİTESİ VE KEMOTERAPİ İLAÇLARININ SUNUMUNA İLİŞKİN TALİMAT

SORU: TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapılıyor mu?

SIRA : 86

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.10.1 TPN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

1.EH.10.2 Enteral ve parenteral beslenme ürün listesi hazırlanmalı ve güncel tutulmalıdır.

1.EH.10.3 TPN Dolum ünitesi (compounder) hazırlama bölümü özellikleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

1.EH.10.4 TPN Solüsyonu istemlerin kabulü, hazırlama bölümünde dolumun yapılması ve teslimatı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

1.EH.10.5 TPN Ünitesi mikrobiyolojik kontrolleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

1.EH.10.6 TPN hazırlama sürecinde stabilite ve geçimlilik Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

1.EH.10.7 TPN solüsyonların servis/ünitede saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

1.EH.10.8 TPN Solüsyonu ile ilaç etkileşimleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

1.EH.10.9 Hazırlama bölümünün temizliği temiz oda dolum öncesi dezenfeksiyonu ve temiz oda haftalık dezenfeksiyonu Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

AÇIKLAMA:

TPN dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuatlara uygun olmalıdır.

İşlemlerin talimat doğrultusunda yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Hastalar için gerçekleştirilen istemler elektronik ortamda SBYS üzerinden sağlanmalıdır.

Deneyimli eczacılar tarafından dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden; ayrıca solüsyonla eş zamanlı kullanılacak ilaçlarla etkileşimi ve stabilite açısından değerlendirilmelidir.

Dolum ünitesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimatı" nda yer alan standartları sağlamalıdır.

Hastalar için gerçekleştirilen istemler elektronik ortamda SBYS üzerinden sağlanmalıdır.

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TOTAL PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALAR REHBERİ (2010/44)
TPN ÜNİTESİ VE SOLÜSYONLARINA YÖNELİK TALİMAT

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun yapılıyor mu?

SIRA : 87

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.EH.11.1 SBYS 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 SBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.

1.EH.11.2 Servis ve özellikli birimlerden yapılan ilaç order iadeleri SBYS' de oluşturulacak "Order İade Oranı Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.EH.11.3 Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzeme iade oranları düşürmek için gerekli önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-29 - Hekimlerin tekrarlayan order yapması sebebiyle oluşan ilaç iade durumları önlenecek” maddesi kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

İadeye ilişkin iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatı”na uygun olarak yürütülmelidir. Söz konusu talimatlara servis, eczane ve ilaç deposunda erişilebilmeli ve uygulanmalıdır. İade işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

SBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak ilgili talimat doğrultusunda işlemler yapılarak eczaneye iade edilmelidir.

İade işlemi hasta isteminden iade edilen ilaçların manuel olarak silinmesi şeklinde yapılmamalıdır. Eczaneye gelen iade formlarından örneklem seçilerek, iade edilen ilaçların, SBYS üzerinden hasta orderinde olup, olmadığı kontrol edilir.

24 saat içinde belirtilen sebeplerle kullanılmayan ilaçlar, servis veya birim sorumlusu tarafından eczaneye iade formlarla teslim edilmezse sağlık tesisi yönetimi tarafından gerekli tedbirler alınmalıdır.

Sağlık tesisinde stok kontrolünün etkin yapılabilmesi ve gereksiz iş yükünün önüne geçilmesi amacıyla ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları takip edilir. İade oranları birim ve hekim bazlı eczacı ve yönetici tarafından “Order İade Oranı Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilebilmelidir. Aşağıda yer alan tablodaki asgari başlıklar “Order İade Oranı 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 8. Order İade Oranı Yönetici Takip Ekranı

Order İade Oranı Yönetici Takip Ekranı							
Hekim Adı Soyadı	AY/YIL						
	Order Sayısı	Orderda Yer Alan Toplam İlaç Sayısı	Orderda Yer Alan Ortalama İlaç Sayısı	İlaç İade Edilen Order Sayısı	İade Edilen İlaç Sayısı	Order İade Oranı %	Orderda İade Edilen İlaç Oranı %
X Hekim	100	1200	12	20	180	20	15
Y Hekim							
.... Hekim							
Anestezi Yoğun Bakımı Toplam/Ortalama							
X Hekim							
Z Hekim							
.... Hekim							
Nöroloji Servisi Toplam/Ortalama							
.... Hekim							
.... Hekim							
..... Toplam/Ortalama							
GENEL TOPLAM/ORTALAMA (Anestezi YB+ Nöroloji Servisi +.....)							

SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin her servis/özellikli birim için hekim bazında iade sayısı, iade edilen ilaç sayısı, iade sayısının istem sayısına oranı, bu verilerin ortalaması vb. bilgiler görülebilmeli ve servisler/özellikli birimler arasında karşılaştırma yapılabilirdir.

SBYS'den alınacak ilaç ve tıbbi sarf malzeme iade oranları doğrultusunda iş gücü kaybının engellenmesi ve kamu zararının oluşmasının önlenmesi amacıyla ilgili servis/özellikli birimler belirlenir. Bu servis/özellikli birimlerin iade sebepleri incelenerek iade oranlarının düşürülmesi için gerekli iş ve işlemler ilgili sorumlular ve yöneticiler ile yürütülür. Yapılan işlemlere ilişkin yazılı dokümanlar incelenir.

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

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ :

I – Başeczacının Görev ve Yetkileri :

b) Eczane ile ecza deposunda bulunan bütün ilaçların, alet ve malzemenin iyi bir şekilde muhafazasından ve usulü dairesinde sarf edilmesinden, depoya giren çıkan ilaçların depo memuru tarafından gelir gider defterleri ile depo defterine düzenli olarak işlenmesinden sorumludur. Depo memuru bulunmayan kurumlarda bu hizmeti mevcut eczacılardan birisine; oda yoksa eczacı teknisyeni veya bu işi yapabilecek diğer bir görevliye yaptırır.

S – Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

e) Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç vesair malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya ve bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiği zaman hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybindan sorumludurlar.

İLAÇ VE TIBBİ SARF MALZEME İADE TALİMATI

SORU: Order onaylanması ve hasta bazlı ilaç hazırlama işlemi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına” uygun yapıyor mu?

SIRA : 88

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.EH.12.1 İlaç orderları eczacı tarafından gözden geçirilmeli; değişiklik önerisi varsa hekime SBYS üzerinden geri bildirimde bulunmalı, değişiklik önerisi yoksa onaylamalıdır.

1.EH.12.2 İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.

1.EH.12.3 Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi, servis ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.

1.EH.12.4 Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.

1.EH.12.5 Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa bu kriter muaftır.)

1.EH.12.6 Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “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” maddesi kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

İlaçların eczaneden çıkışının Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Hekim tarafından yapılan order eczacı tarafından değerlendirilerek onaylanmalıdır. Order değerlendirilirken değişiklik önerisi bulunması halinde SBYS order onay ekranından değişiklik önerisi sebebi açıklanarak geri bildirim yapılmalıdır. Hekimin değişiklik önerisi onayı veya reddinden sonra order onaylanmalıdır. Yapılan işleme dair kayıtlara SBYS’den erişim sağlanabilmelidir.

İlaçlar hasta bazında karşılandıktan sonra her hasta için kilitli şeffaf poşet içine konulmak suretiyle ayrı ayrı paketlenmiş olduğu gözlemlenmelidir. Servislerde rastgele seçilen ilaçların hasta bazlı ambalajlarında saklanıp saklanmadığı kontrol edilmelidir. Sağlık tesisleri her iki şartı da sağlamalıdır.

Hasta bazlı ilaç paketlerinin üzerinde yer alan etikette asgari olarak ilgili servisin adı, ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır. (İsmi aynı olan hastalara ilişkin karışıklığı önlenmesi ve doğru hastaya doğru ilacın gittiğinden emin olunması için gerekli tedbirler alınır.) Etiketle yer alan başlıklar ilaç adı, uygulama sıklığı ve dozu, uygulama şekli, özel uyarı işareti (YRİ, soğuk zincir, ışıktan korunma, vb.), son kullanma tarihi, servis ve hasta bilgisi şeklinde genişletilebilir.

İlaç hazırlama alanları; hasta bazlı ilaç paketlerinin hazırlanabileceği karışıklığa sebep olmayacak genişlikte olmalıdır. Servis veya birimlerden gelen sorumlu hemşirenin / hemşirenin ilaçları teslim alacağı alanlar eczanede hasta bazlı ilaç hazırlama alanlarından ayrı olmalıdır.

Sağlık tesisinde majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa bu kriter muaf tutulmalıdır).

İlaçların eczaneden çıkışlarına dair kayıtları kontrol edilir.

Yapılan çıkışa dair düzenlenen belge eczanede ilaçları teslim almaya gelen servis sorumlu hemşiresi tarafından veya sorumlu tarafından görevlendirilen hemşire/sağlık personeli (teknisyen vb.) tarafından imzalanıp, eczaneden teslim alınmalıdır.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:
3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci

3.1.11.Tetkik sonuçlarına göre asıl tedavisi planlanır. Hemşire hekim talimatında yazılan hastanın kullanacağı ilaçların otomasyon sistemi üzerinden eczaneden istemini yapar. Eczacılar tarafından ilaçlar eczanede görevli sağlık personeli tarafından hemşireye imza karşılığı teslim edilir. Hastaya gerekli olan ilaçlar sağlık tesis eczanesinde yok ise sağlık tesisi eczanesi ilaçları dışarıdan temin eder.

13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır. Ancak, ameliyathanede, yoğun bakım ve acil serviste ilaçların birimin aciliyetine binaen yedekli verilmesi gerekebilir.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

SORU: Antienfektif ilaçların tüketim takibi yapılıyor mu?

SIRA : 89

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.EH.13.1 Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci SBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir.)

1.EH.13.2 Sağlık tesisinde ATC 2. Düzey Grubu J01 ve J02 olan ilaçların bölüm bazlı tüketimleri SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

1.EH.13.3 Sağlık tesisinde ATC 2. Düzey Grubu J01 ve J02 olan ilaçların bölüm bazlı tüketimleri Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-3-12 - İlaçların SGK SUT hükümlerine uygun olarak kullanımı sağlanacak” ve “TGAP-P2-3-2 - Kullanım Değerlendirme Komisyonları kurulacak ve aynı endikasyon için hekimler tarafından oluşturulan ilaç tedavi maliyetleri karşılaştırılacak ve gereksiz/yetersiz kullanımların önüne geçilecek” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

EHU onaylı antibiyotikler listelenmeli ve SBYS'ye entegre edilmelidir. İlgili listede yer alan ilaçlar ile ilgili uyarı, ilacı yazan hekim order ekranına geldiğinde, EHU onayı veren hekim ekranına yansıtılmalı, EHU onayı veren hekim SBYS'de onay verildikten sonra eczacı order karşılama ekranına düşmelidir.

Yönetim tarafından sağlık tesisinde J01 ve J02 ATC Grubuna dahil ilaçların bölüm bazlı (ayrı ayrı tüm yoğun bakımlar, servisler, acil servis vb.) tüketimleri aşağıda örnekte belirtilen şekilde SBYS

üzerinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranı ile takip edilmelidir. İlgili ekran eczane modülünde de görülebilmelidir.

Elde edilen sonuçlar (aylık ve yıllık) Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Tablo 9. J01 ve J02 ATC Grubu Antienfektif İlaçların Tüketimi Yönetici Takip Ekranı

J01 ve J02 ATC Grubu Antienfektif İlaçların Tüketimi										
Yönetici Takip Ekranı										
AY/YIL										
Bölüm	J01 Antibakteriyel İlaçlar		J02 Antimikotik İlaçlar		Sağlık Tesisi J01 ve J02 Grubu Toplam Tüketimine Oranı*		Tüm İlaç Tüketimine Oranı**		Günlük Hasta Başına Order Edilen J01 Ve J02 ATC Grubu İlaç Çeşidi ve Miktarı Ortalaması ***	
	Miktar	Tutar	Miktar	Tutar	Miktar	Tutar	Miktar	Tutar	Çeşit	Miktar
Yoğun Bakım - 1										
Yoğun Bakım - 2										
Yoğun Bakım - 3										
Servis										
Acil Servis										
.....										
Hastane Toplamı										

* İlgili bölümde kullanılan J01 ve J02 ATC grubuna dahil olan ilaçların toplamının sağlık tesisinde kullanılan J01 ve J02 ATC grubu ilaçların toplam tüketime oranını ifade eder

** İlgili bölümlerde kullanılan J01 ve J02 ATC grubuna dahil olan ilaçların toplamının sağlık tesisinde kullanılan ilaçların toplam tüketime oranını ifade eder

*** İlgili bölümde J01 ve J02 ATC grubundan ortalama günlük hasta başına order edilen ilaç çeşidi ve miktarı ifade eder.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ 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.

**SORU: Sağlık tesisinde ilaç yönetimi mevzuatlara uygun olarak yapılıyor mu?
(Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)**

SIRA : 90
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.EH.14.1 Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

1.EH.14.2 Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

1.EH.14.3 Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalı ve bu ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

1.EH.14.4 İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

1.EH.14.5 Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçların bildirimi SBYS üzerinden Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

1.EH.14.6 İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi erişim sağlanabilmeli ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

1.EH.14.7 İlaç geçimsizlikleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

1.EH.14.8 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.

1.EH.14.9 İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve SBYS’de görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri

yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

1.EH.14.10 İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

1.EH.14.11 Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

1.EH.14.12 Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

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”, “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.

Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçların bildirimi SBYS üzerinden yapılmalıdır.

Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalem) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket 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.

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 kullanılınca 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 eczaneye, 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 İLAÇLARININ 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 ilaçlar 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 ilaçlar 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 mevzuatlara uygun yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 91

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.EH.15.1 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.

1.EH.15.2 Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve SBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.

1.EH.15.3 Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

1.EH.15.4 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.

1.EH.15.5 Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesisleri bu kriterden muaf tutulacaktır.)

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 SBYS 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 SBYS’de görülen sayı ve miad ile uyumlu olup olmadığı örneklem usulü kontrol edilir.

Sağlık tesisinde revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler incelenmelidir.

Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaf tutulacaktır.

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.

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 düşümünün 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 bildirimini 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.

SORU: Hastane eczanesinden ilgili birimlere (servis, yoğun bakım vb.) gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olacak şekilde muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 92
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.EH.16.1 Hastane eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.

1.EH.16.2 İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Servislerde ilaç hazırlama ve ilaç muhafaza alanları incelenerek; hasta bazlı olarak eczaneden teslim alınan ilaçların servislerde hasta bazlı olarak saklanıp saklanmadığı, tedavi esnasında da hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kapların kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

MEDİKAL DEPO

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

SIRA : 93
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.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 : 94
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 sebebinin 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 : 95
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 yapılıyor mu?

SIRA : 96
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

1.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 kullanarak 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 yapıp 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 (SBYS 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 bildirimini 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.

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

SIRA : 97
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 : 98
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MD.6.1 İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, SBYS sistemine girişi yapılmalıdır. Stok seviyesi, minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde SBYS sistemi uyarı vermelidir.

1.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 ile bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

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

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

SBYS, 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 : 99

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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 edilmedir. 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 : 100

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.MD.8.1 Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

1.MD.8.2 Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

1.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.

1.MD.8.4 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.

Özellikli birimlere (Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb.) 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.

Özellikli birimlerin talebi doğrultusunda (ilgili birimden SBYS üzerinden talep oluşturulmadan çıkış yapılmaz) yapılan toplu çıkışlardaki ilaç ve tıbbi sarf malzeme sayısı SBYS 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 SBYS’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? (ilaç, tıbbi sarf malzemeler vb.)

SIRA : 101
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MD.9.1 Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile SBYS 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, SBYS-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 SBYS’de görülen miktar ve miatlarla karşılaştırılır. Aynı zamanda SBYS’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 : 102
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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

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

1.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 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, 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 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.

(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 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) 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 : 103
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 : 104
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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: İş eksilişi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?

SIRA : 105
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MD.13.1 Sağlık Müdürlüğü stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir. Yükleme yapıldıktan sonra en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.

1.MD.13.2 MKYS/Malzeme Girişleri/ DMO Sağlık Market Alımı işlem türünde girişi yapılan toplam işlem tutarı ile TDMS 320.16 “DMO Sağlık Market Alımlarından Doğan Borçlar” hesap kodunda gerçekleşen işlem tutarı eşit olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla ilgili unsurlar Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) “TGAP-P2-4-21 - Kısa, orta ve uzun vadeli ulusal stok ve güvenlik planının oluşturularak yeni tedarik zinciri ile alakalı gerekli altyapı hazırlanacak”, “TGAP-P2-3-6 - Maliyet avantajı sağlamak amacıyla Tedarik Paylaşım Platformu (TPP) ve tedarik zinciri iyileştirme çalışmaları yürütülecek”, “TGAP-P2-4-5 - Maliyet avantajı sağlamak amacıyla Tedarik Paylaşım Platformu (TPP) ve tedarik zinciri iyileştirme çalışmaları yürütülecek”, “TGAP-P2-3-7 - Sağlık market üzerinden ilaç temini başlatılacak” ve “TGAP-P2-

4-2 - Sağlık Market kapsamında tıbbi sarf malzemelerinin tedariki sağlanacak ve saha çalışması yapılacak” maddeleri kapsamında değerlendirilecektir/takip edilecektir.

İşlemlerin ilgili mevzuatlara uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilir. İl Sağlık Müdürlüğü uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenmelidir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenmelidir. Yükleme takiben en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınmalıdır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.

MKYS/Malzeme Girişleri/ DMO Sağlık Market Alımı işlem türünde girişi yapılan toplam işlem tutarı ile TDMS 320.16 “DMO Sağlık Market Alımlarından Doğan Borçlar” hesap kodunda gerçekleşen işlem tutarı ile eşit olmalıdır.

KAYNAK:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ 2018/18 TEDARİK PAYLAŞIM PLATFORMU GENELGESİ

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI TEDARİK PAYLAŞIM PLATFORMU KILAVUZU

SORU: Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi talimata uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 106

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MD.14.1 Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

1.MD.14.2 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 taşınma 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 rehber ve talimatlarda belirtilen fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 107
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MD.15.1 Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.

1.MD.15.2 Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

1.MD.15.3 Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.

1.MD.15.4 Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.

1.MD.15.5 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 önlemleri 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) SBYS 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 plâni" 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 plâni, 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 sevil 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 : 108

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

1.MD.16.1 Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.

1.MD.16.2 Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.

1.MD.16.3 Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

1.MD.16.4 Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

1.MD.16.5 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- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtımlarını 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 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. 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.

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 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 sıcaklığa, soğuğa, ışığa, neme veya diğer istenmeyen etkilere veya mikroorganizma veya zararlılara veya zararlılara maruz kalmaları önlenmelidir.

SORU: Medikal depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?

SIRA : 109
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MD.17.1 Medikal depolarda/eczanede ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

1.MD.17.2 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.

1.MD.17.3 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.)

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.

KAYNAK:

İlaçlar ve Ecz Deposunda Bulundurulanan 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.

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, imalatçısının 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.

TEKNİK HİZMETLER

Soru: Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 110
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.TH.1.1 Enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.

1.TH.1.2 Günlük kontrollere ait formlar tutulmalıdır.

1.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 TUTANAGI

07.05.1995 tarihli ve 22280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yönetmeliğe göre Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'nın YEDİAŞ Genel Müdürlüğü OSMANGAZİ EDAS ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ'nün 27/05/2015 tarihli ve EPİD-201518065-1398 sayılı yazıları ile OSMANGAZİ EDAS ESKİŞEHİR İL MÜHÜRÜĞÜ'ne aşağıdaki geçici kabul kuru:

Adı Soyadı	Mesleği	Çalıştığı Kuruluş
Başkan : Ergin YEĞİRKAYA	ES. ESK. Müh.	OSMANGAZİ EDAS ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ
Üye : Tutan ÇINAR	Teknisyen	OSMANGAZİ EDAS ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ
Üye : Akın ULURDGA	ES. Müh.	ALKAN ULURDGA MÜH. ELEK. SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Üye : Cemal DÖVRE	İşlet ve Mat. İşlet. Müdürü	DEVLET HASTANESİ

Kabulü Yapılan İşin Niteliği ve Tutarı: Aşağıdaki Çiftler Devlet Hastanesi'ne ait 1 adet 15KVA ve 1 adet 112KVA jeneratör Tesisleri
Tesisin Tutarı: 1 adet 15KVA ve 1 adet 112 KVA jeneratör Tesisleri

Tesisin Projesini Yapan Mühendisin Adı, Soyadı: Akın ULURDGA
Tesisin Projesini Yapan Mühendisin Oda Kayıt No'su: 27387

Projesin Onaylatma Tarihi: 20.03.2015
Projesin Onaylayan Kuruluş: Osmangazi EDAS ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ
Onaylama Tarihi ve Sayısı: 25 Mart 2015 / 60
Tesisin Adresi: Eskişehir Devlet Hastanesi
Tesisin Yapılan Kuruluşun Adı: Eskişehir Devlet Hastanesi
Adresli: Eskişehir Devlet Hastanesi Çiğ. Çiftleri / ESKİŞEHİR
Yükseklik Adı: Akın ULURDGA Müh. Elektrik İş. San. Tic. Ltd. Şti.
Adresli: Eskişehir Devlet Hastanesi Çiğ. Çiftleri / ESKİŞEHİR
Kısa Adresli: 101.201.22 TL
Elektrik Üretimi: Kağıt Ek veya Başka Bir Şekilde (Nispetan)
Nispetan Üretimi: Tesisin Niteliği Tarih: Mart 2015
Ekim ve Çiftlerin Nispetan Tutarına Göre Nispetan:

Tutarın Niteliği ve Tutarı: Aşağıdaki Çiftler Devlet Hastanesi'ne ait 1 adet 15KVA ve 1 adet 112KVA jeneratör Tesisleri
Tesisin Tutarı: 1 adet 15KVA ve 1 adet 112 KVA jeneratör Tesisleri

Tesisin Projesini Yapan Mühendisin Adı, Soyadı: Akın ULURDGA
Tesisin Projesini Yapan Mühendisin Oda Kayıt No'su: 27387

Projesin Onaylatma Tarihi: 20.03.2015
Projesin Onaylayan Kuruluş: Osmangazi EDAS ESKİŞEHİR İL MÜDÜRLÜĞÜ
Onaylama Tarihi ve Sayısı: 25 Mart 2015 / 60
Tesisin Adresi: Eskişehir Devlet Hastanesi
Tesisin Yapılan Kuruluşun Adı: Eskişehir Devlet Hastanesi
Adresli: Eskişehir Devlet Hastanesi Çiğ. Çiftleri / ESKİŞEHİR
Yükseklik Adı: Akın ULURDGA Müh. Elektrik İş. San. Tic. Ltd. Şti.
Adresli: Eskişehir Devlet Hastanesi Çiğ. Çiftleri / ESKİŞEHİR
Kısa Adresli: 101.201.22 TL
Elektrik Üretimi: Kağıt Ek veya Başka Bir Şekilde (Nispetan)
Nispetan Üretimi: Tesisin Niteliği Tarih: Mart 2015
Ekim ve Çiftlerin Nispetan Tutarına Göre Nispetan:

OSMANGAZİ ELEKTRİK DAĞITIM A.Ş. GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR
ÇİFTLER
ERİBAR

İL
İLÇESİ
MAHALLESİ

Ekipçiler: Devlet Hastanesi'ne ait 1 Adet 15KVA ve 1 Adet 112KVA
DİZEL-JENERATÖR ELEKTRİK TESİSİ

GEÇİCİ KABUL TUTANAGI

Geçici Kabul Tarihi: 12.05.2015
Bu Tutanak: on Sayfadır.

KABUL KURULU

Başkan: Ergin YEĞİRKAYA
Üye: Tutan ÇINAR
Üye: Akın ULURDGA
Üye: Cemal DÖVRE

Onaylayan Kuruluşun Adı: OSMANGAZİ EDAS ESKİŞEHİR İL İŞLETME MÜDÜRLÜĞÜ
Yazılan: 22 / 05 / 2015 tarihli ve 27387 sayılı yazı ile onaylanmıştır.

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 : 111
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.TH.2.1 Merkezi havalandırma sistemlerinin, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.

1.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 oluşturmaktadır.

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 : 112
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.TH.3.1 Yeni veya mevcut asansörlerin, ilgili idare (belediye - il özel idaresi) tarafından düzenlenmiş tescil belgesi olmalıdır.

1.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.

1.TH.3.3 Kimlik numarasını gösteren gri renkli etiketler, kabin içerisine yapıştırılmış olmalıdır.

1.TH.3.4 Kontrol (uygunluk) belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisine ve durak kapısı kasasının üzerine rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.

1.TH.3.5 Etiket tarihinden itibaren kırmızı renkli asansörlerin 60 gün, sarı renkli asansörlerin ise 120 gün içerisinde uygunsuzlukları giderilmiş olmalıdır.

1.TH.3.6 Günlük kontrol ve periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait formlar bulunmalıdır.

1.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 yapıcısının 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 ilâştirilir. 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 ilâştirilen 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 ilâştirilmiş 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 ilâştirilmiş 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 MONTAJ EDİNE DİR BİLGİLER	
ASANSÖR MONTAJ EDİNE ADI	
ASANSÖR MONTAJ EDİNE ADRESİ	
ASANSÖR MONTAJ EDİNE AIT İLETİşİM BİLGİLERİ	
ASANSÖRE DİR 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 DİRAK SAYISI	
MEVZUAT	
YÖNETMELİK ADI	
AT UYGUNLUK BEYANINA DİR BİLGİLER	
BEYAN TARİHİ	
İMZA SAHİBİNİN ADI VE SOYADI	
UYGUNLUK BELGESİNE DİR BİLGİLER	
BELGE NUMARASI	
BELGE DÜZENLENME TARİHİ	
ONAYLANMIş KURULUşUN ADI	
ONAYLANMIş KURULUşUN KİMLİK NUMARASI	
SANAYİ SİCİL BELGESİNE DİR BİLGİLER	
BELGE TARİHİ	
BELGE NUMARASI	
TSE HİZMET YETERLİLİK BELGESİNE DİR BİLGİLER	
BELGENİN DÜZENLENDİğİ TARİH	
BELGENİN GEÇERLİLİK SÜRESİ	
GARANTİ BELGESİNE DİR BİLGİLER	
DÜZENLENDİğİ TARİH	
GARANTİ SÜRESİ	
..... adresinde monte edilen ve tarihinde piyasaya arz edilmiş olan asansörün tescili, 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 DİR BİLGİLER	
BAKIM FİRMASININ ADI	
BAKIM FİRMASININ ADRESİ	
BAKIM FİRMASINA AIT İLETİşİM BİLGİLERİ	
BAKIM FİRMASININ TSE HİZMET YETERLİLİK BELGESİ BİLGİLERİ	
BELGENİN DÜZENLENDİğİ TARİH	
BELGENİN GEÇERLİLİK SÜRESİ	
ASANSÖRE DİR BİLGİLER	
ASANSÖR KİMLİK NUMARASI	
ADA VE PARSEL NO	
ASANSÖRÜN MONTAJ ADRESİ	
ASANSÖRÜN TAHRİK TÜRÜ	
ASANSÖRÜN HIZI	
ASANSÖRÜN KAPASİTESİ VEYA BEYAN YÜKÜ	
ASANSÖRÜN DİRAK SAYISI	
BİNA SORUMLUSUNA İLİşKİN BİLGİLER	
BİNA SORUMLUSUNUN ADI VE SOYADI	
BİNA SORUMLUSUNA AIT İLETİşİM BİLGİLERİ	
Mevcut asansörün tescili, 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 : 113
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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.

Enerji Tüketim ve Takip Ekranı

Parametre Bilgileri

Birim: SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ

Yıl: 2018

Bölge Tarihi: Döner Sermaye

Fatura Tarihi: YAKIT FATURASI

Dönem:

Fatura Tarihi:

Uyarı

Sorgula Teskle Yeni Kayıt

Fatura Kayıt Bilgileri

Fatura Türü	Bölge	Dönem	Tarih	Abone No	Fatura No	Tutar	TSP	Tüketim
YAKIT FATURASI	DÖNER SERMAYE	01	01/01/2018	4546	158	1.211,00	023925	29
						416708	Kayıt Sayısı: 1	1.211,00
							.02	29,00

Detay Kayıt Bilgileri

Elektrik Yakıt Su

Enerji Yönetimi Bilgileri

Enerji Modülü ile ilgili Sağlık Tesisindeki Sorumlu Kişi Bilgileri

Adı: DÜRMÜŞ

Soyadı: ÖZDAR

Görevi: TAAHHÜT MENURU

Telefon: 0312 846372

0554 4872236

E-Mail: durmuesgar15@sağlık.gov.tr

Kayıt

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.

Soru: Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?

SIRA : 114

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.TH.5.1 Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

1.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, yoğun bakım, acil servis, 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 : 115
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.TH.6.1 Oksijen, azot, vakum ve medikal kuru havanın basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.

1.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.

1.TH.6.3 Merkez ve kat kontrol panolarının, periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.

1.T.H.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.



Sağlık tesislerindeki tıbbi gaz dağıtım hattı, klima ve iklimlendirme, pnömatik tüp taşıma sistemlerine yönelik bakım, onarım, muayene kabul, yazılım vb. işlemlerin yönetiminin Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi dışında kalan diğer teknik birimler tarafından yürütülmesi gerekmektedir. (<https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,55409/saglik-sistemlerindeki-tibbi-gaz-iklimlendirme-ve-pnomatik-sistemleri-hakkinda.html>)

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 : 116

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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.

1.TH.7.2 Yoğun Bakım 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 (3. ve 4. düzey yoğun bakımlar asgari ISO Class 8 ve üzeri sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmelidir. İlgili ölçümler 3. ve 4. düzey yoğun bakımlarda aranacak olup bütün izole odaların (solunum ve temas) ölçümü yapılmalı, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.

1.TH.7.3 Sterilizasyon ünitesindeki steril alanlarda validasyon ölçümleri yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu alanda filtre sızdırmazlık, partikül ölçümü, hava değişim sayısı, fark basınç ve sıcaklık-nem ölçümleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, hava akış yönü (hava akış yönü steril alandan kirli alana doğru olmalıdır) raporda belirtilmeli, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.

1.T.H.7.4 Özellikli Ünitelerin (Kemoterapi ilaç hazırlama, TPN solüsyon hazırlama vb.) validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak ilgili özellikli ünite hizmetini sağlayan firmadan bağımsız bir kuruluş tarafından 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 (hazırlama odaları asgari ISO Class 7 sınıflamasına, hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında ISO Class 5 sınıflamasına sahip olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmeli, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.

1.TH.7.5 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.

1.TH.7.6 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.

1.TH.7.7 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.

	Kuruluş Adı	Kuruluş Türü	Kuruluş Dili	Ülke	Şehir	Durum
1	AB-0001-001	İSİİ Belgelendirme Muayene ve Test Hizmetleri Ltd. Şti	Türkçe	Türkiye		Aktif
2	AB-0001-002	ELBARK ELEKTRONİK İMALAT VE KONTROL TİCARET LİMİTED	Türkçe	Türkiye		Aktif
3	AB-0001-003	İSTANBUL DENİZCİLİK VE SÖRVEY HİZMETLERİ LTD. ŞTİ	Türkçe	Türkiye		Aktif
4	AB-0001-004	TÜRK STANDARDİZASYON ENSTİTÜSÜ İşletim Birimi	Türkçe	Türkiye		Aktif
5	AB-0001-005	TÜRKAK ULUSAL METROLOJİ ENSTİTÜSÜ (UMET)	Türkçe	Türkiye		Aktif, Kapsamı 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 : 117
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

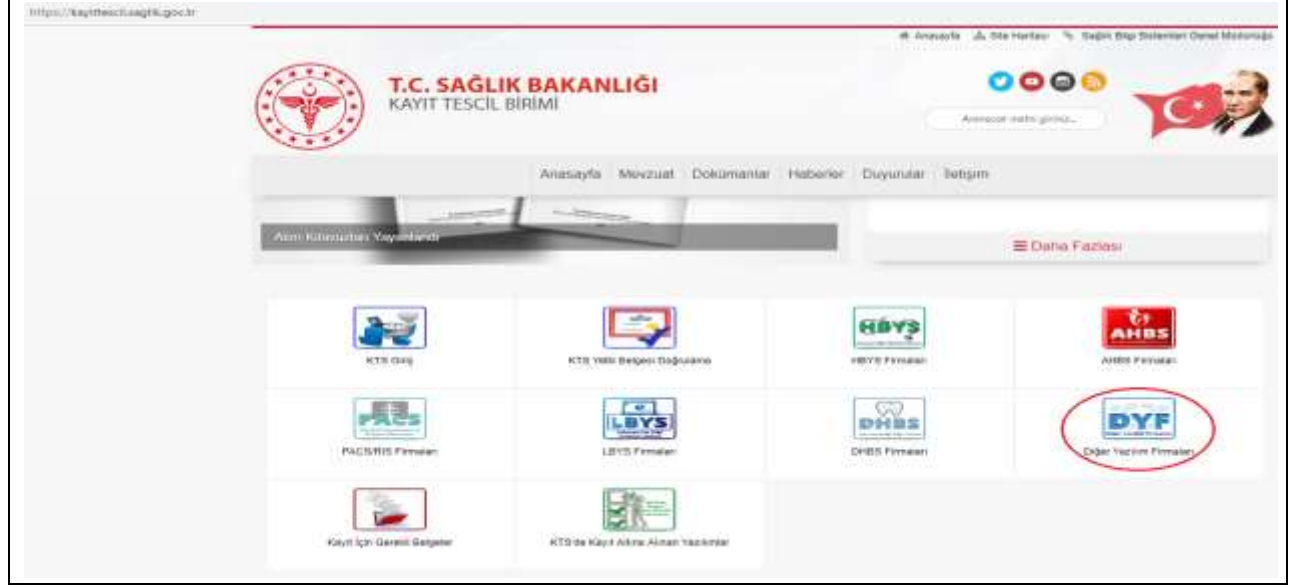
1.AD.1.1 Ayniyat demirbaş depolarında MKYS'ye entegre olarak kullanılan yazılımlar, KTS Demirbaş Varlık Yönetim Sistemi'nde belirtilen aktif DVYS firmalarından olmalıdır.

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 SBYS 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 : 118
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 :

SBYS’de yapılan ve MKYS’ye gönderilen işlemlerdeki entegrasyon hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda SBYS 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						
Harcama Biriminin	Adı	SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ						
Taşınır Ambarının	Adı	ARA DEPO						
Muhasebe Biriminin	Adı	TÜRKİYE						
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		ÇAMAŞIR MAKİNESİ DETERJANI SANAYİ TİPİ	ADET	3	3	9,0000	
2	150-05-03-03-05		ÇAMAŞIR ELDE YIKAMA TOZ DETERJANLARI	ADET	10	8	80,0000	
3	150-05-03-03-05		ÇAMAŞIR ELDE YIKAMA TOZ DETERJANLARI	ADET	2	2	4,0000	
150-05-03 TİMİZLİK 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 yapılıyor mu?

SIRA : 119
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.3.1 Yapılacak her hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.

1.AD.3.2 İşlem ve taşınır türüne göre tutanak, teknik rapor ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.

1.AD.3.3 Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

1.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.

1.AD.3.5 Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

1.AD.3.6 Teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş hurda teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.

1.AD.3.7 Ekonomik değeri olmayan, teknik, sağlık, güvenlik gibi nedenlerle imha edilen taşınırlara ait, komisyon tarafından düzenlenmiş imha tutanağı bulunmalıdır.

1.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.

1.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 taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden

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

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 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 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) 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 görülmemekle 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 hakkında 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 girişı yapılacak taşınırların muayene ve kabul komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?

SIRA : 120
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.4.1 Ayniyat depolarına (tüketim-demirbaş) girişı yapılacak taşınırların 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 girişı yapılacak taşınırların 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	30 ADET	30 ADET
3	ZİMBA MAKİNASI	30 ADET	30 ADET
4	ZİMBA TELİ	30 KUTU	30 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 bir şekilde sunulduğu, teslim edilen malzemelerin partname 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	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 : 121
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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.

Kod	Depo Adı	Entegrasyon Durumu
66	AGRI AMBARI	
02	ANA DEPO	
67	ankara ambarı	
99	ANKARA DEMİRBAŞ DEPO	
47	ANKARA DEPO	
70	ANKARA EĞT ARŞ HAST ECZANE AMBARI	
69	ANKARA NUMUNE EĞT ARŞT HST ECZANE AMBARI	
72	ANKARA 1 BÖLGE GENEL SEKRETERLİK MERKEZ AMBAR	
77	ANKARA 2 BÖLGE GENEL SEKRETERLİK MERKEZ AMBARI	
29	AYNİYAT DEMİRBAŞ DEPO	
29	AYNİYAT TÜKETİM	
29	BIYOMEDİKAL DAYANIKLI TAŞINIR	
58	BIYOMEDİKAL DEMİRBAŞ DEPO	
29	BIYOMEDİKAL TÜKETİM DEPO	
77	BIYOMEDİKAL TÜKETİM DEPO	
99	BMBSOFT DEPO	
03	BULAŞICI HASTALIKLAR	

Ad Soyad	Görev Başlama Tarihleri	Görevden Ayrılış Tarihleri	Açıklama
ADEM ÜNAL	03/03/2016		
SELİM İŞİK	03/03/2016		
HİKMET ÇIRNİK	16/04/2015	20/05/2019	Görev Değişikliği

Bütçe Türü	Fili Sayım Fişi Tarihi
GENEL BUTCE	01/09/2007
DÖNER SERMAYE	31/08/2008

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 :122
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.6.1 Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, 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.

1.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.

1.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 : 123
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 : 124
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.8.1 Sağlık tesisine yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.

1.AD.8.2 Dilekçeye istinaden, bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.

1.AD.8.3 Bağışın tutar ve miktarını belirten belge yok ise, sıfır tutarlı giriş yapılmayıp değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

1.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.

1.AD.8.5 Taşınır işlem fişlerinin 1 nüshası üst yazı ile bağış ve yardımı yapana gönderilmiş olmalıdır.

ACIKLAMA:

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.

Mkz No	Mkz Trh	Bütçe	Tedarik Türü	Fatura No	F. Tarihi	Miktar	Tutar	Kdviz. Tutar	Tutar	Tutar	Tutar	Tutar	Tutar	Tutar	Tutar
2651	19/01/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		015826	29/01/2019	405	54,83	54,83							
2651	19/03/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		045611	15/03/2019	12	34,400,00	34,400,00							
811	13/03/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		23663	05/03/2019	565	111,67	111,67							
1278	24/04/2019	DÖNER SERMAYE BAĞIŞ VE YARDIM		31661	15/04/2019	295	95,99	95,99							

MEDİKAL DEPO İLAÇ Kayıt Sayısı: 4 Miktar: 1.277 Tutar: 34.692,60 Kdviz. Tutar: 34.692,60 Tutar: ,00

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 taşınırı 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 : 125

BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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.

1.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 (ayniyat, 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

06029002015

döneminde çıkış kaydı yapılan tüketim malzemeleri listesi

TÜM DEPOLAR (Birim İçi Çıkışlar [Tüketim])

T

Sayfa	1
DONER SERMAYE	

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, FAKSIMİLE CİHAZI, FOTOKOPI VE BASKI MAKİNESİ MALZEMELERİ	834,44
4	150-01-07	KUÇUK KİRTASIYE GEREÇ VE MALZEMELERİ	166,43
5	150-02-04	İÇECEK 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 : 126
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.10.1 Dayanıklı taşınırın kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.

1.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.

1.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/

FIŞ SIRA NO	12311506	TARİH	23/05/2019	
İL VE İLÇENİN	ADI	MERKEZ TEŞKİLAT, YOK	KODU	99
HARCAMA BİRİMİNİN	ADI	SAGLIK PROJESİ GENEL KOORDINATORLUĞU	KODU	15.75.0.62.101
KİME VERİLDİĞİ	33760233524			
NEREYE VERİLDİĞİ	SAGLIK 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 AFEREZ CİHAZI	DS	8156-64564-13221	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	
Ünvanı	Taşınır Kayıt Yetkilisi	Ünvanı	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, verilmiş 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/KBS-MYS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?

SIRA : 127
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.11.1 Saymanlıklara bildirim yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

1.AD.11.2 Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildirim 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 bulunulan 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 : 128
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 işlem fişinin 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 yapıp 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 : 129
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 işlemi ile ilgili ambarına gönderilir. Devri yapılan taşınırlar sistem üzerinden yeni ambarına “Devir-Ambarlar Arası Devir” giriş işlemi ile kod, miktar ya da tutar değiştirilmeden alınır.

MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenleri Getir ekranından yada MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından ambarlar arası devir işlem farkı kontrolü yapılır.

Yıl içinde yapılmış ambarlar arası devir işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

(1) Kamu idarelerince 31 inci madde hükümlerine göre bedelsiz olarak devredilen taşınırların çıkışı Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek yapılır. Fişin bir nüshası taşınırın devredildiği idareye verilir. Devir alan idareden alınan Fiş, düzenlenen Fişin ekine bağlanır.

(2) Aynı kamu idaresinin muhtelif harcama birimlerinin ambarları arasında devredilen taşınırlar için de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir ve Fişin birinci nüshası devredilen harcama biriminin taşınır kayıt yetkilisine verilir.

(3) Aynı harcama biriminin ambarları arasındaki taşınır devirlerinde de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir, ancak bu Fişler muhasebe birimine gönderilmez.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 130
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.14.1 Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.

1.AD.14.2 Taşınırın 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 taşınır 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, taşınır “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 - SBYS

Malzeme İşlemleri | Defter ve Belgeler | Yapılacak Malzeme Çıkışları | Giriş/Çıkış Raporları

Kapsam ayarları

Birim: SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ | Birim Sec: |

Bölge Tarih: 2018.01.01 | Bölge Sec: |

Depo: TUM DEPOLAR | Depo Sec: |

Tarih Aralığı: 01/01/2018 - 23/05/2018

Taget Kodu: |

Yenden hesaplama

	Tutar	Miktar
Devir	549,72	3,00
Giriler	6.374,32	70,08
Çıkışlar	96,08	14,08
Bakiye	6.827,96	59,00

Farkları Göster

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 veya MBYS firmasını bilgilendirir; mutlaka eşitleme işlemi yapılmalıdır.

Düzeltme tutanakları kullanılmaktan çekilmeyiniz. Hesaplamaları kontrol ediniz.

Bakiye Zamanında olan Malzeme Hata/İhmal Çözüm

Bu hata nedeniyle oluşan maliyetler, maliyetin aynısı olarak gönderilen MBYS bakiye ile karşılanacaktır. Malzemenin kullanılacağı için MBYS hesaplamaları ile mutlaka eşitlenmelidir. İşlem yapıldığına depoya mutlaka eşitlenmelidir.

Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Ekskiye Düşenler Getir

Ambarlar Arası Devir Çıkış Raporları Depo bazında değil birim bazındadır. Düzeltme ve Ambarlar Arası Devir farkları için Listeler -> Stok Hareketleri Listelerinden detayları bakınız.

Eksi Bakiye veya Bakiye Hata İşlemleri -> Stoğu Ekskiye Düşenler Getir ekranından düzeltilmelidir.

MBYS Fiyat Farkları Düzelt

Entegrasyon nedeniyle fiyatların hatalı gönderildiği tespit edilmiştir. Bu nedenle MBYS ile MKYS arasında özellikle miktarlar aynı ama bakiye farkı ise bu işlemi yapınız. Depo bazında çalışır. Her depo için ayrı ayrı yapılmamalıdır.

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 mâiledilerek düzeltilir.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 131

BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.15.1 Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Tüm depolardaki taşınırın stok kontrolleri, taşınır kayıt yetkilisi tarafından düzenli olarak yapılmalıdır. Depolardaki mevcut taşınırın, SBYS'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 - SBSS

Malzeme İşlemleri | Defter ve Belgeler | Yükleme Malzeme Çıkışı | Giriş/Çıkış Bakımları

Kapsam İşlemleri

Birim: SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ | Birim Seç

Bütçe Türü: DÖNER SERMAYE | Bütçe Türü Seç

Depo: TÜM DEPOLAR | Depo Seç

Tarih Aralığı: 01/01/2018 - 23/05/2019 | Tarih Aralığı Seç

Tagir Kodu: | Tagir Kodu Seç

Yeni Hesapla

	Tutar	Miktar
Devir	549,72	3,00
Girişler	6.374,32	70,08
Çıkışlar	96,08	14,00
Kalan	6.027,96	59,00

Farkları Göster

Ambarlar Arası Devir Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenler Göster

	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 Farkı Sayısı: | Tutar: | Miktar: | Depo Ekle

Malzeme Farkı Sayısı: | Tutar: | Miktar: | Malzeme Ekle

Fiyat Farkı Sayısı: | Tutar: | Miktar: | Fiyat Düzelt

Bütçe Türü Farkı Sayısı: | Tutar: | Miktar: | Bütçe Düzelt

Depo, Malzeme ve Fiyat Farkı varsa MBYS ile ilgili bilgileri kontrol ediniz. Eksiye işlemleri yapılmamıştır.

Büteltme butonlarını kullanmaktan çekinmeyiniz. Hesaplamaları kontrol ediniz.

Barkod Alınırken olan Malzeme Hatalarını Düzelt

Bu Tıkla MBYS ile MKYS arasında yapılan işlemleri kontrol ediniz. MBYS ile MKYS arasında yapılan işlemleri kontrol ediniz. MBYS ile MKYS arasında yapılan işlemleri kontrol ediniz.

MBYS Fiyat Farklarını Düzelt

Entegrasyon sistemiyle fiyatların tutarları gönderildiği tespit edildikten, bu nedenle MBYS ile MKYS arasında yapılacak miktarlar aynı ama tutarlar farklı ise bu işlem yapılır. Depo bazında girilir, Her depo için ayrı ayrı gerçekleştirilir.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?

SIRA : 132
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.16.1 Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansması için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS'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
☐ Yısonu Devrini de Getir
☒ Depo Kayıtları Oluşmamış Giriş Fişlerini Getir
☐ TDMS Boş Olanları Getir
TDMS Eşleştirme Yöntemi: Ayniyat Makbuz No, Tarih ve Fatura Tarihi
Düzeltilme/AA0 fark durumu:

Giriş Fiş Bilgileri		Tedarik Türü	Fatura No	F. Tarihi	Miktar	Tutarı	Kdv'siz Tutar	Tdms Fiş No	Tdms Fiş Tutarı	
Mkbz No	Mkbz Trh	Bütçe								
29/03/2019	01/01/2019	DÖNER SERMAYE SATINALMA	23423	01/01/2019	1	2.650,32	2.454,00		,00	
1	01/04/2019	DÖNER SERMAYE SATINALMA	1	01/01/2019					,00	
2	04/04/2019	DÖNER SERMAYE SATINALMA	2	01/01/2019	4	92,00	92,00		,00	
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 : 133
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 ayrılımlarında, 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 ayrılma sırasında, 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 : 134
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.18.1 Düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.

1.AD.18.2 Değer tespit komisyonu tarafından tıbbi donanımların tutarları, edinim yılları dikkate alınarak belirlenmiş olmalıdır.

1.AD.18.3 Tıbbi donanımların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar biyomedikal depoya kaydı yapılmış olmalıdır.

1.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.

1.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.

ACIKLAMA:

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 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; “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 İşlemleri - SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATORLUĞU - 5856

Malzeme İşlemleri Defter ve Belgeler Yapılmış Malzeme Çıkışları Giriş/Çıkış Rakamları

Malzeme Listesi Gösterme Ölçütleri

Birim/Öst Kurum: Birim T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Çalışma Yılı: 2019 Butçe Türü: GENEL BÜTÇE Barkod/Ürün Kodu:

Çalışılan Depo: AYNİYAT DEMİRBAŞ DEPO

Tagınır Kodu: 254 İLK MADDE VE MALZEMELER

Malzeme Adı: Fiyat: X

Zimmet Sahibi: X

Demirbaş No: X

Künye No: X

İade Zim Sahibi: X

Jeñerik Adı: X

Zimmet Yeri: X

Sorgula

Mevcut olmayanları da göster

Yalnızca kullandıkları göster

İhtiyaç Fazlası olanları göster

Zimmet İadeleri Göster

Sağlık Ocağı Kullanım Göster

Emanet olanları Göster

Malzeme Adı	Açıklama	Miktar	Birim Fiyat	Sicil No	Son Durum
ACIL YARDIM AMBULANSI (K)	WV CRAFT / 06.BU.2915	0	97256,62	254-01-05-01-06-14	Tükendi
AMBULANSLAR	AMBULANSLAR	0	41400	254-01-05-01-12-2	Kullanımda
AMBULANSLAR	Fiat 06 BF 3649	0	61533	254-01-05-01-08-3	Kullanımda
HİZMET ARAÇLARI	HİZMET ARAÇLARI	0	34535,51	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	5100	254-01-02-02-07-1	Kullanımda
MINİBÜSLER	HİZMET ARAÇLARI	0	977,26	254-01-02-02-07-1	Kullanımda
MINİBÜSLER	HİZMET ARAÇLARI	0	977,26	254-01-02-02-07-2	Kullanımda

Giriş Tarihi: 21/03/2019 Giriş: 1 Çıkış: 1 Stok Fazlası: 0 İht. Fazl.: 0 Kullanım: 0 Ortak Kul. S.O. Kul.: 0 Emanet: 0 Kayıt Sayısı: 0

Son Kul. Tar: Minimum Stok Maximum Stok Ölçü: 0 ADET

Barkod: Edinme Yılı: 2014 Hareket Detayları: Stok Durumu Yazdır

Jeñerik Adı: Künye No: 1014148852 1658684136

KAYNAK:

13.01.2015 tarih ve 80981279/5458.17 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal Dayanıklı 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 : 135
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.19.1 Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

1.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.

1.AD.19.3 Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış ve ihale detay bilgileri girilmiş olmalıdır.

1.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.

1.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:

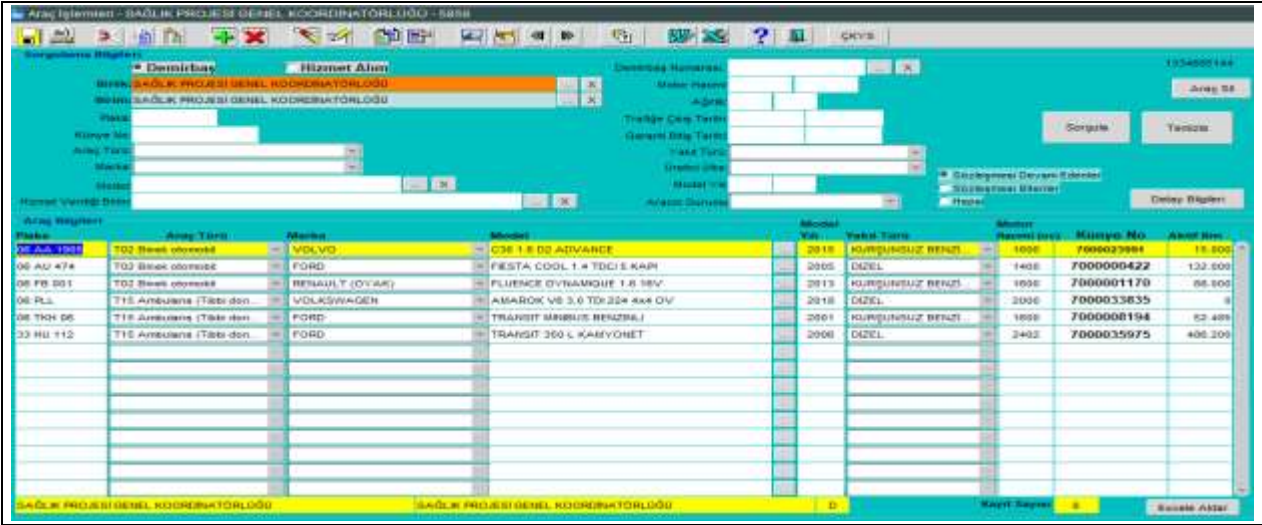
Sağlık tesislerinde kullanılan demirbaş araçlar ile hizmet ve taşıma amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması, gerekli analizlerin yapılabilmesi için, MKYS Ulaşım Araçları ekranına; ruhsat ve hizmet alımı sözleşme bilgilerine uygun olarak, araç bilgileri 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	Yıl	Marka	Model	Fuel Type	Amount
06 AU 474	2015	VOLVO	C30 1.8 D2 ADVANCE	DİZEL	122.500
06 FB 501	2015	FORD	Fiesta Cool 1.4 TDCI 5 KAP	DİZEL	66.500
06 RL	2015	RENAULT	FLUENCE DYNAMIQUE 1.6 16V	DİZEL	8
06 TH 05	2015	VOLKSWAGEN	AMAROK 3.0 TDI 224 KKK 0V	DİZEL	52.485
33 HU 112	2015	FORD	TRANSIT 300 L KAMYONET	DİZEL	406.200



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 birimlerinde 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 : 136
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 Dayanaklı Taşınırlar Hakkında Konulu Genel Yazı Dayanaklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanaklı

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 : 137
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 (zimmet 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 Taşınır 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 : 138
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 22

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.22.1 Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

1.AD.22.2 Malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

1.AD.22.3 Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

1.AD.22.4 Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.

1.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 taşınırların 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 ihmali sonucu kırılan, bozulan veya kaybolan taşınırların ilgililerden tazmini için gerekli işlemleri yapmaya veya yaptırmaya yetkilidir.

(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.

Soru: Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?

SIRA : 139
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 23

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.AD.23.1 Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

1.AD.23.2 Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

1.AD.23.3 Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

1.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 : 140
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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)

1.KM.1.2. KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

1.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 taşınırın üzerinde, MKYS’ de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?

SIRA : 141
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.2.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırın üzerinde, MKYS’de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren güncel etiketler % 90 oranının üzerinde yapıştırılmış olmalıdır.

1.KM.2.2. Dayanıklı taşınırın üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS üzerinden tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgilerinin sisteme girilmesi ile birlikte tekil bir künye numarası atanır. Künye numarası oluşturulan dayanıklı taşınırınla 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 taşınırın kare kod etiketlenme oranı %90 ‘ın üzerinde olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Dayanıklı taşınırın 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 Taşınır 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 : 142
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.3.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

1.KM.3.2. Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.

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.

- KORONER ANJİYOGRAFI SİSTEMLERİ
- BİRLEŞTİRİCİ (COMPOUNDER) SİSTEMLERİ
- DENSİTOMETRE SİSTEMLERİ
- DİYALİZ / RENAL REPLASMAN SİSTEMLERİ
- DIŞ ÜNİTLERİ
- EFOR TEST SİSTEMLERİ
- ENDOSKOPİ TELESKOPLARI
- GAMA KAMERA SİSTEMLERİ
- GÖRME ALANI ANALİZ CİHAZLARI
- MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ
- RÖNTGEN GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ
- TOMOGRAFI GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ
- ULTRASON / USG / DOPPLER / EKO GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ
- VENTİLATÖR / RESPİRATÖR CİHAZLARI
- MAMOGRAFI GÖRÜNTÜLEME SİSTEMLERİ

Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanım yeri bilgisi Dayanıklı Taşınır konulu genel yazının Ek Cihaz Durum Açıklamaları kısmında yer aldığı şekilde “evde sağlık” olmalıdır.

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 : 143
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.4.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

1.KM.4.2. MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde belirtilen 14 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 14 farklı cihazdan **mevcut** olanların MKYS-TSİM karşılaştırılması yapılmalıdır.

S.NO	TSİM ADI
1	Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen, Seyyar Röntgen, C- Kollu Röntgen
2	USG, Doppler USG, Ekokardiyografi
3	Seyyar Röntgen
4	C- Kollu Röntgen
5	Bilgisayarlı Tomografi (BT)
6	Manyetik Rezonans (MR)
7	Kemik Dansitometre
8	Mamografi
9	Anjiyografi (Koroner), Anjiyografi (Göz), Anjiyografi (Diğer)
10	Kemik Dansitometre
11	Kemoterapi Hazırlama Cihazı
12	Lineer Accelerator
13	Gamma Kamera
14	SPECT-CT, PET-CT/PET

Aşağıdaki cihazların MKYS – TSİM sayılarının uyumu kontrol edilirken dikkat edilmesi gerekenler:

TSİM ADI	AÇIKLAMA
Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen, Seyyar Röntgen, C-Kollu Röntgen	C Kollu tüm cihazlar TSİM de C-Kollu Röntgen cihazı grubuna girilmelidir. C Kollu röntgen cihazı dışındaki G Kollu, U Kollu röntgen cihazları Seyyar Röntgen olarak TSİM'e girilmelidir.

SORU: Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?

SIRA : 144

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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.

1.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.

1.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 : 145
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.6.1. Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar; eğitim birimlerinde bulunmalıdır.

1.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 : 146

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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.

1.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.

1.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 taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 147
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.8.1. Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

1.KM.8.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’ de güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kullanılan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların 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 taşınırların 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 Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

SORU: Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?

SIRA : 148

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.9.1. Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.

1.KM.9.2. Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

1.KM.9.3. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların 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 taşınırın 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 taşınırın aktif çalışabilirlik süresi takip edilmelidir.”

SORU: Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırın arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırın Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

SIRA : 149
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırın arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırın 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: Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?

SIRA : 150
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.11.1. Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırın (nebülizatör, hasta karyolaları, oksijen konsantrasyon cihazı, ev tipi ventilator, tekerlekli sandalye, cpap – bipap cihazları vb.) kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman ilgili servislerde bulunmalıdır. Biyomedikal dayanıklı taşınır bu kapsamda hastalara kullanıma verileceği durumlarda kullanıcılar bilgilendirilmeli ve bu yazılı dokümanlar kullanıcılara verilmelidir.

Evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara biyomedikal dayanıklı taşınır vermeyen sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?

SIRA : 151
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.12.1. Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınır için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

1.KM.12.2. Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınırılar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Periyodik teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırılar 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 taşınırılar 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 : 152
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.13.1. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.

1.KM.13.2. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

1.KM.13.3. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

1.KM.13.4. 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.

1.KM.13.5. 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 taşınırılar 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 taşınırı 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 taşınırı uygulanan tüm teknik faaliyetler kayıt altına alınacak ve teknik hizmetlere bağlı gizli maliyetler kontrol altına alınmış olacaktır.”

SORU: Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?

SIRA : 153

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.14.1. Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

1.KM.14.2. Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Her bir biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan teknik hizmet MKYS' den her bir biyomedikal dayanıklı taşınır için tekil üretilen künye numaraları ile takip edilir. Bu biyomedikal dayanıklı taşınırlara yapılan teknik hizmetin takip ve analizinin yapılabilmesi için ölçümleme raporları ve servis formları üzerinde müdahalenin yapıldığı biyomedikal dayanıklı taşınırın 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 : 154
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.15.1. 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 : 155
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.16.1. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.

1.KM.16.2. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

1.KM.16.3. 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 kapsamı 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 yapıyor mu?

SIRA : 156
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.17.1. 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 : 157
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.18.1. 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 dokümanite edilmiş olmalıdır.

KHGM Klinik Mühendislik Yönetim Birimi Bölge Koordinatörü bilgilerine <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28569,bolgekoordinatörleripdf.pdf?0> linkinden ulaşılabilir.

KAYNAK:

20.02.2018 tarih ve 632255049 barkod numaralı Tıbbi Cihaz ve İlaç Birimleri Hk. konulu genel yazı.

SORU: Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi uygun fiziki koşullara sahip mi? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftır.)

SIRA : 158

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.19.1. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, varsa borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

1.KM.19.2. Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

1.KM.19.3. Atölyede yeterli aydınlatma ve havalandırma sistemi olmalı, yangın tüpü bulunmalıdır.

1.KM.19.4. Atölye çalışma tezgahı yanmaz, yüzeyi antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.

1.KM.19.5. Atölye zemini PVC esaslı antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.

1.KM.19.6. Atölyede Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi' nde belirtilen teçhizatların olması gerekmektedir. (A1 genel, A2 genel, A1 dal, A2 dal ve B rolü sağlık tesisleri için teçhizat listesi aşağıda yer almaktadır.)

1.KM.19.7. Atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde tıbbi cihazların yönetiminin daha etkin ve verimli bir şekilde sağlanması, iş gücü kaybının önlenmesi, olası kamu zararının önüne geçilmesi için biyomedikal teknik servis atölye süreçlerinin iyileştirilmesi, gerekli sistemsel düzenlemelerin ve fiziki alanların uygunluğunun sağlanması gerekmektedir.

Biyomedikal Teknik Servis Hizmeti veren (bakım, onarım vb.) sağlık tesislerinde Biyomedikal Teknik Servis Atölyeleri'nin belli fiziki koşullara sahip olması gerekmektedir. Atölyede çalışan personelin hizmeti sunumunda, gün ışığından maksimum faydalanması ve gerektiğinde yeterli derecede yapay aydınlatmaya sahip olması gerekmektedir. Atölye koşullarının temiz hava ile havalandırılması mümkün değilse yapay havalandırılması gerekmektedir. Ayrıca herhangi bir yangın riski durumunda kullanılması amacıyla yangın tüpü bulunmalıdır.

Atölye çalışma tezgahının yanmaz, yüzeyi antistatik malzemeden yapılmış olması gerekmektedir.

Zemin kaplama malzemesinin kolay temizlenebilir, antistatik ve PVC esaslı malzemeler ile kaplanması gerekmektedir.

Biyomedikal Teknik Servis Hizmetinin verilebilmesi için atölyede aşağıdaki teçhizatların tamamının bulunması gerekmektedir.

Tıbbi cihazlardan bulaşan yağ, kir gibi lekelerin temizlenmesi ve hijyenin sağlanması için atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.

BİYOMEDİKAL TEKNİK SERVİS ATÖLYESİ TEÇHİZAT LİSTESİ (A1 GENEL, A2 GENEL, A1 DAL, A2 DAL)

S.NO	MALZEME ADI	S.NO	MALZEME ADI
1	ALLEN TAKIMI ALTI KÖŞELİ	23	KURBAĞACIK ANAHTAR
2	ALLEN TAKIMI YUVARLAK UÇLU	24	LOKMA SETİ KARBÜRATÖR
3	ANTİSTATİK BİLEKLİK	25	MAKET BİÇAĞI
4	AYARLI AC GÜÇ KAYNAĞI	26	MENGENE
5	AYARLI DC GÜÇ KAYNAĞI	27	PENS AMPERMETRE
6	BÜYÜTEÇLİ IŞIKLI STAND	28	PENSE AYARLI STANDART 180 MM KOMBİNE İZOLELİ
7	CIMBIZ SETİ (DÜZ VE EĞRİ)	29	PENSE ELEKTRONİKÇİ 100 MM
8	ÇEKİÇ	30	SEGMAN PENSESİ DIŞ (DÜZ VE EĞİR)
9	ÇEKMECELİ HIRDAVAT KUTUSU	31	SEGMAN PENSESİ İÇ (DÜZ VE EĞİR)
10	DİJİTAL MULTİMETRE	32	SICAK HAVA TABANCASI
11	EĞE SETİ	33	SİLİKON TABANCASI
12	EMİCİ ÜFLEYİCİ KOMPRESÖR	34	STANDART FORT PENSE
13	HAVŞA TAKIMI	35	ŞARJLI TORNAVİDA
14	HİLTİ MATKAP	36	T TİPİ TORKS ALLEN ANAHTAR TAKIMI
15	ISI AYARLI SICAK HAVA ÜFLEMELİ DİJİTAL LEHİMLEME İSTASYONU	37	TAKIM ÇANTASI
16	KABLO SIYIRMA PENSESİ	38	TEL FIRÇA
17	KALEM HAVYA	39	TORNAVİDA SETİ (DÜZ VE YILDIZ)
18	KARGABURUN ELEKTRONİKÇİ 120 MM (DÜZ VE EĞRİ)	40	TORNAVİDA SETİ BİTS UÇLU
19	KARGABURUN STANDART 160 MM (DÜZ VE EĞRİ)	41	TORNAVİDA SETİ ELEKTRONİKÇİ TİP (DÜZ VE YILDIZ)
20	KESKİ ELEKTRONİKÇİ 115 (±5) MM	42	TORNAVİDA SETİ LOKMA UÇLU
21	KESKİ STANDART 140 MM	43	TORNAVİDA TAKIMI TORKS
22	KONTROL KALEMİ	44	TORNAVİDA TOPAÇ (DÜZ VE YILDIZ)

BİYOMEDİKAL TEKNİK SERVİS ATÖLYESİ TEÇHİZAT LİSTESİ (B ROLÜ)

S.NO	MALZEME ADI	S.NO	MALZEME ADI
1	ALLEN TAKIMI ALTI KÖŞELİ	22	LOKMA SETİ KARBÜRATÖR
2	ALLEN TAKIMI YUVARLAK UÇLU	23	MAKET BIÇAĞI
3	ANTİSTATİK BİLEKLİK	24	MENGENE
4	AYARLI DC GÜÇ KAYNAĞI	25	PENS AMPERMETRE
5	BÜYÜTEÇLİ IŞIKLI STAND	26	PENSE AYARLI STANDART 180 MM KOMBİNE İZOLELİ
6	CIMBIZ SETİ (DÜZ VE EĞRİ)	27	PENSE ELEKTRONİKÇİ 100 MM
7	ÇEKİÇ	28	SEGMAN PENSESİ DIŞ (DÜZ VE EĞİR)
8	ÇEKMECELİ HIRDAVAT KUTUSU	29	SEGMAN PENSESİ İÇ (DÜZ VE EĞİR)
9	DİJİTAL MULTİMETRE	30	SICAK HAVA TABANCASI
10	EĞE SETİ	31	SİLİKON TABANCASI
11	EMİCİ ÜFLEYİCİ KOMPRESÖR	32	STANDART FORT PENSE
12	HİLTİ MATKAP	33	ŞARJLI TORNAVİDA
13	ISI AYARLI SICAK HAVA ÜFLEMELİ DİJİTAL LEHİMLEME İSTASYONU	34	T TİPİ TORKS ALLEN ANAHTAR TAKIMI
14	KABLO SİYİRMA PENSESİ	35	TAKIM ÇANTASI
15	KALEM HAVYA	36	TEL FIRÇA
16	KARGABURUN ELEKTRONİKÇİ 120 MM (DÜZ VE EĞRİ)	37	TORNAVİDA SETİ (DÜZ VE YILDIZ)
17	KARGABURUN STANDART 160 MM (DÜZ VE EĞRİ)	38	TORNAVİDA SETİ BITS UÇLU
18	KESKİ ELEKTRONİKÇİ 115 (±5) MM	39	TORNAVİDA SETİ ELEKTRONİKÇİ TİP (DÜZ VE YILDIZ)
19	KESKİ STANDART 140 MM	40	TORNAVİDA SETİ LOKMA UÇLU
20	KONTROL KALEMİ	41	TORNAVİDA TAKIMI TORKS
21	KURBAĞACIK ANAHTAR	42	TORNAVİDA TOPAÇ (DÜZ VE YILDIZ)

KAYNAK:

14.05.2018 tarih ve 68791515 barkod numaralı Depoların ve Biyomedikal Teknik Servis Atölye Süreçlerinin İyileştirilmesi Hk. konulu genel yazı.

SORU: Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftır.)

SIRA : 159
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 20
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.20.1. Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.

KM.20.2. 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 : 160
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.21.1. 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://merkezitibbicihazgeribildirim.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 : 161
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 22

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.KM.22.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara alınacak satış sonrası teknik hizmet sözleşmelerinde (bakım,onarım) hizmet alımına ilişkin TS 13703 veya TS 12426 standartları bulunmalıdır.

1.KM.22.2. 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 İÇERİKLERİ 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

Deney Güçlerini Sorgula

Teknik Rapor Sorgulama

Ürün Belge TSE/TSR Marka Kullanım Ücret Sorgulama

LPG Distribütör Araç Lisansı Sorgulama

İhtisat Firmalarını Sorgulama

Eğilimler Parça Sorgulama

Yönetim Sistemlerinden Geçerli Firma Sorgulama

TSE BELGELİ FİRMALAR SORGULAMA / TSE CERTIFIED COMPANY SEARCH

* Basit Arama (Basic Search) * Detaylı Arama (Detailed Search)

Firma Adı:

TS NO:

Belge No:

Durum: Yürürlükte / Vaki

Doğrulama Kodu: Değiştir/Change

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 işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi' nden alınıyor mu?

SIRA : 162
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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:

SBYS' de yapılan ve entegrasyon ile MKYS' ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda SBYS 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: Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?

SIRA : 163
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.2.1. Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır kayıt Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Depolar ile ilgili işlemler teknik bilgi gerektirdiğinden bu depolardan sorumlu Taşınır Kayıt Yetkilileri teknik hizmetler sınıfı personeli olmalıdır. A1 genel, A2 genel ve B kurum rolündeki sağlık tesisleri haricindeki sağlık tesisleri personel yeterliliği ve yetkinliği göz önünde bulundurularak 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

“Sağlık Tesislerinde Depo Rolüne Göre TKKY Nitelikleri

Sorumluluk Alanı: Biyomedikal (Tüketim/Dayanıklı) Depo

Her iki depo içinde tercihen Biyomedikal Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Elektrik-Elektronik Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Elektrik Haberleşme Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Tıp Mühendisliği, Tıp Elektronik bölümü mezunları olmalıdır.”

SORU: Sağlık tesisinin biyomedikal depolarında yeni göreve başlayan taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitime yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 164
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.3.1. İlgili yıl içinde yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerine, depo yetkilileri 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.

1.BD.3.2. 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.

1.BD.3.3. 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 : 165
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.4.1. 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 : 166
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.5.1. 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 taşınırlar 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	S.NO	TSİM ADI
1	Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen, Seyyar Röntgen, C- Kollu Röntgen	23	Otorefraktometre
2	USG, Doppler USG, Ekokardiyografi	24	Spirometre
3	Bilgisayarlı Tomografi (BT)	25	Ürodinami
4	Manyetik Rezonans (MR)	26	Krioterapi Cihazı
5	Kemik Dansitometre	27	Kemoterapi Hazırlama Cihazı
6	Mamografi	28	Artroskopi
7	Anjiyografi (Koroner), Anjiyografi (Göz), Anjiyografi (Diğer)	29	Kolposkopi
8	Ameliyat Mikroskopisi	30	Gastroskopi
9	Defibrilatör	31	Kolonoskopi
10	EEG	32	Sistoskopi
11	Eforlu EKG	33	Bronkoskopi
12	Tansiyon Holter, Ritim Holter	34	Puva
13	EMG	35	Yenidoğanda Kullanılan Fototerapi
14	ESWL	36	Lineer Accelerator
15	ESWT	37	CT Simülatör
16	Faco	38	
17	Laser Excimer	39	Brakiterapi
18	LASIC	40	Gamma Kamera
19	Kalp /Akciğer Pompası	41	SPECT-CT
20	Laparoskopi	42	PET-CT/PET
21	NST	43	Tomoterapi
22	Odiometre	44	Tiroid Uptake Cihazı

Aşağıdaki cihazların MKYS – TSİM sayılarının uyumu kontrol edilirken dikkat edilmesi gerekenler:

TSİM ADI	AÇIKLAMA
Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen, Seyyar Röntgen, C-Kollu Röntgen	C Kollu tüm cihazlar TSİM de C-Kollu Röntgen cihazı grubuna girilmelidir. C Kollu röntgen cihazı dışındaki G Kollu, U Kollu röntgen cihazları Seyyar Röntgen olarak TSİM’e girilmelidir.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınır 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 taşınırın verilerinin girilmesine öncelik verilecektir. Modül içerisinde yer alan “Biyomedikal Teknoloji Türü” ve “Biyomedikal Teknoloji Tanımı” içerisinde tanımlanmış taşınırın 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 işlemleri başlatılmış cihazlar bu alana eklenmemelidir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?

SIRA : 167

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.6.1. 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.

1.BD.6.2. 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 kodundakı taşınırların sağlık tesisinde olup olmadığı konusunda <https://verimlilik.saglik.gov.tr/> sayfası “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 taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir.

Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgili 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 taşınırların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 168
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.7.1. Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların 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 taşınırın 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 taşınırın, 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 taşınırın 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 Taşınırın Depo Kayıt Talimatına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Taşınırın kaydı

MADDE 12 – (1) Kamu idarelerince bütün taşınırın 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 yapıyor mu?

SIRA : 169

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.8.1. Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.

1.BD.8.2. H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırın künye numaraları belirtilmelidir.

1.BD.8.3. Biyomedikal nitelikli dayanıklı taşınırın hurda, enkaz ve köhne (H.E.K.) süreçlerinde “Biyomedikal Teknik Servis ve Hurda İşlemlerinde Parasal Limitler” talimatına uygun hareket edilmelidir.

1.BD.8.4. Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve limitler dahilinde ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

1.BD.8.5. Hurdaya ayrılmış taşınırın teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

1. BD.8.6. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

1.BD.8.7. Hurdaları teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.

1.BD.8.8. 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.

1.BD.8.9. 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 taşınır, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınır için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Onaya istinaden, taşınır ‘‘Hurdaya Ayırma’’ işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkartılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırın 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 taşınır, 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 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, 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, taşınıra ait sağlık tesisi ve ilgili firması tarafından hazırlanan tutanak, taşınıra 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 taşınırılar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırılar ile canlı taşınırının 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 taşınırılar 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 taşınırılardan 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 taşınırılar, 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 taşınırılar 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 taşınırılar, 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 taşınırılar 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 : 170
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

SORU ÇIKARTILABİLİR!!

1.BD.9.1. Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.

1.BD.9.2. 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 yapıp 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 yapıp 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 : 171
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.10.1. 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.

1.BD.10.2. 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, 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 : 172

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.11.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

1.BD.11.2. 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 : 173
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.12.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.

1.BD.12.2. 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 adayı (istekli) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna intikal ettirilerek görüş alınacaktır.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?

SIRA : 174

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.13.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

1.BD.13.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı 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 girişi sırasında biyomedikal dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır. Teknik hizmet uygulaması amacıyla yapılan emanet çıkışlarında teslim alan kişi 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 yapılıyor mu?

SIRA : 175

BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.14.1. 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.

1.BD.14.2. Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.

1.BD.14.3. 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 persenole 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 : 176
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.15.1. Dayanıklı taşınırlar kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.

1.BD.15.2. Kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.

1.BD.15.3. Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.

1.BD.15.4. Kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için Kullanıma Verme - Hasta Evde Bakım işlem türüyle yapılmış Taşınır Teslim Belgesi (zimmet fişi) düzenlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların sorunsuz kullanımını sağlamak için bu ürünlerin ilgili kullanıcıya veya kullanan birime zimmetli olması gerekmektedir. Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar, taşınır istek belgesi ile talep edilir. Talep edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar, taşınır teslim belesi (zimmet fişi) düzenlenerek karşılıklı imza ile kullanıma verilmektedir. Ortak alana verilen Biyomedikal taşınırlar, 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 taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.

Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların 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.

Evde sağlık kapsamında hastaya kullanım amacıyla verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar (karyola vb.) için düzenlenen taşınır teslim belgesinde (zimmet fişi) MKYS’ deki Kullanıma Verme – Hasta Evde Bakım işlem türü kullanılmış olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

Dayanıklı taşınırların kullanıma verilmesi: MADDE 23 –

(1) Tesis, taşıt ve iş makineleri haricindeki dayanıklı taşınırlar Taşınır İstek Belgesi düzenlenmek suretiyle talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar 6/A rnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenerek kullanıma verilir.

(2) Kara taşıt ve iş makinelerinin yetkili makamın onayına istinaden yönetiminden sorumlu görevliye veya kullanıcısına verilmesinde ise 6 örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenir.

(3) Kara taşıtlarının dışındaki taşıtların sorumluya veya kullanıcılara 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. İkinici 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.

Sorumluluk: MADDE 5 –

(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, verilіř 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 ilişiği 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 yrrlēe 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, deēer tespit komisyonu tarafından tespit edilecek gerēe uygun deēer 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 : 177
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.16.1. 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.

SORU: Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların sağlık tesisleri arasındaki devir işlemlerinde gerekli izinler alınmış mı?

SIRA : 178
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.BD.17.1. 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 yapılıyor mu?**SIRA : 179****BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI****BÖLÜM SIRA NO : 1****DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

1.MBU.1.1. SBYS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

1.MBU.1.2. SBYS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

1.MBU.1.3. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.

1.MBU.1.4. Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)

1.MBU.1.5. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, yoğun bakım, acil servis vb) aylık olarak yapılmalıdır.

1.MBU.1.6. Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’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				Yıl Toplamı	
	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen
Acil Servis								
Beyin ve Sinir Cerrahisi								
Gastroentoloji								
Genel Cerrahi								
Kardiyoloji								
Ortopedi ve Travmatoloji								
Radyasyon Onkolojisi								
2. Basamak Yoğun Bakım								
KVC Yoğun Bakım								
.....								
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 Uyraklı Hastalar					
Suriye Uyraklı Hastalar (Geçici Koruma)					
.....					
TOPLAM					

Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM 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						
TRSM						
.....						
TOPLAM						

Sağlık tesisinde gelirlerin takibinin en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Gelir Takibi Tablosu												
	Ocak			Şubat						Yıl Toplamı		
	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam
Beyin ve Sinir Cerrahisi												
Gastroentroloji												
Genel Cerrahi												
Kardiyoloji												
Ortopedi ve Travmatoloji												
Radyasyon Onkolojisi												
2. Basamak Yoğun Bakım												
KVC Yoğun Bakım												
.....												
TOPLAM												

Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler, SBYS’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 : 180

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.2.1. Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak SBYS’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 SBYS’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 : 181

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 yazılarak **Ara/Bul** butonuna basılır ve hesap kodu seçilir.

Yardımcı Defter Devlet Hastanesi - Google Chrome
https://jtdms.saglik.gov.tr/TDM5/muh/listHesapMuaviniPop.htm?k=10308

İlgili Hesap Kodu ve Tarih Aralığı Seçilir

Sadece Kullanılan Hesaplar

Başlangıç H.Kodu: 740.08.02
Hesap Adı: Sabit Dışı Ek Ödeme
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: E

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)

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	1.003.220,03	0,00	Muhasebeleşmiş

740.08.02 “Sabit Dışı Ek Ödeme” kodu seçildikten sonra PDF yazdır butonuna basılır.

Saymanlık Kodu : 03

01/01/2018 - 30/06/2018

Sayfa : 1 - 1

				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 EKSTİK YAPILAN DÖNEM	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 NISAN /2018 DÖNEMİ DÖNER SERMAYE	905.436,41	0,00
23/05/2018	38182	38452	M	DEVLET HASTANESİ 2018/NISAN DÖN.SER.EK ÖDEME FARK H	4.392,82	0,00
17/06/2018	44626	44812	M	DEVLET HASTANESİ MAYIS/2018 DÖNER SERMAYE EK ÖDEMESİ	873.298,29	0,00
26/06/2018	48999	49324	M	DEVLET HASTANESİ NISAN/2018 DÖNER SER.EK ÖDEMESİ FA	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 : 182

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.4.1. Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15' ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

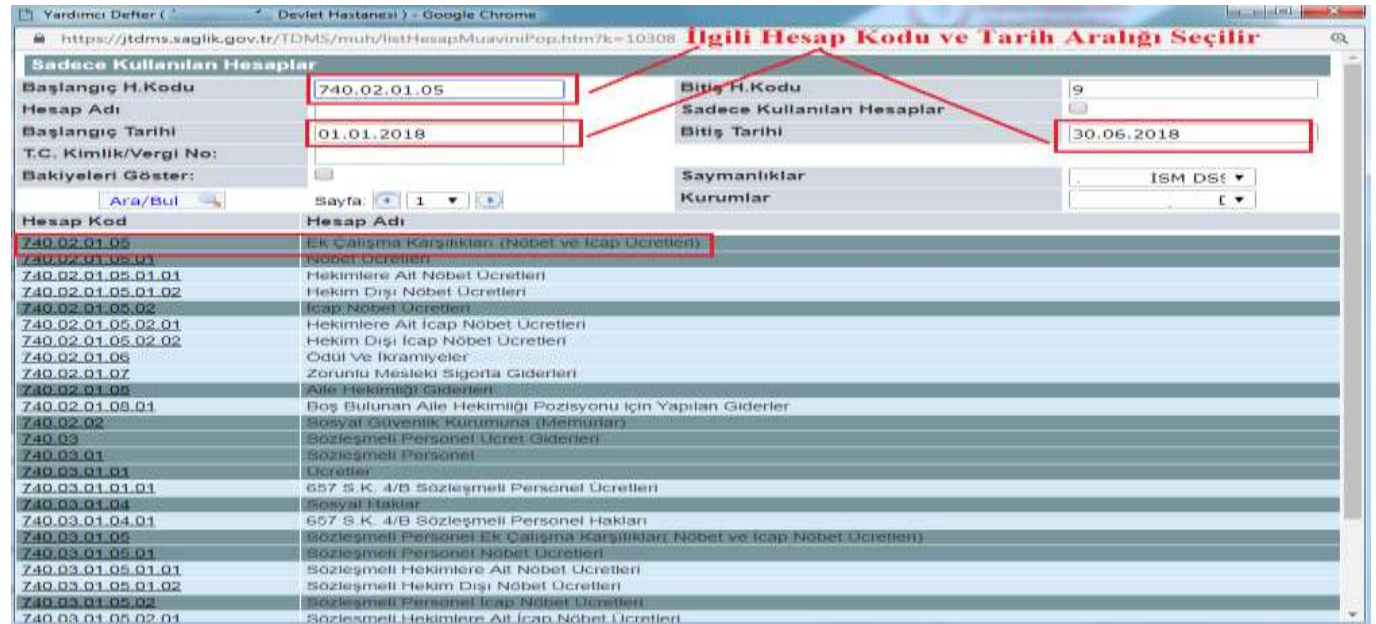
Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden 740.02.01.05 Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap Ücretleri) ile 740.03.01.05 Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkla hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır. TDMS (Tek Düzen Muhasebe Sistemi) üzerinden kontrolleri 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.

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 740.02.01.05 “Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap Ücretleri)” ile 740.03.01.05 “Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkları” kodları ayrı ayrı ve kontrol edilecek tarih aralığı yazılarak **Ara/Bul** butonuna basılır ve hesap kodu seçilir.



740.02.01.05 “Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap 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 İcap 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	İcap Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02.01	Hekimlere Ait İcap Nöbet Ücretleri
740.02.01.05.02.02	Hekim Dışı İcap Nöbet Ücretleri
740.02.01.06	Ödül Ve İkramiyeler
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 İcap 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 İcap Ücretleri) (30 adet) Pdf Yazdır Excel Yazdır

PDF Yazdırılır

Fiş Detay	Fiş No	Fiş Tip	Fiş Tarihi	Açıklama	Borç	Alacak	Durum
Detay	4855	Ödeme Emri	01.02.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ HEKİM İCAP ÖDEMESİ (EK BODRO)	2.217,60	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	4856	Ödeme Emri	01.02.2018	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ TABİP NÖBET (EK BODRO) ÖDEMESİ	1.633,46	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	7146	Ödeme Emri	09.02.2018	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP DİŞİ NÖBET ÖDEMELERİ	155.272,45	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay	7147	Ödeme Emri	09.02.2018	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP İCAP ÖDEMELERİ	35.726,24	0,00	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)

Kontrol:

Fiş Tarihi <=15 "Evet"

Fiş Tarihi>15 "Hayır"

Devreden Bakiye: 0,00 0,00

Nakli Yekün: 0,00 0,00

Fiş Tarihi	Yevmiye Numarası	Fiş No	Fiş Tip	Açıklama	Borç	Alacak
01/02/2018	5136	4855	M	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ HEKİM İCAP ÖDEMELERİ	2.217,60	0,00
01/02/2018	5137	4856	M	DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 DÖNEMİ TABİP NÖBET (EK BODRO) ÖDEMELERİ	1.633,46	0,00
09/02/2018	7291	7146	M	DEVLET HASTANESİ 2018 OCAK TABİP DİŞİ NÖBET ÖDEMELERİ	155.272,45	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 DİŞİ İCAP ÖDEMELERİ	8.828,64	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 : 183

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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
- 740.06.11 Labaratuvar Hizmeti Alım Giderler
- 740.06.23 Diş Protez ve Ortez 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 “Diş 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

Ara/Bul Butonuna basılır

Hesap Kodu 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-Ultrasyon 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

Güvenli | https://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/listHesapMuaviniPop.htm?k=10308

740.06.01

Enerji ve Su Giderleri

740.06.01.01

Su Alınları

740.06.01.06

Elektrik Alınları

740.06.02

Ulaştırma ve Haberleşme Giderleri

740.06.02.01

Posta ve Telgraf Giderleri

740.06.02.02

Telefon Abonelik ve Kullanım Ücretleri

740.06.02.03

Bilgiye Abonelik ve İnternet Erişimi Giderleri

740.06.02.04

Haberleşme Cihazları Ruhsat ve Kullanım Giderleri

740.06.02.05

Uydu Haberleşme Giderleri

740.06.02.06

Hat Kira Giderleri

740.06.02.99

Diğer Haberleşme Giderleri

740.06.03

Nakliyat ve Alışveriş Giderleri

740.06.03.01

Yolcu Taşıma Giderleri

740.06.03.02

Yük Taşıma Giderleri

740.06.03.99

Diğer Taşıma Giderleri

740.06.04

Madeni Emlak ve Bilişim Giderleri

740.06.04.01

Etüt-Proje Bilişim Ekspertiz Giderleri

740.06.04.02

Müteahhlik Giderleri

740.06.05

Temizlik Hizmeti Alım Giderleri

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

B. Toplam 915.093,64 A. Toplam 0,00 B. Bakiye 915.093,64 C. Bakiye 0,00

740.06.06 : Yemek Hizmeti Alım Giderleri (6 adet)

PDF Yazdır

Excel Yazdır

Fig. Detay	Fig. No	Fig. Tipi	Fig. Tarihi	Açıklama	Değer	Karşılık	Durum
Detay 1	8599	Ödeme Emri	15.02.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ MAL. ALIMI 01.08.2016 T.A.E.	164.547,48	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay 1	14982	Ödeme Emri	08.03.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ.	157.779,64	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay 1	25429	Ödeme Emri	11.04.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIMI MAYIS HAKEDİŞİ	172.223,52	0,00	Muhasebeleşmiş
Detay 1	33160	Ödeme Emri	09.05.2018	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIMI MAYIS HAKEDİŞİ	153.022,36	0,00	Muhasebeleşmiş

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. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672	164.547,48	0,00
08/03/2018	15034	14982	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ.	157.779,64	0,00
11/04/2018	25403	25429	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672	172.223,52	0,00
09/05/2018	33082	33160	M	GIDA VE YEM. SOS. SAN. TIC. LTD. ŞTİ. 2016/275672	153.022,36	0,00
06/06/2018	43899	44064	M	2016/275672 İKHLİ YEMEK HİZMETİ ALIMI 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 : 184

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

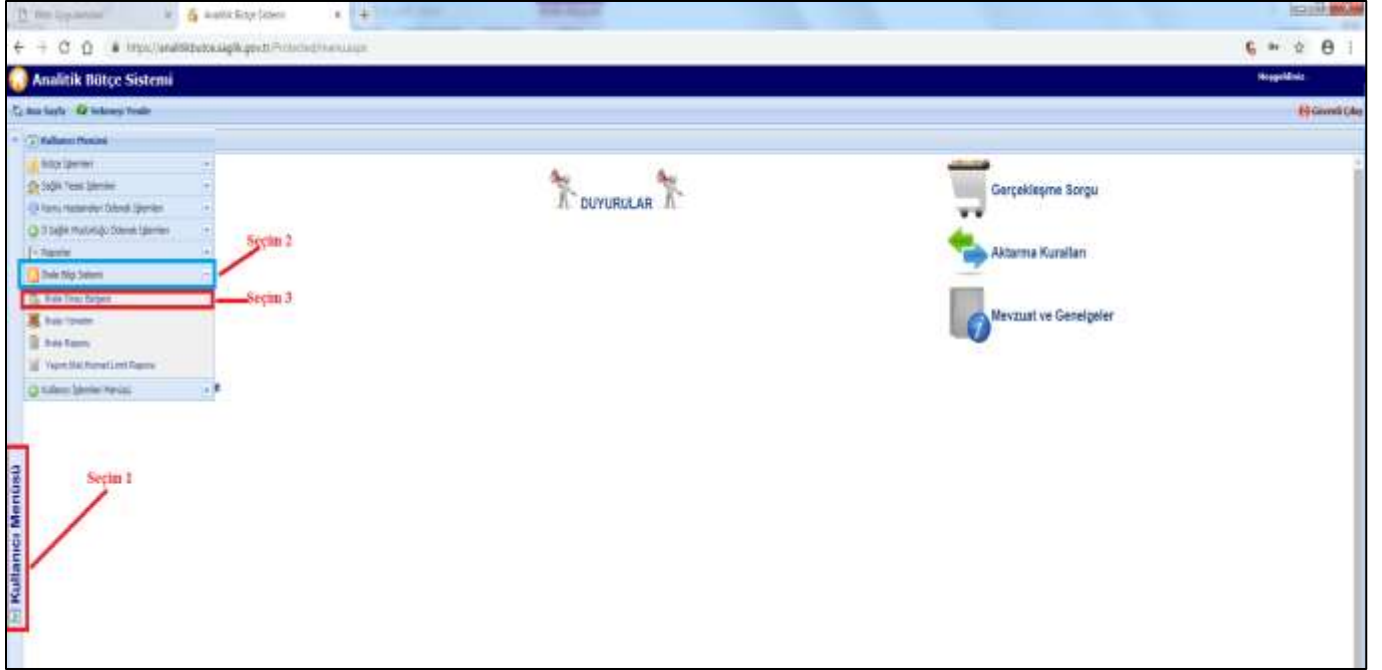
1.MBU.6.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

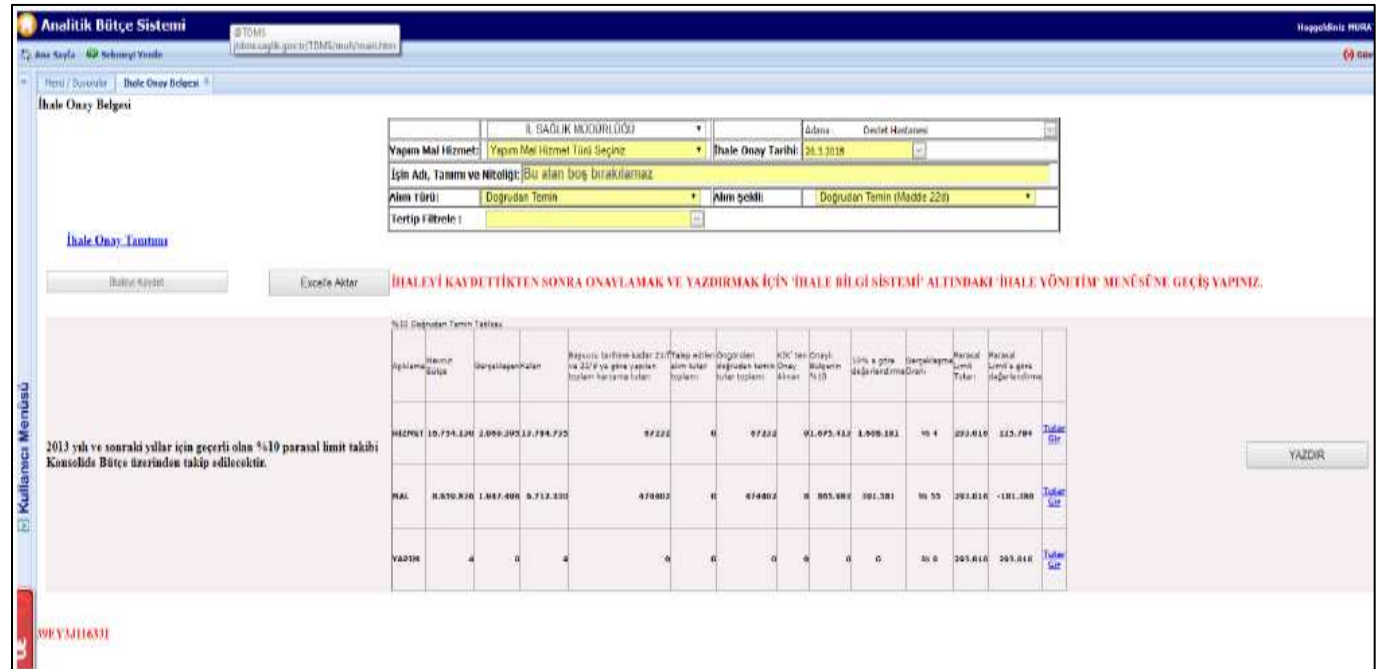
Mal alımlarında; MKYS (Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi) girişleri ile Analitik Bütçe Sistemine girilen onayların birbirini tutması gerekmektedir. Hizmet alımlarında ve yapım işlerinde dosya bazlı kontroller yapılmalıdır. Analitik Bütçe Sisteminden 21/f ve 22/d doğrudan temin onaylarının alınmasıyla hem 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)



Sağlık tesisi tarafından 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onaylarının alınıp/alınmadığının kontrolü listeden seçilen işlem için onay belgesi ve altta yer alan referans kodu ile yapılır.

SAĞLIK YÖNETİM (Muha: x) Analitik Bütçe Sistemi x

analitikbutce.saglik.gov.tr/Protected/menu.aspx

Uygulamalar ahmet babacan - Out TDMS TKHK | Türkiye Kamu Analitik Bütçe Dram Filmleri, Dram

Analitik Bütçe Sistemi

Ana Sayfa Sekmeyi Yenile

Menu / Duyurular İhale Yönetim

EK-1

DOĞRUDAN TEMİN ONAY BELGESİ

DOĞRUDAN TEMİN YAPAN İDARENİN ADI	
BELGE TARİH VE SAYISI	08.03.2018
BAŞHEKİMLİK MAKAMINA	
DOĞRUDAN TEMİN İLE İLGİLİ BİLGİLER [2]	
İşin Adı, Tanımı ve Niteliği	AMBULANS ANA SEDYESİ
İşin Miktarı	1 KALEM
Bloke Edilen Miktar	6667
Kullanılabilir Ödenek Tutarı	39.271
Yatırım Proje Numarası (varsa)	
Bütçe Tertibi (varsa)	970.06.01.01.04
Avans Verilecek Şartları	
İhale Usulü [3]	Doğrudan Temin (Madde 22d) -Doğrudan Temin
İlanın Şekli ve Adedi	
Doküman Satış Bedeli	
Fiyat Farkı Ödenecekse Dayanağı	
Bakanlar Kurulu Kararı	
DOĞRUDAN TEMİN İLE İLGİLİ DİĞER AÇIKLAMALAR [6]	
4734 Sayılı Kanunun 22. Maddesinin "d" bendine göre; ihtiyaçların temin edilmesi.	
ONAY	
Yukarıda belirtilen malın alınması için ihaleye çıkılması hususunu onaylarınıza arz ederim.	Uygundur
Adı SOYADI	İhale Yetkilisi [7]
Unvanı	Adı SOYADI
İmzası	Unvanı
İmzası	İmzası
K: İdarece hazırlanan yaklaşık maliyet hesap cetveli	
Referans Kodu: 11OV9ND1X3L5 TalimatID:	
Devlet Hasanesi 970.06.01.01.04 Hastane Medyası Alınları Tertibinden Miktarı: 1 KALEM	
Tazmin	F.DT Aktarı

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 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 : 185

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.7.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.

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 : 186

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

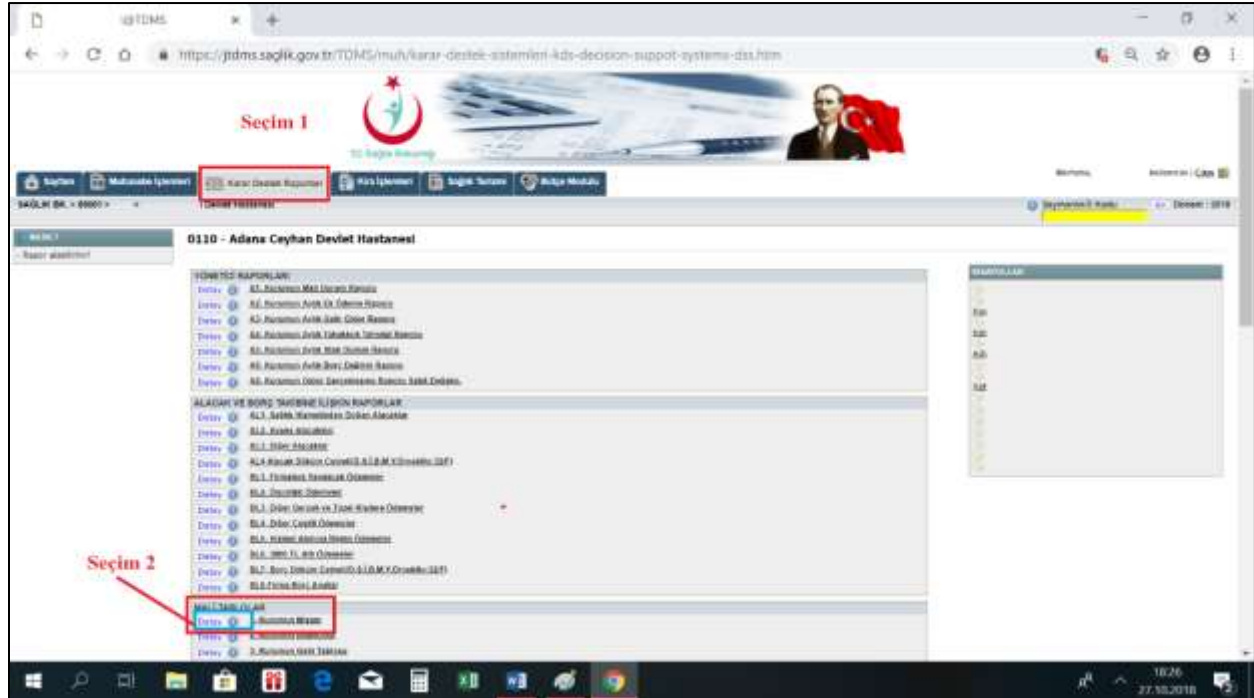
1.MBU.8.1. Alacak takipleri düzenli olarak yapılmalı ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmalıdır.

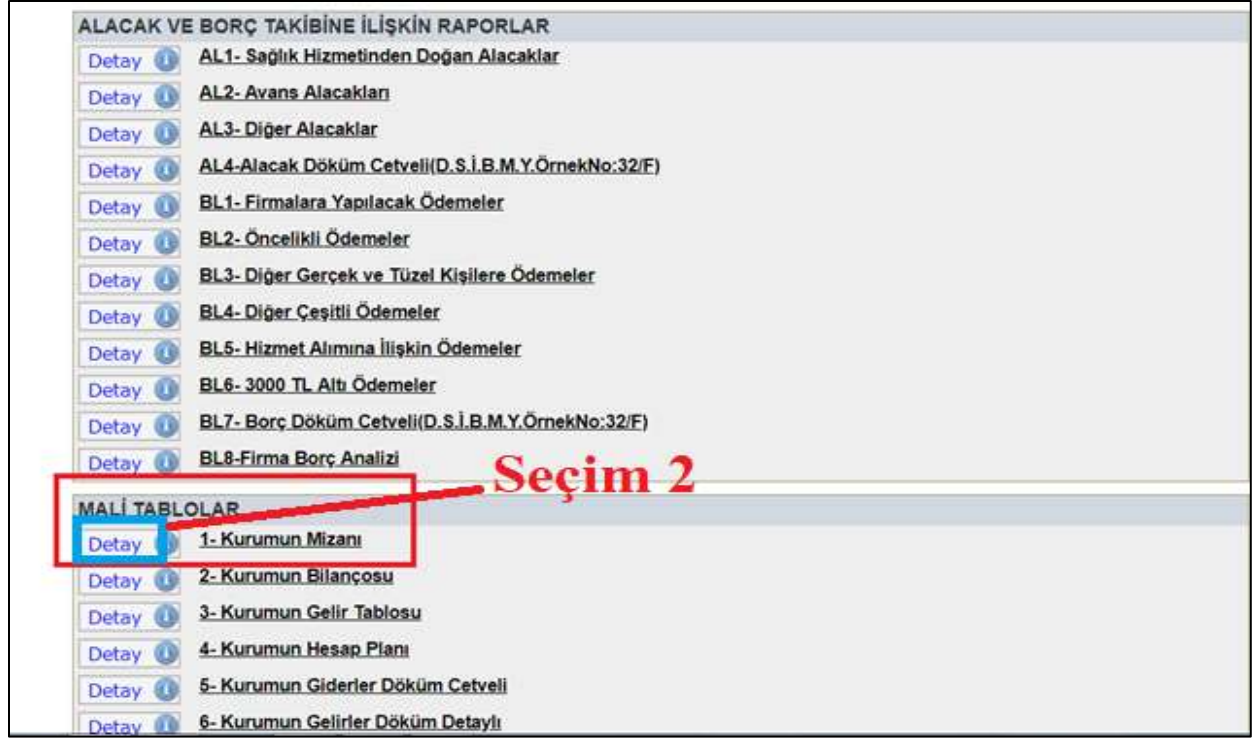
AÇIKLAMA:

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.





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.

1- Kurumun Mizanı

Şablon > Kaydet | Liste

DONEM	2018
Başlangıç Hesap Kodu	120
Bitiş Hesap Kodu	121
Başlangıç Tarihi	01.01.2018
Bitiş Tarihi	31.12.2018
Başlangıç Seviye	3
Bitiş Seviye	7

Rapor Türü : Pdf

Göster **Yazdır**

Not: Pdf Raporlari alırken sorun yaşıyorsanız, Adobe Acrobat Reader'in son versiyonunu yükleyiniz. [yükle](#)

Pdf seçimli Göster Butonuna basılır.

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 personelinde 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

Kuruluş Adı : **Devlet Hastanesi - Bütün Kurumlar**

Hesap Kodu Aralığı : **120 - 121**

Mizan Tipi : **Geçici Mizan**

Veri Kaynağı : **KDS-Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)**

Cari Yıl : **2018**

Tarih Aralığı : **01.01.2018-31.12.2018**

Rapor Tarihi : **06/08/2018 10:10:26**

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	Goç 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 Yapılmayan)	74,134.39	74,134.39	0.00	0.00
120.05.01.03.01	Diğer SGK Kapsamındaki Alacaklar Yatan Hasta (Medula Sistemine Giriş Yapılmayan)	17,530.91	17,530.91	0.00	0.00
120.05.01.03.02	Diğer SGK Kapsamındaki Alacaklar Ayaktan Hasta (Medula Sistemine Giriş Yapılmayan)	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 hükümlerle bunlara uygulanacak yıllık parasal sınırlarda yer alan faiz oranlarının uygulanması gerekmektedir.
- Türk Borçlar Kanunu

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 Kodu 320

Bitiş Hesap Kodu 321

Başlangıç Tarihi 01.01.2018

Bitiş Tarihi 31.12.2018

Başlangıç Seviye 3

Bitiş Seviye 7

Açılış Fişi Dahil ☒

Mizan Tip Geçici Mizan

Rapor Türü : Pdf

Pdf seçimli Göster Butonuna basılır

Göster Yazdır Kapat

Tarih Aralığı Seçilir

Seviye 3 - 7 olarak seçilir

Not: Pdf Raporları alırken sorun yaşıyorsanız, Adobe Acrobat Reader'ın son versiyonunu yükleyiniz. yükle

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 Adi	: 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 : 188

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 kapatmalarda da bu konulara dikkat edilmesi gerekmektedir.

Gözclemciler 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 Malzeme Noksantanı
197.03	Menkul Kıymet Noksantanı
197.04	Duran Varlık Noksantanı
197.05	Diğer Sayım ve Tesellim Noksantanı
198	DİĞER DÖNEN VARLIKLAR HESABI
198.01	Diğer Çeşitli Dönen Varlıklar
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	İİPHETİ 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 Yazdırılır

Fiş Detay	Fiş No	Fiş Tipi	Fiş Tarihi	Açıklama	Borç	Alacak	Durum
Detay	5227	Muhasebe İşlem	02.02.2018	MÜDÜR YARDIMCISI	1.500,00	0,00	M. Hasebesiz
Detay	9510	Muhasebe İşlem	15.02.2018	MALİ MEVZUAT ÖZETİNDEN İÇİN AVANS AÇIMI	0,00	74,02	M. Hasebesiz
Detay	11184	Muhasebe İşlem	20.02.2018	MALİ MEVZUAT ÖZETİNDEN İÇİN AVANS AÇIMI	0,00	67,80	M. Hasebesiz
Detay	11729	Ödeme Emri	22.02.2018	MALİ MEVZUAT ÖZETİNDEN İÇİN AVANS KAPANIŞI	0,00	1.358,18	M. Hasebesiz

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 aşmıyor 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 EĞİTİMİKURS	1.500,00	0,00
15/02/2018	8899	9510	M	İTİM AVANS ARTIĞININ HESABA ALINMASI	0,00	74,02
20/02/2018	10739	11184	M	ARTIĞI YATIRILMASI	0,00	67,80
22/02/2018	11365	11729	M	-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 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim ediliyor mu?

SIRA : 189

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

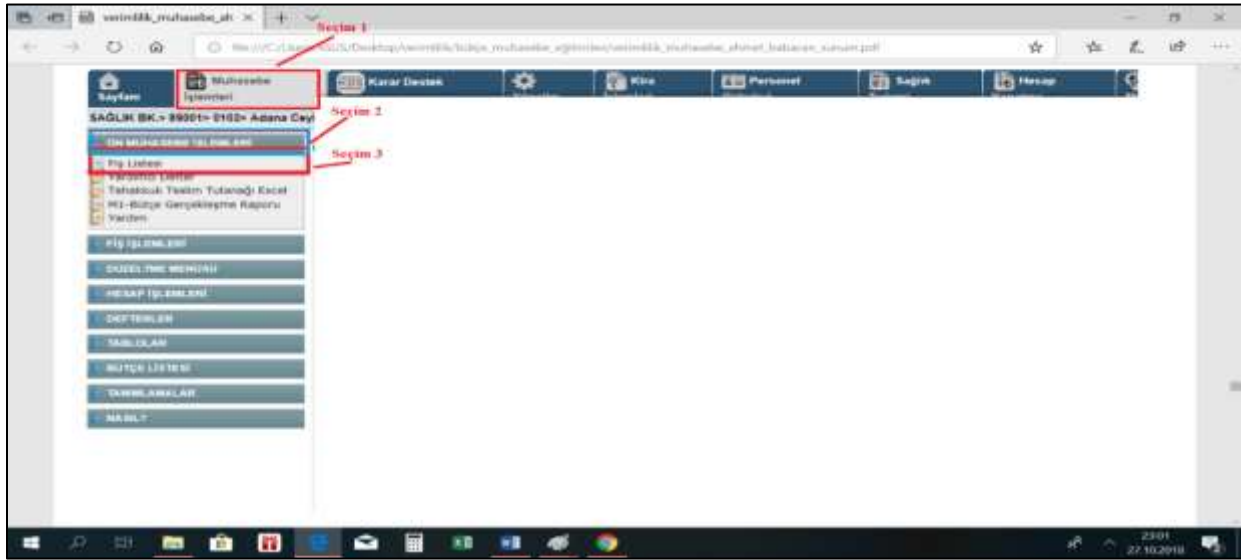
1.MBU.11.1. TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim edilmelidir.

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.

On Muhasebe Fiş İşlemleri (Devlet Hastanesi (I)) - Google Chrome

Arama Kriterleri (1012 adet) Sayfa: 1

Kurum: Devlet Hastanesi (I)

Tarih Aralığı:

Fiş No Aralığı:

Tutar Aralığı:

Alacak:

Borç:

Fiş Açıklama:

Ö.E. Belge (Fatura Vb.) Tarih Aralığı:

Ö.E. Belge (Fatura Vb.) No:

Sıralama: Fiş No

Durum: [Hepsi]

Fiş Tipi: [Hepsi]

Fiş Adet/Sayfa: 50

Fiş Bul/Ara

Ön Muhasebe Fişi 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 : 190

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

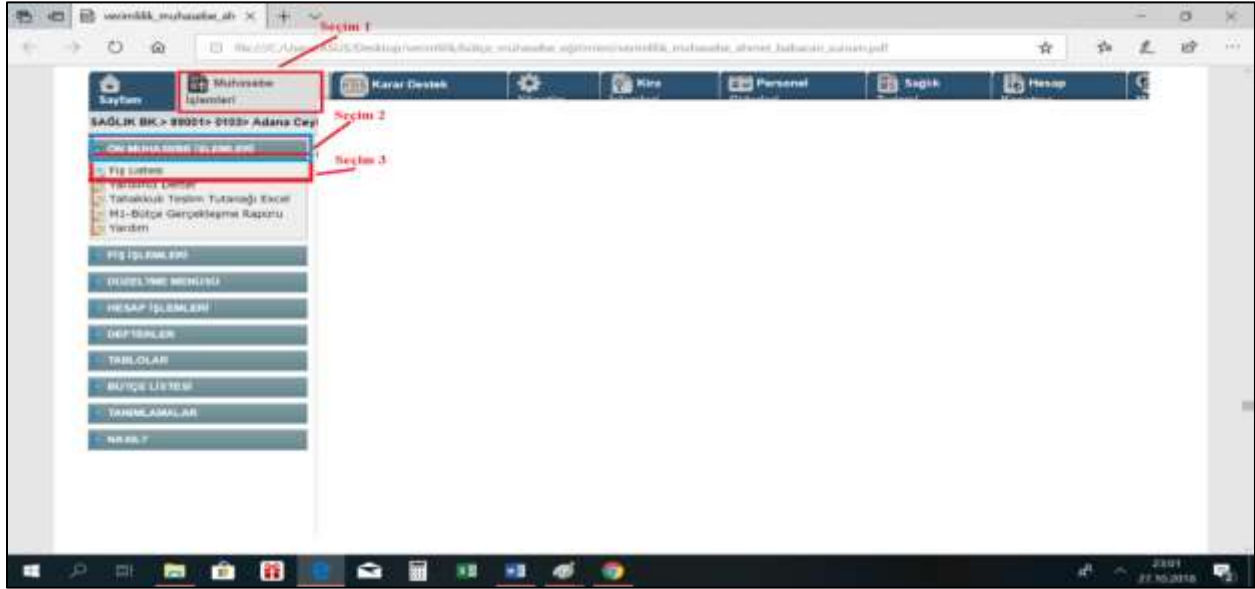
1.MBU.12.1. TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılarak yüklenmelidir.

AÇIKLAMA:

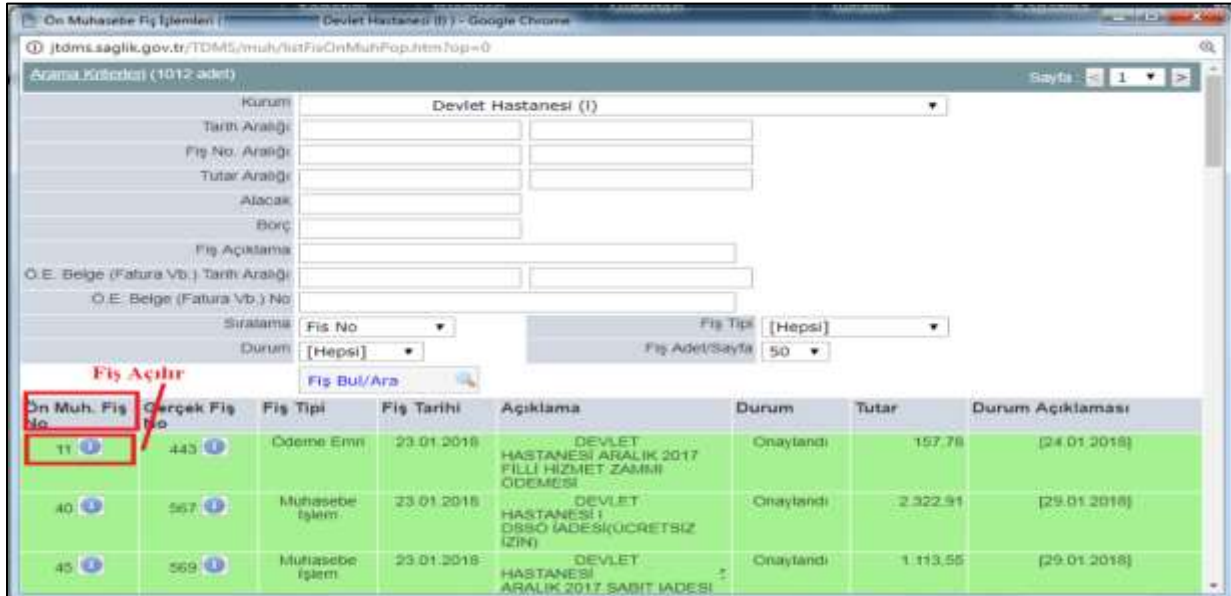
TDMS ye eksik belge girişinin engellenmesi ve ödemeye esas kanıtlayıcı belgelerin sisteme düzgün ve usulüne uygun bir şekilde yüklenmesi gerekmektedir. Ön Muhasebe Modülüne girilen fişler kontrol edilmelidir

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.



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 (saft okutur)

Durum: Onaylandı | Onaylayan: | Gerçek Fiş No: 443

İşlem Tarihi: 24.01.2018

Hazırlayan ve Uyarılar...
On muhasebe yapınız olmadıkça, için bu fişle ödemeye yapılamazınız! Yalnızca kontrol, onay veya işlemleri gerçekleştirebilirsiniz.

Kurum: 1 Devlet Hastanesi | Fiş No: 11 | Fiş Durum: Açık

Açıklama: 1 DEVLET HASTANESİ ARALIK 2017 FİLLİ HİZMET ZAM

Dosya: FİLLİ HİZMET (2).pdf Dosya eklenmiş mi bakılır ve açılır

Personel Ödemeleri Exceli Yükle

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: 44.437.988,59 B-A: -44.437.988,59		
Toplam		

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.

DAİRESİ DEVLET HASTANESİ
AİT OLDUĞU AY Ara.17
AYLIK KATSAYI 0,102706
EN YÜKSEK DEV.MEM.MAŞI 975,71

5510 S.K.SONRASI

FİLLİ VE İTİBARI HİZMET ZAMMI AYLIK ÜCRET BORDROSU

Sıra No	UNVANI	ADI VE SOYADI	Emeklilik Durum	AYLIK ÜCRET Tutarı	TABAN AYLIK	KIDEM AYLIK	İKİ GÖSTERGİ Tutarı	TAZMİNATLAR	TAHAKKUK TOPLAMI	%20 EMERKLİ KIDEMLİ FİLLİ HİZMET	ÇALIŞ	FİLLİ HİZMET SÜRESİ EKLENİCE KİSİRE (gözet)	FİLLİ veya İtibari Hizmet Zammı tutarı
1	BORTOĞLU TEKNİKÇİ		6	85,76	1.607,65	20,54	0,00	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	0,00	858,62	2.572,57	514,51			78,89

Hastanemiz Memurları ARALIK 2017 ayı YTL dir.

78,89

Devlet Hastanesi

Devlet Hastanesi

İdari ve Mali İşler Müdürü

SORU: Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?

SIRA : 191
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 : 192
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.14.1. Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS’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 SBYS’de yapılan girişlerin uyumlu olup olmadığı,
 - ✓ Sağlık tesisine müracaat edenlerin “T.C. vatandaşı , sağlık turizmi kapsamında veya turistin sağlığı kapsamında v.b.” giriş kayıtlarının SBYS’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 : 193
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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 : 194

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.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: Sağlık tesislerinde yönetimin uygun gördüğü bazı ameliyat ve girişimsel işlemler için maliyet analizi yapılıyor mu?

SIRA : 195

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.17.1. Sağlık tesisleri yönetimi tarafından uygun görülen ameliyat ve girişimsel işlemler için; bu ameliyatlar ve girişimsel işlemlerde kullanılan malzeme ve sarfların giderleri ve miktarları aylık olarak takip edilmeli ve maliyet analizi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastane yönetimi tarafından maliyet analizine yönelik çalışmaların yapılıp yapılmadığı gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

A ve B grubu hastaneler için yapılacak kontrollerde yönetimin uygun gördüğü bazı ameliyat ve girişimsel işlemler için maliyet analizi yapılıyor mu ve bu ameliyatlar ve girişimsel işlemlerde kullanılan malzeme ve sarfların giderleri ve miktarları aylık olarak takip ediliyor mu bakılır. Yapılıyor ise “**Evet**” olarak, yapılmıyor ise “**Hayır**” olarak değerlendirme yapılır.

Soru: Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?

SIRA : 196

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.18.1. Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.

1.MBU.18.2. 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.18.1. unsur için,

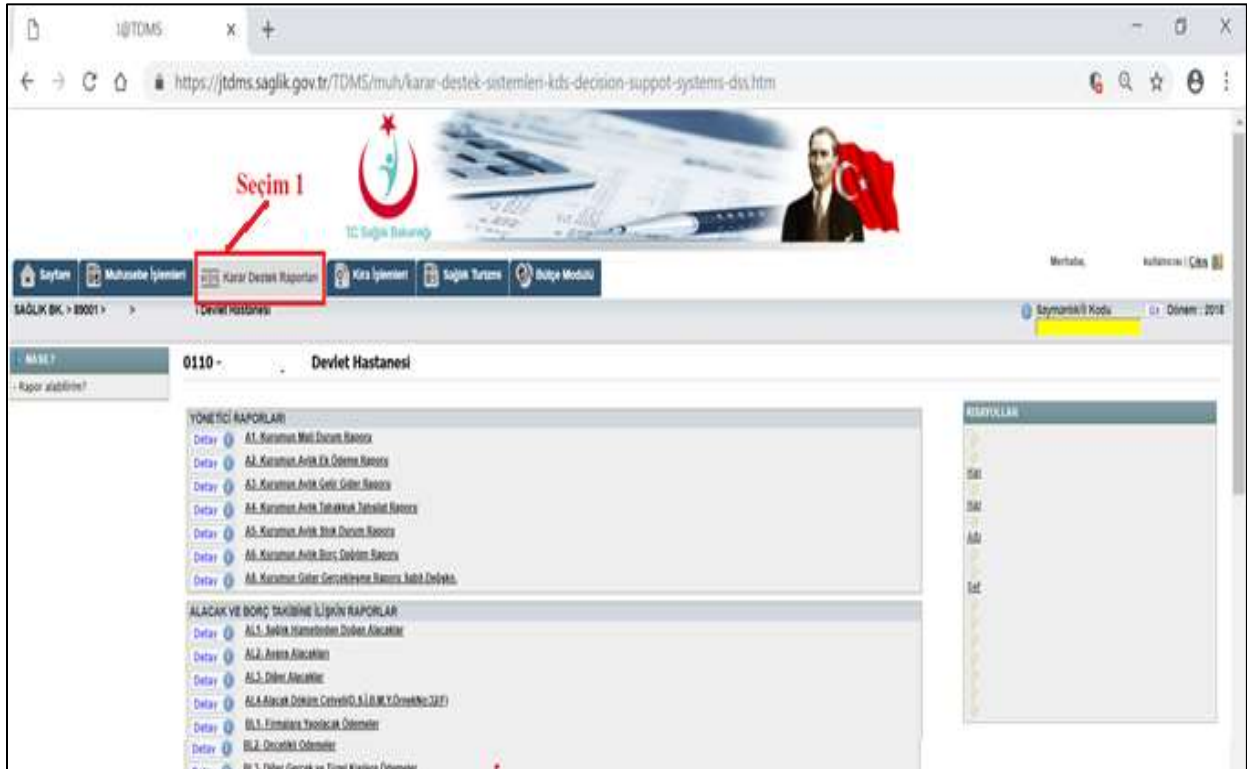
- Satın alma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen muayene kabul işlemi tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi (TİF) ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olup/olmadığı,
- Çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış olan tüm işlem TİF'lerinin, mali yıl sona ermeden 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.18.2. 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 26-Kurumların Tahk ve Tahs. Ayrıntılı Raporu (Ay)

Detay 27-Kurumların Sermaye Durumları Gösterim Raporu

Detay 232-Kurumların Faaliyet Gelir Dağılımı Raporu

Seçim 2

PERFORMANS TABLOLARI

Detay Borç / Ortalama Tahakkuk Oranı (AYLIK)

Detay Borçluluk Gün Süresi

Detay Bütçe Programından Gelen Aktarmalar

Detay Firma Bazında Borç Sorgulama

Seçim 3

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 GB01 Kuruluş-Gideri/Gelir Gerçekleştirme Raporu

Detay GB01-Gideri/Gelir Gerçekleştirme Raporu (Detaylı)

Detay GB03-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

Kuruluş Adı : Devlet Hastanesi

DONEM : 2018

Veri Kaynağı : KDS-Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)

Tarih Aralığı : 01.01.2018-31.12.2018

TDMS Link : http://tdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm

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 100, 253 (253.01 HARİÇ), 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 : 197

BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

1.MBU.19.1. Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların satın alınması öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.

1.MBU.19.2. 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.

1.MBU.19.3. Merkezi izne tabi olan tıbbi hizmet alımları öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler 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.

Birim tahmini maliyeti 250.000 TL ve daha üzerinde olanlar için Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu (TCDÖİK)'ndan gerekli izin alınmalıdır.

KAYNAK:

09.04.2019 tarih ve 91224916 barkod numaralı “Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri ve Genel Hususlar” konulu yazı.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı