

**ADSM/ADSH
VERİMLİLİK YERİNDE
DEĞERLENDİRME REHBERİ
2018**



Ankara

2018

1 / 234

HAZIRLAYANLAR*	
ADI-SOYADI	UNVAN
Prof. Dr. Murat ALPER	Genel Müdür
Uzm. Selim BENER	Genel Müdür Yardımcısı
VERİMLİLİK VE KALİTE UYGULAMALARI DAİRE BAŞKANLIĞI	
Uz. Dr. Cihan DÖĞER	Daire Başkanı
Uz. Dr. Mustafa ORUÇ	Birim Sorumlusu
Uz. Dr. Hatice ADSAN	Uzman Hekim
Safiye ARIASLAN	Hemşire
Safiye DİNÇ	Hemşire
Ebru DUMAN	Ebe
Ayşe GEZ YİĞİT	Hemşire
Gökşen İLHAN	Hemşire
Hülya İŞLER	Diş Hekimi
Emine KAYA	Hemşire
Hatice KOCABAŞ	Sağlık Memuru
Özgün MISIRLIOĞLU	Eczacı
Ayşe Sibel ÖKSÜZ	Laboratuvar Teknisyeni
Meriç ÖZDİYAR	Biyolog
Sebahat ÖZTÜRK	V.H.K.İ.
Arzu SUER	Diş Hekimi
Selma YILMAZ	Hemşire
Sevilay YÜCELKAN	Hemşire
TEDARİK PLANLAMA, STOK VE LOJİSTİK YÖNETİMİ DAİRE BAŞKANLIĞI	
Uz. Ecz. İrem MÜHÜRÇÜ	Daire Başkanı
Kemal Tolga ÇETİN	Biyomedikal Mühendisi
Hikmet ÇIRNIK	V.H.K.İ.
Orhan ZİYA	Eczacı
DÖNER SERMAYE BÜTÇE VE MUHASEBE İŞLEMLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Özkan ARSLAN	Daire Başkanı
ŞEHİR HASTANELERİ KOORDİNASYON DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Burcu DEMİR	Biyomedikal Mühendisi

* 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.



Bakanlığımızın strateji ve hedefleri doğrultusunda sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyetin üst düzeye çıkarılması ve etkin sağlık yönetimi için kaynak kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi esastır.

Bu maksatla, sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, problemleri kaynağında tespit edip, çözüme kavuşturmak ve verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla sağlık tesisleri içinde bulunduğu şartlarda; sahip olduğu donanım, hizmet verdiği bina ve cihaz parkı gibi çalışma koşullarını etkileyen tüm etkenler, hizmet süreçleri ve sunulan hizmetin verimliliği, etkinliği ve kalitesini proaktif ve daha etkin değerlendirmek amacıyla çok sayıda yeni soru ve unsur eklenmiştir.

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde yol göstermesi için hazırlanan Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi, sağlık tesislerimizin verimlilik ve kalite alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır.

Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberinde bulunan her soru, hasta ve hasta yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat ve Uluslararası kalite ve akreditasyon kaynakları göz önüne alınarak hazırlanmıştır.

Verimlilik unsurları üzerine yoğunlaşarak revizyonu sağlanan rehberimize katkıda bulunan Merkez ve taşra teşkilatındaki başta Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarımıza teşekkür eder, rehberimizin verimli ve etkin sağlık hizmeti sunumunda yol gösterici olması temennisiyle hayırlı olmasını dilerim.

Prof. Dr. Murat ALPER

Genel Müdür



Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak hedefimiz, Bakanlığımızın sağlık politikalarını esas alarak, sağlık tesislerinde etkin sağlık yönetiminin sağlanması, kaynakların etkin kullanımı, sunulan sağlık hizmetinin verimliliğinin değerlendirilip, artırılmasıdır.

Bu hedef doğrultusunda her bir sağlık tesisinin değerlendirilmesi amacıyla görev alan ve deneyimli çözüm önerileri sunabilen gözlemci ekiplerimiz ile yıllık plan doğrultusunda hazırlanan programlarla yerinde değerlendirmeler gerçekleştirilmektedir.

430 kişiden oluşan verimlilik gözlemci ekiplerimiz büyük bir özveri ile Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerimizin 2015 yılında %87'sine, 2016 yılında %88'ine, 2017 yılında % 89'una yerinde değerlendirme ziyaretlerini gerçekleştirmişlerdir. Ziyaret edilen sağlık tesisine ait değerlendirme raporu ve diğer sağlık tesislerindeki iyi uygulama örnekleri sağlık tesisi yöneticileri ve Bakanlığımızın ilgili birimleri ile paylaşılmaktadır.

Gözlemcilerimizin hakkaniyetli, objektif değerlendirme yapmalarını sağlamak için her yıl gündemi takip eden, güncel uygulamalara yönelik revizyonlar yapılan "Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi" hazırlanmıştır. **Bu yıl yapılan revizyon çalışmasında yeni eklenen unsurlarla sağlık tesislerinin tıbbi, idari ve mali yönetim süreçlerinin iyi ve verimli yönetilip yönetilmediğine odaklanılmış olup,** ölçüm ve değerlendirmenin yapıldığı çok sayıda yeni unsur eklenmiştir. Rehber aynı zamanda yöneticilerimiz için etkin yönetim rehberi vizyonu ile hazırlanan kaynak kitap niteliğindedir.

Sağlık tesislerimizin değerlendirilmesinde görev alan ve önerileri ile bizi aydınlatan verimlilik yerinde değerlendirme gözlemcilerine, her biri konusunda uzman 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

SUNUŞ

663 sayılı ‘‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’’ nin 14/B Maddesi ile ‘‘Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge’’ nin 17 Maddesi kapsamında sağlık tesislerinin yerinde değerlendirmesi ‘‘Verimlilik Gözlemcileri’’ tarafından yapılmaktadır.

Sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, eksikleri yerinde görmek ve kaliteli, verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek ve sürekliliğini sağlamak, amacıyla oluşturulan yerinde değerlendirme ekipleri, sağlık tesisleri ziyaretleri sırasında saydığımız tüm unsurları göz önünde bulundurarak süreçleri gözlemlemede, tespit ettikleri problemlere, yöneticilerle beraber czm yolları aramaktadırlar. Amaç problemleri kaynağında tespit edip czme kavuşturmaktır. Kaynağında czm üretilmeyen problemler ise hazırlanan raporlar vasıtasıyla Bakanlığımızın ilgili bölümleriyle paylaşılarak, saha ile merkez arasında bağlantı sağlanmaktadır. Ayrıca gözlemciler tarafından bir sağlık tesisinde tespit edilen iyi uygulama örnekleri, diğer sağlık tesisleri ile paylaşılmaktadır

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde kılavuz olması için, Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanan Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi (ADSM/ADSH)’ nde, gözlemcilerin değerlendireceği sorular, sorunun değerlendirilmesi sırasında değerlendirilecek unsurlar, soru hakkında açıklamalar ve ilgili kaynaklara yer verilmiştir. Rehber sağlık tesislerimizin verimlilik alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır. Yerinde Değerlendirme ehberi’nde bulunan her soru, hastaların, hasta yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat, Bakanlık hedefleri ve uluslararası kaynaklar göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Bu seneki revizyon çalışmasında yeni eklenen unsurlarla sağlık tesislerinin tıbbi, idari ve mali yönetim süreçlerinin iyi ve verimli yönetilip yönetilmediğine odaklanılmış, kalite yönetimi ile ilgili sorular azaltılarak verimli ve etkin yönetim artışı hedeflenmiştir.

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.

Sağlık tesisi çalışanlarının uygulamalara ilişkin farkındalığı, bilgi düzeyi, çalışmalarının ve davranışlarının uygulamalarla uyumu, uygulamanın benimsenme düzeyinin göstergesidir. Gözlemciler; çalışanlarla yaptıkları görüşmeler ve gözlemleri sonucunda değerlendirme anında değerlendirilecek unsurların yerine getirilip getirilmediğini saptar. Ayrıca tıbbi kayıtlarla uygulamalar geriye dönük olarak izlenebilmelidir.

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 gosterir. İstenen; uygulamanın belli zaman dilimlerinde değil sürekli olmasıdır. Benzer biçimde; uygulama mesai içinde olduğu gibi mesai dışında da etkili olmalıdır.

Sağlık tesislerinde bu rehber kılavuzluğunda gerçekleştirilen verimlilik yerinde değerlendirmelerinin sağlık sistemimize ve hastanelerimize katkı sağlaması ve iyileştirme çalışmalarına yol gostermesini dileriz.

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:

P.1.1. Sağlık tesisinin web sitesinde sağlık tesisine ulaşım linki bulunmalıdır.

P.1.2. Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklara sağlık tesisine ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalıdır.

P.1.3. Poliklinik bina ve kat girişleri ile sağlık tesisinin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhaları yeterli ve işlevsel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastaların sağlık tesisine erişimini kolaylaştırmak için tesisin web sitesine sağlık tesisine ulaşım linki eklenmiş olmalıdır. Ulaşım bölümünde harita, özellikle sağlık tesisine hangi toplu taşıma araçları ile nasıl ulaşılacağı vb. bilgiler bulunmalıdır.

Örneğin; Sağlık Tesisimize ulaşım;

Metro ile;

Sağlık Tesisimize gelmek için, Metro ile Kızılay' dan aktarma yaparak Bilkent Durağında 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 Sağlık Tesisimize ulaşabilirsiniz.

Şehirlerarası Otobüs Terminalinden (AŞTİ), Bilkent dolmuşları ile Sağlık tesisimize ulaşabilirsiniz..

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

Sağlık Tesisinin yakınındaki cadde ve sokaklara sağlık tesisine ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalıdır.

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

Sağlık tesisinin büyüklüğü nedeniyle hastalara sağlık tesisi içinde istenen tetkik ve işlemlerin sağlık tesisinin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına doğru yönlendirme yapmak amacıyla bilgilendirme yapılmalıdır.

SORU: Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

SIRA : 2
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

P.2.3. Hasta kayıt birimlerinde çalışan personel sayısı, sağlık tesisinin büyüklüğü ve başvuran hasta sayısı düşünülerek yeterli sayıda planlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgileri (ev/cep telefonu vb.) güncellenmeli, sağlık tesisi tarafından kendisine ait işlemler için SMS ile bilgilendirmeye rızasının olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Hasta kayıt birimlerinin önünde hasta yığılmalarını engellemek amacıyla hasta kayıt birimi sayısı, sağlık tesisinin büyüklüğüne ve başvuran hasta sayısına göre planlanmalıdır. Gözlemciler tarafından kayıt biriminde sağlık tesisinin en yoğun olduğu saatlerde hasta kuyruklarının bulunup bulunmadığı, bir hastanın kayıt yaptırmak için ortalama kaç dakika beklediği gibi durumlar gözlenmelidir.

KAYNAK:

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (GÜNCELLENME TARİHİ : 20/10/2016)

Bilgi İsteme Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık

kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulünü öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkraya uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmaları gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

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

İKİNCİ BÖLÜM Poliklinik Sekreterliği Birimlerinin Kurulması,

Birimde Görevlendirilecek Personelin Nitelikleri ve Görevleri

Poliklinik sekreterliği birimi kurulması Madde 6 –

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

(2) Poliklinik sekreterliği birimlerinin şu şartları taşıması gerekir;

a) Poliklinik sekreterliği birimleri, hastaların rahatça ulaşabileceği ve görebileceği şekilde poliklinik odalarına yakın yerlerde oluşturulur.

b) Poliklinik sekreterliği birimleri çevresi açık, masa veya masa kullanım yüksekliğine sahip, hastaların oturtularak işlemlerinin yapıldığı birimler şeklinde düzenlenir.

c) Hastaların sıra takibini kolaylıkla yürütebilmeleri için uygun elektronik sistem kurulabilir. Hasta ve yakınlarına yardımcı olmak ve yönlendirmek için refakat görevlisi görevlendirilebilir.

ç) Poliklinik sekreterliği biriminin çalışmasına uygun olarak telefon ve bilgisayar gibi gerekli donanım bulunur ve fiziki düzenlemeler yapılır.

Poliklinik sekreterliği biriminde görevlendirilecek personelin nitelikleri ve görevleri

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

a) Hasta ve yakınlarını nezaket kuralları içerisinde bilgilendirir ve yönlendirir.

b) Kurumun belirlediği renk ve özellikte kıyafet giyer ve tanıtıcı kimlik kartı takar.

c) Hastayı prosedür ve süreçler hakkında bilgilendirir.

ç) Hekim tercihi belirtmeyen hastaları, şikâyetlerine uygun uzmanlık dalındaki en az hasta sayısı olan hekime yönlendirir.

d) Telefonla bilgi isteyen hastalara hekimlerin çalışma günleri konusunda bilgi verir.

e) Her ayın son beş iş günü öncesi hekimlerin bir sonraki aya ait çalışma takvimini idareden temin eder.

f) Poliklinik hizmeti veren hekimlerin günlük ve aylık çalışma takvimi poliklinik sekreterliği biriminde bulunur, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi sağlanır.

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

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.3.1. Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.

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. Birden fazla poliklinik bina girişi olan sağlık tesislerinde, her giriş alanı için bu şart aranmalıdır.

Sağlık tesisinin büyüklüğüne ve hasta yoğunluğuna göre karşılama yönlendirme personeli sayısı değerlendirilmeli, yaka kartlarının takılmış olduğu, personelin diğer personelden ayırt edici kıyafet (Farklı renkli veya amblemli ceket, fular, kravat vb.) giydiği gözlemlenmelidir. Karşılama yönlendirme personeline hasta memnuniyeti, kişilerarası ilişkiler, iletişim becerileri konusunda eğitim verilip verilmediği hem kayıtlar üzerinden hem de teorik olarak bazı sorular yöneltilerek değerlendirilmelidir. Karşılama yönlendirme hizmetinin etkin yapılıp yapılmadığı eski kamera kayıtları incelenerek de değerlendirilebilir.

SORU: Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.4.1. Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın isim veya sıra numarasının görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

P.4.2. Öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.

P.4.3. İsmi açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

P.4.4. Poliklinik odalarında özel firma ve şirketlere ait reklam ve tanıtım materyali olmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Her muayene odası girişinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için kullanılan elektronik sistemin çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Genelgede yayımlanan öncelikli hastaların monitörlerde ilan edilip edilmediği gözlemlenmelidir.

İsminin açıklanmasını istemeyen hastalara yönelik hasta kayıt personelinin bilgisi değerlendirilmeli ve bu süreç gözlemlenmelidir.

Özel firma ve şirketlere ait reklam ve tanıtım materyalinin poliklinik odalarında bulunup bulunmadığı gözlemci tarafından kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

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

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Polikliniklerin Düzenlenmesi, Çalışma Usul ve Esasları

Polikliniklerin düzenlenmesi

Madde 8 – (1) Kurumlarda, hekim sayısı kadar poliklinik muayene odası ve dış hekimi sayısı kadar dış ünitesi oluşturulur. Bu odalarda poliklinik hizmetlerinin sunulmasına uygun gerekli donanım bulunur ve fiziki düzenlemeler yapılır. Her polikliniğe alınması mümkün olmayan cihazlar ortak kullanım için planlanır.

(2) Bu Yönerge kapsamındaki hizmetlerin sunulabilmesi için;

a) Poliklinik odaları hasta muayenesine uygun olarak düzenlenir.

b) Poliklinik oda kapılarına hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılır.

c) Poliklinik odalarına muayene yapılan uzmanlık dalına uygun malzemeler kurum idaresince temin edilir.

ç) Her poliklinikteki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görülmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulur.

d) Poliklinik odalarında iç ağ ve otomasyona bağlantısı olan bilgisayar bulundurulur.

e) Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması ve hasta muayenesinin kesintiye uğramaması için gerekli önlemler alınır.

f) Klinik dallarda uzman olan başhekim yardımcılarının odaları aynı zamanda poliklinik odası olarak da düzenlenebilir.

g) Hekimin kendine ait poliklinik odasını kendi imkânları ile tefriş edebilmesine fırsat verilir.

Çalışma usul ve esasları

Madde 9- (1) Bu Yönerge kapsamındaki poliklinik hizmetleri şu şekilde düzenlenir.

a) Polikliniklerde hastaların ihtiyacına göre öncelikli olarak tıbbi sekreter olmak üzere gerekli sağlık personeli görevlendirilir.

b) Tetkik isteme ve tetkik randevusu verme işlemleri poliklinik odasından yapılarak sonuçlar poliklinik odasındaki bilgisayardan görünecek ve çıktı alınacak şekilde düzenlenir.

- c) Yatarak tedavi görmekte olan hasta, hekimini değiştirmek istediğinde istediği hekime muayene ve tedavi olma imkanı sağlanır.
- ç) Kurum, kendi seçimi ile ilgili hekime muayene olan hastanın, tıbbi açıdan da bir engel yoksa tedavi ve ameliyatını aynı hekimin yapması için gerekli düzenlemeleri yapar.
- d) Cerrahi uzmanlık dallarında hekimlerin ameliyat günleri aylık olarak belirlenir ve listeler hastaların bilgilendirilmesi amacıyla poliklinik sekreterliklerinde bulundurulur. Hastalar muayene olmak istedikleri hekime yönlendirilir. Listede olabilecek değişiklikler konusunda hasta ve yakınları poliklinik sekreterleri tarafından zamanında bilgilendirilir.
- e) Hekimin hizmetin gerektirdiği zorunlu hallerde poliklinik odasından ayrılması durumunda hastalara gerekli bilgi, ilgili personel tarafından verilir.
- f) Hastanın isteği doğrultusunda poliklinik odasında yanında bir yakını bulunabilir.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİğİ(GÜNCELLENME TARİHİ: 20/10/2016)

Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10- Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkânlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürlüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

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

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

P.5.1. Sağlık tesisinde bulunan poliklinik odaları bir veya iki diş hekiminin birlikte hizmet verebileceği şekilde düzenlenmelidir.

P.5.2. Poliklinik yapan her diş hekime bir diş ünitisi tahsis edilmelidir.

P.5.3. Her poliklinik odasında diş hekimlerinin kullanımına tahsis edilen cihaz ve donanımlar yeterli sayıda olmalıdır. (Endodontik döner alet, kavitrone ve uçları, amalgamatör, ışıklı dolgu cihazı vb.)

P.5.4. Hasta yoğunluğu ve her hastadan sonra aeratör başlığının steril edilmesi göz önüne alınarak her diş hekimi için yeterli sayıda mikromotor ve aeratör başlığı bulunmalıdır.

P.5.5. Poliklinik oda sayısının hekim sayısına oranı ve donanımı yönetim tarafından takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan poliklinik odaları bir veya iki diş hekiminin birlikte hizmet verebileceği şekilde düzenlenmelidir. Poliklinik yapan her bir klinik için asgari olarak aşağıdaki tabloda

belirtildiği gibi klinisyen hekim sayısı, poliklinik oda sayısı ve klinik kullanımına ayrılan poliklinik odası oranları hesaplanmalı, yeni poliklinik odası açıldığında, yeni klinisyen hekim göreve başladığında tablo güncellenmeli ve yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Fiziki açıdan uygun olmayan sağlık tesisleri gözlemci tarafından gözlemlenmelidir. Eğer poliklinik açılması için uygun alanlar var ve poliklinik olarak kullanılmıyor ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Nitelikli ünit (bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamı) sayısının toplam ünit sayısına oranı hesaplanmalıdır. Her hekime bir ünit tahsis edilip edilmediği gözlenmelidir.

Poliklinik Odası Takip Tablosu						
Poliklinikler	Poliklinik Oda Sayısı	Diş Ünit Sayısı	*Nitelikli Ünit Sayısı	Aktif Diş Hekimi Sayısı	** Aktif Diş Hekim Başına Düşen Poliklinik Odası Oranı	*** Sağlık Tesisinin Toplam Nitelikli Ünit Oranı
1.Nolu poliklinik		4	0			
Ortodonti		2	2			
Pedodonti		1	1			
Engelli polikliniği.....						
Cerrahi Kliniği		2	0			
.....						
TOPLAM						

* Nitelikli ünit sayısı= Bir veya iki ünit bulunan odalardaki ünitlerin toplamıdır.

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

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

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

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

KAYNAK:

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

Madde 5- (1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda;

b) Her hekime bir poliklinik odası sağlanarak poliklinik yapılan oda sayılarının artırılması

suretiyle belirli saatlerde yaşanan yığılmaların önlenmesi ve hasta bekleme sürelerinin azaltılması esastır.

SORU: Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltacak önlemler alınmış mı?

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

P.6.1. Poliklinik alanlarında hasta yoğunluğunu ve hastaların bekleme süresini azaltacak önlemler alınmalıdır.

P.6.2. Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcileri poliklinikleri özellikle yoğun olan saatlerde değerlendirmelidir. Yoğunluğu azaltmak için yapılan düzenlemeler hakkında bilgi almalıdır.

Sağlık tesisi yönetimi tarafından poliklinik alanları, özellikle 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.

Poliklinikler kendi branşları ile ilgili birimlere (Örneğin: Endodonti Kliniği-Radyoloji, Protez Kliniği- Protez lab vb.) yakın olmalı ve Pedodonti Kliniği hasta yoğunluğunun daha az olduğu alanlarda konumlandırılmalıdır. Poliklinik hizmeti birden fazla katta verilen sağlık tesisleri bu katlara erişimi kolaylaştıracak düzenlemeleri yapmalıdır.

Poliklinik önü bekleme alanları ve koridorlar polikliniklerin hasta sayısına göre kalabalığı azaltıcı şekilde düzenlenmelidir.

Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinikler mümkün olduğunca birbirlerine yakın olarak konumlandırılmamalıdır.

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

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

Örnek: Ocak ayında A hekimini tarafından 500 hasta muayene edilmiş ise;
Ortalama muayene bekleme süresinin hesaplanması:

1.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 5 dakika

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

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

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

500 hastanın; hasta ilk kayıt ile muayene saati arasındaki zaman farkı toplamı: 1500 dakika
Ocak ayı A Hekimi için ortalama poliklinik bekleme süresi =1500/500= 3 dakika
Süreler aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Poliklinik Ortalama Muayene Bekleme Süresi Takip Tablosu			
Hekim Adı	OCAK	ŞUBAT
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Gözlemciler tarafından DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (Güncelleme Tarihi: 04/12/2014) Madde 5-(1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda; ğ) Yapılacak tüm düzenlemelerde hasta yararının gözetilmesi ile hastalara gerekli danışmanlık hizmetleri verilerek bilgilendirilmeleri ve personel-hasta iletişimini kolaylaştıracak uygulamalar yapılması, esastır. Çeşitli ve Son Hükümler Kurumun sorumlulukları Madde 13- (1) b) Kurumda poliklinik sayılarının artması ile diğer birimlerde, hizmetlerde oluşacak yığılmaların engellenmesi için gerekli tedbirler alınır.

SORU: Poliklinik hizmetlerine geç başlama bildirimi yapılıyor mu?

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.7.1. Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirim SMS ile ilgili kişilere yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Poliklinik hizmetlerinin başlama ve bitiş saati ile poliklinik hizmetlerine geç başlamada ilgili hekime ve ilgili başhekim yardımcısına SMS ile yapılacak bildirim aralıkları sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.

Örneğin;

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

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

Poliklinik hizmeti 08:40 itibari ile hala başlamadı ise;

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

Poliklinik hizmeti 08:50 itibari ile hala başlamadı ise;

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

SORU: Polikliniklerde hastalara kullanılan ilaç ve sarf malzemelerin güvenli kullanımına ilişkin düzenleme yapılmış mı?

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.8.1. Kullanılacak lokal anestezipler, diğer ilaçlar hastaya özel hazırlanmalı ve kimyasal maddelerin birbiri ile karışmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. (Farklı renkte etiket yapıştırılmış enjektörler, enjektör uçları vb.)

AÇIKLAMA:

Lokal anestezipler toplu halde enjektörlere çekilerek alanda bekletilmemeli, gerektiğinde hastaya özel çekilerek kullanım sonrası iğneler kesici delici malzeme kutusuna, enjektörler tıbbi atık kutusuna atılmalıdır.

Antiseptik solüsyonlar ile anestezi solüsyonların hastaya uygulanmasında karışmasını önlemeye yönelik önlemler alınmalıdır. Hastaya, uygulama anında anestezi solüsyonu ve irrigasyon solüsyonları (sodyum hipoklorid, oksijenli su, serum fizyolojik vb.) çekilmeli ve hekim istediği zaman hasta başında hazırlanmalıdır. Örneğin. Irrigasyon solüsyonları için irrigasyona özel uçlar takılması, farklı boy ve renkte enjektör kullanılması, anestezi veya antiseptik solüsyon içeren enjektörün üzerine renkli ya da yazılı uyarı yapıştırılması vb. önlemler alınmalıdır.

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

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.9.1. Hastanın anamnez bilgileri DHBS’ de kayıt edilmelidir.

P.9.2. Sağlık tesisinde ve diğer sağlık tesislerinden istenilen konsültasyonların istem zamanı, gerçekleşme zamanı ve konsültasyon sonuçlarının DHBS ’de kayıt altına alınmalıdır.

P.9.3. Hastaya verilen tüm tedavi işlem randevuları MHRS üzerinden verilmeli, verilen randevuda hangi işlemin (dolgu, kanal tedavisi, preperasyon) yapılacağı belirtilmelidir.

P.9.4. Konservatif tedavi, endodontik tedavi, protez vb. randevu süreleri DHBS üzerinden tanımlanmalıdır.

P.9.5. Sağlık tesisinde randevu gerçekleşme süreleri DHBS’ de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

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

Hastaya verilen tüm tedavi işlem randevuları MHRS üzerinden verilmeli, verilen randevuda hangi işlemin (dolgu, kanal tedavisi, preperasyon) yapılacağı belirtilmelidir.

Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tedaviler için manuel yapılan kayıtlar ve randevu defterleri kaldırılarak DHBS üzerinden elektronik defter kaydı yapılarak takip edilmelidir.

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

Örneğin, Ayın 1’ inde 6 hastaya dolgu yapılmış ise,

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

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

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

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

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

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

Sağlık tesisinin dolgu randevu verilme zamanı ile dolgu gerçekleşme zamanı arasındaki süresinin hesaplanmasında, en sık tekrar eden değer (5 iş günü) randevu süresi olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak ayın 1’i için;

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

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

..... Ayı Dolgu Randevu Gerçekleşme Süre Takip Tablosu																					
Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	31	..... AYI
Randevu Gerçekleşme Süresi (mod hesabı)	4	3	5	5	6	5	5	6	7	8	7	5	5	8	6	5	5	6	7	6	5
En Uzun Randevu Gerçekleşme Süresi	10	15	9	15	13	12	16	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 gerçekleştirme süresi: Gün içerisinde gerçekleştirilen randevulardan en uzun randevu gerçekleştirme süresini ifade eder.

Ocak ayının tamamı için;

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

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

Gözlemciler, tetkik randevularının DHBS' üzerinden verilir verilemediğini, hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığını yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

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

..... Yılı Randevu Verme /Randevu Gerçekleştirme Süreleri Takip Tablosu					
Tedavi	Hedef Süreler*	Sağlık Tesisi Randevu Verme /Randevu Gerçekleştirme Süreleri			
		OCAK	ŞUBAT	.....	ARALIK
Dolgu	..... iş günü				
Kanal Tedavisi	..... iş günü				
Protez	..... iş günü				
Cerrahi Çekim	..... iş günü				
Yer Tutucu	..... iş günü				
Ortodontik Aparey	..... iş günü				
Gece Plağı	..... iş günü				
Diğer .....	...			

*Bu tedavilere ait hedef süreler sağlık tesisince belirlenecektir.

SORU: Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları Bakanlık hedeflerine uygun mu?

SIRA : 10

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK

BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.10.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen 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 klinisyen 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 Sayısı / Toplam Sayısı	Sayısı / Reçete
			(Acil) Nöbet Hizmetleri	Poliklinik (Ayaktan)			

KAYNAK:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

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

İlgi: a)Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün 07/11/2012 tarih ve B.10.0.SBS.0.08.00.00.700.3626 sayılı yazısı.

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

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

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

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

SORU: Sağlık tesisinde MHRS kullanım oranı takibi ve analizi uygun yapıyor mu?

SIRA : 11

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.11.1. MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.

P.11.2. Poliklinik odası girişlerinde bulunan hasta çağrı ekranında MHRS'den randevu alan hastanın MHRS randevulu olduğu belirtilmelidir.

P.11.3. İlk muayenesi yapılan hastanın, devam eden kontrol muayene randevuları MHRS üzerinden verilmelidir.

P.11.4. MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri analiz edilmeli, DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

MHRS' den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için ayrılmış hasta kabul birimi veya öncelikli numara alma sisteminin olup olmadığı, poliklinik girişinde bulunan hasta çağrı ekranında hastanın MHRS hastası olduğunun belirtilip belirtilmediği gözlenmelidir.

İlk muayenesi yapılan hastanın devam eden kontrol muayene randevuları MHRS üzerinden verilmelidir. Sağlık tesisi tarafından devam eden muayene randevularının kullanım oranları takip edilmelidir. Açılan Devam Eden Muayene Cetveline randevu verme oranı % 90 'ın üzerinde olmalıdır. Bu muayeneler için defterden randevu verilmemelidir. Gözlemci defter üzerinden kontrol randevusu verilip-verilmediğini ve DHBS ekranı üzerinde devam eden muayeneler için bir alanın tanımlanıp tanımlanmadığını kontrol etmelidir.

MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri analiz edilmelidir. MHRS verilerinin analizinde kullanılan bazı parametreler aşağıda açıklanmıştır.

Açılan kapasite oranı (AKO 1); ilgili ayda sağlık tesisi tarafından MHRS'ye açılan toplam randevu kapasitesinin, MHRS kullanarak hasta kabul edebilen polikliniklerde (MHRS' e esas polikliniklerde) yapılan toplam muayene sayısına oranıdır.

AKO 1= 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)

Bu oranın % 80' nin üstünde olması Bakanlık tarafından hedeflenmektedir.

Açılan kapasite oranı (AKO 2); ilgili ayda sağlık tesisi tarafından MHRS'ne açılan toplam randevu kapasitesinin, aylık MHRS' ye esas toplam kapasite sayısına oranıdır.

Aylık MHRS'ye esas toplam kapasite sayısının hesaplanması;

Aylık MHRS'ye esas toplam kapasite sayısı=Her bir branş için poliklinik oda sayısı X Günlük açılabilir en yüksek poliklinik kapasitesi X ilgili aydaki iş günü sayısı

AKO 2 = Toplam randevu kapasitesi (sağlık tesisi tarafından açılan MHRS'de tanımlanan randevu kapasite sayısı) / MHRS'ye esas toplam kapasite sayısı

Bu oran 95'in üzerinde olmalıdır.

Cetvel Açmayan Hekim Oranı (CHO):

Poliklinik yaptığı halde randevu cetveli açmayan hekimlerin poliklinik yapan toplam hekim sayısına oranı hesaplanmalıdır. Bu oran %3'ten küçük olmalıdır. Cetvel açmayan hekim oranı (CHO)= Poliklinik yaptığı halde MHRS randevu cetveli açmayan hekimler / poliklinik yapan toplam hekim sayısı formülü ile hesaplanır.

Kapalı Cetvel Tanımlayan Hekim Oranı (KCHO): İlgili ayda hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısının MHRS'ye tanımlı hekim sayısına oranı hesaplanmalıdır. Bu oran %10'dan küçük olmalıdır.

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

İstisna Oranı Bilgisi (İOB):

MHRS'ye esas kliniklerde çalışan hekimler için tanımlanan aylık istisna (açılmış randevu cetvelinin mücbir sebeplerle kapatıldığı durumlar) sayısının aylık kapasite sayısına oranı takip edilmelidir. Bu oran Karne Kriterlerinde belirlenen % 3 oranını aşmamalıdır.

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

Randevu Doluluk Oranı: Alınan randevuların açılan randevu kapasitesine oranıdır.

Randevu Doluluk Oranı= Alınan randevu sayısı/ açılan randevu kapasitesi

Açılan randevuların ne kadarına randevu alındığına bakılır.

Bu oranın % 80' nin üstünde olması Bakanlık tarafından hedeflenmektedir.

Randevu Durum Bilgisi (RDB): Aynı gün geldi/gelmedi bilgisi gönderilen randevu sayısının alınan Toplam Randevu Sayısına oranı takip edilmelidir. Bu oran verimlilik karne kriterlerinde belirlenen en az % 98 oranında olmalıdır.

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

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

Polikliniklerde, MHRS randevusu verilen hastalardan örneklem seçilir. Hekim tarafından muayeneye alındığı saat dikkate alınarak randevu saatine uyum kontrol edilmelidir. Randevu zamanı ile muayene olduğu zaman arasındaki farkın 30 dakikayı geçip geçmediğine DHBS'de bakılmalıdır.

Devam Eden Muayene Cetveline Randevu Verme Oranı: Sağlık tesisi tarafından tanımlanan devam eden muayene cetvellerinden verilen randevu sayısının, devam eden muayene cetvellerine açılan randevu kapasitesi sayısına oranı takip edilir. Bu oran %90' nin üstünde olmalıdır.

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

..... Ayı Sağlık Tesisi MHRS Veri Tablosu							
YIL:.....				AY:.....			
	İlgili Branş Hekim Sayısı	Poliklinik Hizmeti Veren Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	MHRS'den Hasta Bakan Hekim Sayısı	MHRS'den Hasta Kabul Eden Poliklinik Sayısı	Poliklinik Hizmeti Verdiği Halde Randevu Cetveli Açmayan Hekimlerin Sayısı	Hep Kapalı Cetvel Tanımlayan Hekim Sayısı*
Cerrahi Polikliniği							
İNolu Poliklinik							
.....							
.....							
TOPLAM							

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

Karne hesaplanmasında kullanılan MHRS'ye ait oranlar aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

MHRS Oranları Takip Tablosu		
YIL:	AY:	
Takip Edilecek MHRS Kriterleri	Verimlilik Karne Gösterge Kartlarında İstenen Oranlar	Sağlık Tesisi Oranları
Açılan kapasite oranı (AKO 1)	$AKO 1 \geq 0,80$	.....
Açılan kapasite oranı (AKO 2)	$AKO 2 \geq 0,95$	.....
Cetvel Açmayan hekim oranı (CHO)	$CHO \leq 0,03$	.....
Kapalı cetvel tanımlayan hekim oranı (KCHO)	$KCHO \leq 0,10$	.....
İstisna oranı bilgisi (İOB)	$İOB \leq 0,03$	.....
Randevu Doluluk Oranı	$RDO \geq 0,80$	.....
Randevu durum bilgisi (RDB)	$RDB \geq 0,98$	.....
Randevu saatine uyum (RSU)	$RSU \leq 30 dk$	.....
Devam eden muayene cetveline randevu verme oranı	$DRVO \geq 0,90$	.....

DHBS'de en az yukarıda verilen tablolarda yer alan bilgileri içerecek şekilde "Yönetici Takip Ekranı" oluşturulmalıdır. Gözlemciler tarafından yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

KAYNAK:

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

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

SIRA : 12
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİKLER
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.12.1. Diş hekimi muayenesi sonucu hastaların klinik durumlarını gösteren bulgular (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) DHBS’de ağız şeması üzerinde kayıt altına alınmalıdır.

P.12.2. Hastanın tedavi planı hakkında hastaya bilgi verilmeli ve hastanın isteği halinde planlanan tedavileri içeren tedavi planı DHBS’den çıktı alınarak hastaya verilmelidir.

P.12.3. Konsültasyon istenen hastaların devam eden randevuları konsültasyon isteyen hekim tarafından verilmeli, DHBS’ne randevu bilgileri ve konsültasyon nedeni belirtilerek kaydedilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından gelen hastaların diş hekimi muayenesi sonucu klinik durumlarını gösteren bulguların, ağız şemasının (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) ve tedavi planlarının DHBS üzerinde bulunup, bulunmadığı incelenmelidir. Hastanın son geliş tarihinden itibaren altı ay geçti ise tedavi planı güncellenmelidir.

Hastanın tedavi planı hakkında hastaya bilgi verilmeli ve hastanın isteği halinde planlanan tedavileri içeren tedavi planı DHBS den çıktı alınarak hastaya verilmelidir.

Konsültasyon istenen hastaların devam eden randevuları konsültasyon isteyen hekim tarafından verilmeli DHBS’ne randevu bilgileri ve konsültasyon nedeni belirtilerek kaydedilmelidir.

Kanal tedavisi yapılması gereken ve diş çekimi öncesi antibiyotik tedavisine karar verilen hastalara hekim tarafından devam eden randevusu verilerek Diş Hekimliği Bilgi Sistemin (DHBS) ‘de kayıt edilmeli veya ilgili branştaki uzmana DHBS üzerinden sevk edilerek randevu alması sağlanmalıdır.

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

SIRA : 13
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİKLER
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.13.1. Diş ünitesinin her hastadan sonra dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

P.13.2. Diş ünitesinin dezenfeksiyonu konusunda temizlik personeline eğitim verilmeli ve uygun dezenfeksiyon yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Diş ünitesinin her hastadan sonra dezenfekte edilip edilmediği gözlemciler tarafından gözlemlenmelidir. Ağız içinde kullanılan başlıkların her hastadan sonra, ünit su ve hava yolundan çıkarılarak sterilize edilmesi gereklidir. Bu nedenle, sterilize edilebilir başlıklar tercih edilmelidir. Başlıkların üreticinin önerileri doğrultusunda temizlendikten sonra DAC ya da otoklavda sterilizasyonunun yapıp yapılmadığı sterilizasyon ünitesinde kontrol edilmelidir. Hava-su sprey başlıkları da steril edilmeli veya disposable başlıklar kullanılarak her hastadan sonra değiştirilmelidir. Diş ünitesinin dezenfeksiyonunda yüzey dezenfektanların kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir.

Diş ünitesinin dezenfeksiyonu konusunda temizlik personelinin eğitim kayıtları incelenmeli ve bu eğitime uygun dezenfeksiyon yapıp yapılmadığı temizlik personeline sorularak ve gözlemlenerek değerlendirilmelidir.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

SORU : Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 14
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.1.1. Sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, DHBS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

G.1.2 Röntgen çekim alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

G.1.3 Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde DHBS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistemin çalışır durumda olduğu ve aktif olarak kullanıldığı gözlemlenmelidir. Çekim alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulunup, bulunmadığı kontrol edilmelidir. Görüntüleme ünitesine en yakın yerde hastaların oturabileceği bekleme alanlarının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK (GÜNCELLENME TARİHİ : 20/10/2016)

Radyasyon kaynakları ile çalışma esasları

Madde 5:

(1)Tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının alınması, bulundurulması ve kullanılması 9.7.1982 tarihli ve 2690 sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu ve 24.7.1985 tarihli ve 85/9727 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe giren Radyasyon Güvenliği Tüzüğü gereğince TAEK tarafından verilen lisansa bağlıdır.

(2)İdare, tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının teslim alınması, bulundurulması, çalıştırılması, kullanılması ve radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların bertaraf edilmesine ilişkin idari ve teknik düzenlemeleri Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği ve 21.7.1994 tarihli ve 21997 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği ile 2.9.2004 tarihli 25571 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik doğrultusunda yerine getirmekle yükümlüdür.

RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ(son güncelleme 2010)

n) (Ek:RG-3/6/2010-27600) Radyoaktif kaynak ihtiva eden cihazların kurulması, sökülmesi, kaynak değişimi ve kaynağa müdahaleyi gerektiren her türlü faaliyet için Kuruma bildirimde bulunmak.

SORU: Radyoloji alanlarının işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 15
BÖLÜM ADI : DENTAL GÖRÜNTÜLEME
BÖLÜM SIRA NO :2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.2.1. Radyasyon güvenliği yönetmeliğine uygun olarak denetimli ve gözetimli alanların ayırımı yapılmalıdır. Denetimli alanlarda ve girişlerinde uyarı levhaları bulunmalıdır.

G.2.2. İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan birimlerde, aylık personel çalışma listeleri, personelin çalışma yeri ve radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir.

G.2.3. Radyasyon görevlisi olan personele sağlık izni kullandırılması ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Radyasyon alanlarına yönelik belirli düzenlemeler yapılmalıdır. Maruz kalınacak yıllık dozun 1 mSv değerini geçme olasılığı bulunan alanlar radyasyon alanı olarak nitelendirilir ve radyasyon alanları radyasyon düzeylerine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

a) Denetimli Alanlar: Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda aşağıda belirtilen radyasyon uyarı levhaları bulunması zorunludur.



-Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri,

-Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde göstermek üzere gerekli bilgi, simge ve renkleri taşıyan işaretler,

-Denetimli alanlar içinde radyasyon ve bulaşma tehlikesi bulunan bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı işaretleri.

b) Gözetimli Alanlar: Radyasyon görevlileri için yıllık doz sınırlarının 1/20'sinin aşılma olasılığı olup, 3/10'unun aşılması beklenmeyen, kişisel doz ölçümünü gerektirmeyen fakat çevresel radyasyonun izlenmesini gerektiren alanlardır.

Denetimli alanlar; daha net ve anlaşılabilir olması için radyolojiden bir örnekle izah edilirse tomografinin çekildiği oda veya direkt grafinin çekildiği oda şeklinde tanımlanabilir ya da TAEK tarafından ruhsatlanan kısım olarak da çerçeve çizilebilir. Gözetimli alanlar ise; tomografi çekimlerinin yapıldığı yerin hemen yanı yani tomografi çekimi yapılacak hastanın beklediği bitişik koridor, direkt grafi için grafi odasının bitişğinde bulunan bekleme koridorudur ancak bu değerler her hastane için farklı olabilir şöyle ki; az çekim yapılan veya zırhlaması çok iyi yapılan bir ünitenin komşuluğunda bulunan alan gözetimli alan olmayabilir başka bir deyişle 1 mSv in 1/20 sine dahi ulaşma olasılığı olmayan bir alan ise bu alan radyasyon alanı değildir.

Sağlık tesisi yönetimi sürekli olarak “denetimli alanlarda veya radyasyon kaynakları ile çalışan” veya “toplum üyesi kişiler için belirtilen doz sınırlarının üzerinde radyasyona maruz kalma olasılığı olan” radyasyon görevlilerini belirlemeli ve bu kişilerin yönetmelikte belirtilen haklardan faydalanmalarını sağlamalıdır.

İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan birimlerde, çalışan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin aylık personel çalışma listesinde yer ve görev tanımları radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir. İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan personelin sağlık izni radyasyon görevlisi tanımına uygun olmalıdır. Radyasyon görevlisi olarak (yılda 1 msv doz alma ihtimali olan, mesleği gereği radyasyonlu alanlarda veya radyasyon kaynaklarıyla **daimi suretle çalışan kişi**) çalışan personel; haftalık azami 35 saat çalıştırılmalı, yılda 1 ay sağlık izni kullanılmalıdır.

Sağlık alanında kullanılan başlıca iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları radyolojide tek tüplü röntgen, mobil röntgen, panoramik cihazlar ile panoramik diş, periapikal diş, periapikal mobil diş, volimetrik diş tomografi cihazları, v.b. radyoaktif kaynaklardır.

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.

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 işinlamalar 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 mütahassıs 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 mütahassısının veya röntgen ve radyom ile işigal 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 : Radyoloji verilerine yönelik analizler yapılıyor mu?

SIRA : 16
BÖLÜM ADI : DENTAL GÖRÜNTÜLEME
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.3.1. Sağlık tesisinde ortalama görüntüleme bekleme süreleri belirlenmelidir.

G.3.2. Sağlık tesisinde yapılan röntgen çekim sayıları, bekleme süreleri ve tekrar edilen çekim sayıları aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından sağlık tesisine başvuran hastaların DHBS 'de röntgen istem zamanı ve röntgen çekim zamanı ayrı ayrı olarak DHBS'de kayıt altına alınabildiği değerlendirilmelidir. Tüm radyolojik tetkik istemleri DHBS'de kayıt edilmelidir.

Sağlık tesisinde, ortalama görüntüleme bekleme süreleri hesaplanmalıdır.

Röntgen bekleme süreleri; Her bir hasta için röntgen çekiminin gerçekleşme zamanı ile röntgen istem zamanı arasındaki fark alınarak hesaplanır.

Bu kayıtlar her hastanın röntgen istem zamanı ve röntgen çekim zamanı sırasında anlık olarak yapılmalıdır. Röntgen istem ve çekim kayıtlarının sonradan yapıldığı gözlemci tarafından tespit edilirse bu unsur olumsuz değerlendirilir.

Ortalama röntgen bekleme süresi: Toplam bekleme süresi/Toplam hasta sayısı şeklinde hesaplanır.

Dışhelemi röntgen istem zamanı: 08:00

Röntgen çekim zamanı: 08:15 olarak ayrı ayrı DHBS 'de belirtilip belirtilmediği gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Örnek Ocak ayı röntgen ortalama bekleme süresinin hesaplanması:

1.hasta röntgen bekleme süresi: 20 Dk

2.hasta röntgen bekleme süresi: 15 Dk

3.hasta röntgen bekleme süresi: 10 Dk

4.hasta röntgen bekleme süresi: 15 Dk

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

100. hasta röntgen bekleme süresi: 10 Dk

Toplam röntgen bekleme süresi: 1800 Dk

Ocak ayı ortalama röntgen bekleme süresi=1800 Dk/100= 18 Dk

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

Ortalama Röntgen Bekleme Süreleri Takip Tablosu					
	OCAK	ŞUBAT	MART	.....	TOPLAM
Periapikal Röntgen	30 dakika	..... dakika	..... dakika	.....	..... dakika
Panoramik Röntgen	30 dakika	..... dakika	..... dakika	.....	..... dakika
..... Röntgen	20 dakika	..... dakika	..... dakika	.....	..... dakika

Röntgen Bekleme Süresi: Röntgen gerçekleşme zamanı ile röntgen istem zamanı arasındaki fark alınarak hesaplanır.

Ortalama Röntgen Bekleme Süreleri: Toplam Röntgen Bekleme Süreleri/Toplam Hasta Sayısı şeklinde hesaplanır.

Gözlemciler tarafından DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Çekilen röntgenin tekrarı istediğinde tekrar nedeni DHBS’de kayıt altına alabilmelidir. Kanal tedavisi yapılan dişler için aynı gün içinde aynı dişe çekilen röntgenler tekrar edilen röntgen sayılarının dışında tutulmalıdır. Verilere nöbet verileri dahil edilmemelidir. Sağlık tesisinde yapılan röntgen çekim sayıları ve tekrar edilen çekim sayıları teknisyen bazlı izlenmelidir.

Sağlık tesisinde yapılan röntgen çekim sayıları ve tekrar edilen çekim sayıları en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde görüntüleme tetkik sayısı ve oranları yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Gözlemciler DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın olup olmadığını değerlendirmelidir.

Görüntüleme Tetkik Sayısı ve Oranları Takip Tablosu	
YIL:	AY:

Teknisyen Adı	*Röntgen Sayısı	**Röntgen Oranı	Tekrar Edilen Röntgen Sayısı	***Tekrar Edilen Röntgen Oranı
Sağlık Tesisinde Çekilen Toplam Röntgen Sayısı				

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

Röntgen Sayısı: Her bir teknisyenin çektiği röntgen sayısıdır.

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

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

DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

SORU: Protez laboratuvarı alt yapısı, çalışan güvenliği ve hizmet kalitesi açısından uygun şartlarda mı?

SIRA : 17
BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL.1.1. Protez laboratuvarlarında, çalışır durumda havalandırma sistemi bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.

DPL.1.2. Akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemleri bulunmalı, aktif olarak kullanılmalı ve kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.(Protez laboratuvarı olmayan fakat protez tamiri, besleme vb akril işlemleri yapan sağlık tesislerinde de değerlendirilecektir.)

DPL.1.3. Teknisyen çalışma masalarında işlevsel vakum sistemi bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Diş protez laboratuvarlarında çalışma ortamından kaynaklanan ve çalışanların sağlığını tehdit eden risklerin asgariye indirilmesi açısından gerekli önlemler alınmalıdır. Protez laboratuvarlarında havalandırmayı ve akril gazlarının bertarafını sağlayan çalışır durumda havalandırma sistemi bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır. Protez laboratuvarı bulunmayan fakat protez tamiri, geçici kron, besleme vb. akril işlemleri yapan ADSM/H 'de de havalandırma sistemi bulunmalıdır.

Akril hazırlama işleminin yapıldığı alanlarda akril hazırlama kabini ya da bu işlemin yapıldığı alanlarda genel ortamdan bağımsız ayrı bir havalandırma sistemi bulunmalıdır. Akril kabininin havalandırma filtreleri belirli dönemlerde (satın alınan firmanın önerisi dâhilinde) mutlaka değiştirilmeli ve kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

Akril hazırlama işleminin yapıldığı alanların dışında; diş protez teknisyenliği meslek hastalığına sebebiyet verebilecek olan alçı, tesviye gibi işlemlerin yapıldığı çalışma alanlarında, çalışma masalarında işlemin kaynağına yakın ve rahatça emiş sağlayabilecek uzaklıkta genel ortamdan ayrı bağımsız bir havalandırma sistemi oluşturulmalıdır.

Diş protez teknisyenlerinin tozlu ortamda çalışması sırasında, kişisel koruyucu olarak en az TS EN 149 Standardına uygun endüstriyel tip toz maskelerini kullanması sağlanmalıdır.

Akril hazırlama esnasında kimyasal madde maruziyetini azaltmaya yönelik olarak; A tip filtreli maske, güvenlik gözlükleri ve eldivenler kullanılmalıdır.

KAYNAK:

Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik GÜNCELLENME TARİHİ : 20/10/2016

MADDE 2 – Aynı Yönetmeliğin 5 inci maddesine aşağıdaki bent eklenmiştir. “h) Diş protez teknisyenliği meslek hastalığına sebebiyet verebilecek olan alçı, tesviye, akril hazırlama gibi işlemlerin yapıldığı çalışma alanlarında, ortama kimyasal madde/toz yayılımını engelleyen akril hazırlama kabini, maske, eldiven gibi araç ve gereçler kullanılır ya da bu işlemlerin yapıldığı alanın genel ortamdan ayrı bağımsız bir havalandırma şartı oluşturulur.”

“Madde 4 – Laboratuvarlarda bulundurulması gereken ortak araç ve gereçler şunlardır:

- a) Vakumlu toz emicili çalışma masası.
- b) Bek veya devamlı olarak alev olmasını önleyen ısı kaynaklarının kullanılması.
- c) Alçı kesme motoru.
- d) Vibratör.
- e) Korumalı polisaj motoru.
- f) Mikromotor ya da tur motoru.
- g) Kompresör.
- h) Laboratuvarında çalışan tüm personel için güvenlik gözlükleri ve en az TS EN 149 Standardına uygun endüstriyel tip toz maskeleri.

DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI YÖNETMELİĞİ 07.12.2005/26016

Fiziki alt yapı şartları

Madde 5- Laboratuvarlar; özel kanunlarında belirtilen şartlar dışında fiziki bakımdan şu özellikleri taşımalıdır:

- a) Bina ahşap olmamalıdır.
- b) Zemin, kolay temizlenebilir bir malzemeden olmalıdır.
- c) Müstakil lavabosu olmalıdır.
- d) Havalandırma ve aydınlanması sağlık şartlarına uygun olmalıdır

SORU: Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu, transferi ve ölçü kabulü ile ilgili düzenleme var mı?

SIRA : 18
BÖLÜM : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL.2.1. Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu, ölçü kabulü ve transferi talimata uygun olarak hastaya özel, ağız kapalı kap ya da kilitli poşetlerde yapılmalı ve üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalıdır.

DPL.2.2. Protez laboratuvarına gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

DPL.2.3. Laboratuvara kabul edilmeyen ölçüler ve ortalama ölçü bekleme süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Protez ölçü transferi ve dezenfeksiyonu ile ilgili yazılı düzenlemenin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bu süreç ile ilgili hekim ve transfer elemanından bilgi alınır. Transfer hasta tarafından yapılmamalıdır. Ölçü transferi izlenmelidir. Ölçüler ve ölçü kaşıkları, ölçü alma işleminden sonra tükürük, kan ve diğer artıklardan uzaklaştırılmalıdır. Pratik uygulamada şunlar gözlemlenmelidir:

Poliklinikte alınan ölçüler protez laboratuvar çalışanlarına ulaşmadan önce, dezenfekte edilmeli ve zararsız hale getirilmelidir. Kullanılan ölçü kaşıkları; protez laboratuvarında ön temizliği yapılarak sterilizasyon birimine gönderilmelidir.

Yıkama, dezenfeksiyon işlemi biten ölçü kaşıkları paketlenildikten sonra otoklavda steril edilmelidir.

Kliniklerde organik maddelerden arındırılmış ve dezenfekte edilmiş ölçüler hava geçirmeyen kapalı kaplara konmalı, üzerine hasta ve hekim bilgilerini içeren barkod yapıştırılarak transfer elemanına teslim etmelidir. Kliniklerde bu süreç izlenmelidir. Gözlemciler tarafından laboratuvarlardaki ölçüler üzerinde barkod olup olmadığı gözlemlenmelidir.

Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve laboratuvarında barkod okuyucu ile kabulü yapılmayan ölçüler izlenmelidir.

Gözlemciler, ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçen azami süre nin sağlık tesisi tarafından belirlenmiş olup olmadığına, numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul eden personelin adı soyadı, kabul edilmedi ise kabul edilmeme nedeninin DHBS’de kayıt altına alınıp alınmadığını gözlemlemelidir. Gözlemci uygulamayı değerlendirirken DHBS’de ilgili süreçleri izlemeli ve ilgili personelin sürece hâkimiyeti sorgulanmalıdır. Kabul eden personelin DHBS' de yer alan personel ile aynı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Kabul-red kriterleri ilişkin yazılı düzenleme incelenmelidir.

Kabul Edilmeyen Ölçü Takip Tablosu

YIL:		AY:	
Hekim Adı	Kabul Etmeyen Personel Adı	Kabul Edilmeyen Ölçü Sayısı	Kabul Edilmeme Nedeni

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

Sağlık tesisinde yapılan tüm ölçü alım zamanı ve ölçü döküm zamanı DHBS’de kayıt altına alınmalıdır. Sağlık tesisinde ortalama ölçü bekleme süresi hesaplanmalıdır.

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

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

Örnek Ocak ayı ortalama ölçü bekleme süresinin hesaplanması:

1.hasta ölçü bekleme süresi: 20 Dk

2.hasta ölçü bekleme süresi: 15 Dk

3.hasta ölçü bekleme süresi: 10 Dk

4.hasta ölçü bekleme süresi: 15 Dk

.....

.....

.....

100 .hasta ölçü bekleme süresi: 15 Dk

100 hastanın toplam bekleme süresi: 1800 Dk ise;

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

*Ortalama Ölçü Bekleme Süreleri Takip Tablosu					
	OCAK	ŞUBAT	MART	.....	TOPLAM
Ortalama Ölçü Bekleme Süreleri	30 dakika	..... dakika	..... dakika	.....	..... dakika

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

Ölçü Bekleme Süreleri ve Kabul edilmeyen ölçü Analizleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler tarafından DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı, hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı, ölçü alım ve ölçü döküm kayıtlarının anlık olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Protez ara safha ve teslim süreleri belirlenmiş mi?

SIRA : 19

BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL.3.1. Protezlerin teslim süreleri DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde protez ara safha ve teslim süreleri DHBS’de izlenebilmelidir.

Aşağıda hareketli ve sabit protezlerin ara safhalarına ilişkin örnekler verilmiştir:

Ölçü: 10 iş günü

İkinci Ölçü: 1 iş günü

Anatomik kaşık hazırlanması: Aynı iş günü (sabah 12.00’a kadar gelen ölçüler)

Kaide plağının hazırlanması: Aynı iş günü (sabah 12.00’a kadar gelen ölçüler)

Dişli prova: 3 iş günü

Dikey boyutta yanlış kapanış (dizim tekrarı): 1 iş günü

Dişli provadan sonra protez teslimi: 5 iş günü

Protez tamir ve diş ilaveleri: Aynı iş günü

Sabit protezlerde metal prova: 3 iş günü

Sabit protezlerde dentin prova: 3 iş günü

Dentin Provadan sonra protez teslim süresi: 1 iş günü

Bu kayıtlar her hastanın protez ara safha aşamaları sırasında anlık olarak yapılmalıdır. Protez ara safha aşama kayıtlarının sonradan yapıldığı gözlemci tarafından tespit edilirse bu unsur olumsuz değerlendirilir.

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

Ocak ayı ortalama protez teslim süresi hesaplanması:

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

1.hasta1.ölçü alımı –protez teslim süresi : 15 Gün

2.hasta 1.ölçü –protez teslim süresi: 6 Gün

3.hasta 1.ölçü –protez teslim süresi 10 Gün

4.hasta..... 1.ölçü –protez teslim süresi: 5 Gün

.....

.....

.....

100. hasta..... 1.ölçü –protez teslim süresi: 15 Gün

Toplam protez teslim süresi: 1000 Gün

Ocak ayı protez teslim ortalama süresi= $1000/100=$ **10 Gün**

Bu hesaplama sonucunda sağlık tesisinin ocak ayı ortalama protez teslim süresi 10 gün olarak belirlenmiş olur. Sağlık tesisinde protez teslim gecikme süreleri DHBS’de kayıt altına alınarak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler tarafından DHBS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirmelidir.

..... Ayı Protez Teslim Süreleri Tablosu

	Yapılan İşlemler	Sağlık Tesisince Belirlenen Hedef Süreler	Sağlık Tesisi Protez Teslim Süreleri			
			OCAK	ŞUBAT	.....	ARALIK
Hareketli protez	1. Ölçü Alımı ile Protez Teslimi Arasındaki Süre	..... iş günü				
Sabit Protez	Diş Kesimi ile Protez Teslimi Arasındaki Süre	..... iş günü				

SORU: Sağlık tesisinde yapılan protez sayılarının analizi yapılıyor mu?

SIRA : 20

BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL 4.1. Sağlık tesisinde yapılan geçici kron sayıları DHBS’de kayıt altına alınmalıdır.

DPL.4.2. Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için oluşturulan komisyon düzenli olarak toplanmalıdır.

DPL.4.3. Altı ayda bir rastgele seçilen sabit ve hareketli protez numunelerinde kullanılan metallerin, metalürjik testleri ve akriliklerin uygunluk testleri yaptırılmalı ve uygunsuz test sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

DPL 4.4. Sağlık tesisinde yapılan protez sayıları ve tekrar edilen protezler Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS)’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için komisyon oluşturulmalı ve düzenli olarak toplanmalıdır. Komisyon tarafından yenilenmesine karar verilen protezler tekrar yapılmalıdır.

Altı ayda bir rastgele seçilen hareketli ve sabit protez numunelerinde kullanılan metallerin, metalürjik testleri ve kullanılan akriliklere ait analiz sonuçları kontrol edilmelidir. Analize

gönderilecek protez numunesi iki parçaya bölünmeli bu parçalardan biri analize gönderilmeli, diğer parça ise “Şahit Numune” olarak kayıt altına alınmalı ve sağlık tesisinde muhafaza edilmelidir. Şahit numune, Test veya muayene yapılmasının gerekli olduğu hallerde; test, muayene ve/veya belgelendirme kuruluşuna gönderilen numunenin zayı olması veya test sonuçlarına yönelik herhangi bir itiraz olması durumunda başvurulmak üzere alınan ve uygun koşullarda saklanan numuneyi, ifade eder. Numune Alma Tutanağı iki nüsha olarak düzenlenir. Düzenlenen tutanağın bir nüshası ilgili gerçek veya tüzel kişiye verilir, bir nüshası ise işlem yapılmak üzere Kurumda saklanır. Numuneler, mühürleri bozulmadan açılmayacak şekilde mühürlenir ve üzerlerine tutanakla ilişkisini gösterecek olan numune etiketi konulur.

ÖRNEK NUMUNE ETİKETİ

Numune Alınan Gerçek veya Tüzel Kişinin Adı/Ticari Unvanı	
Numune Alınan Gerçek veya Tüzel Kişinin Adresi	
Numunenin Alındığı Tarih/Saat	
Numunenin Alındığı Yer	
Alınan Numunenin Cinsi/Türü	
Numuneyi Alan Kurumun Adı	

Kullanılacak olan metal çekirdek, akril toz, soğuk akril likit, sıcak akril takım(toz+likit) dış hekimliği kullanımına yönelik olmalı ve kesinlikle insan sağlığına zararlı maddeler içermemeli, orijinal prospektüsleri ve TİTUBB kayıtları olmalıdır. Çekirdek metaller kesinlikle “Berilyum” ve “Cadmium” ve “Nikel” gibi zararlı elementler içermemelidir. İskelet döküm metallerinin içindeki elementler yeterli oranda olmalıdır. Akril Tozun ana bileşenleri polimetilmetakrilatdır. Ürün bileşenlerinde kadminyum bulunmamalıdır. Likitin bileşenlerinde metilmetakrilat ve dimetakrilat olmalıdır.

Bu testlerde yüklenici firmanın kullanmayı taahhüt ettiği çekirdek metallerin prospektüslerindeki oranlar ile numunelerdeki oranlar da karşılaştırılmalıdır. Soy olmayan metal alaşımlar için, kütlece %20’den fazla bulunan bütün elementler ambalaj etiketi üzerinde belirtilen değerlerin %2,0’sinden (kütle fraksiyonu) fazla olmamalıdır. Kütlece %1,0 - %20,0 arasındaki elementler ise bildirilen değerlerin %1,0’inden (kütle fraksiyonu) daha fazla sapma göstermemelidir. Test sonuçlarında Herhangi bir katkı maddenin veya orijinal olmayan metallerin kullanıldığının tespiti durumunda yönetim tarafından gereken işlemler başlatılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

*Protez Sayıları Takip Tablosu

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

*Protez sayıları

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

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

Gece plağı sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.150 kodlu işlemleri,

Geçici kron sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.240 kodlu işlemleri,

***Ek Bina /Semt Poliklinikleri' nde Yapılan Protez Sayıları: Sağlık tesisine bağlı ek binalarda yapılan protez sayılarını ifade eder.*

*Tekrarlanan Protez Takip Tablosu					
YIL:			1.DÖNEM(OCAK-HAZİRAN)		
Hekim Adı	Tekrarlanan Sabit Protez Sayısı	Tekrarlanan Hareketli Protez Sayısı	Tekrarlanan Sabit Yer Tutucu Sayısı	Tekrarlanan Hareketli Yer Tutucu Sayısı	Tekrarlanan Gece Plağı Sayısı
.....					
.....					
Toplam					

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

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

Tekrar edilen hareketli protez Sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370,404410,404.420 kodlu işlemleri,.

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

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

Tekrarlanan protezler DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir. Gözlemciler tarafından DHBS'de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde yer tutucu ve çocuk protezleri yapılıyor mu?

SIRA : 21

BÖLÜM ADI : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL.5.1 Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve ortodontik aparey sayıları DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesinde yapılan yer tutucu (hareketli ve sabit), çocuk protezleri ve ortodontik apareyler DHBS'de kayıt altına alınmalıdır.

Yer Tutucu ve Çocuk Protez Sayıları Tablosu

YIL:		AY:							
Hekim Adı Soyadı	Hekimin Uzmanlığı	Hasta Sayısı	Protez Sayıları					** Çocuk Protez Sayısı	***Ortodontik Aparey Sayısı
			*Sağlık tesisinde Yapılan Yer Tutucu sayısı		*Dış Merkezde Yapılan Yer Tutucu Sayısı		***Ortodontik Aparey Sayısı		
			Hareketli	Sabit	Hareketli	Sabit			
Y Hekim	Ortodonti								
Z Hekim	Diş Hekimi								
.....								
TOPLAM									

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

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

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

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

Gözlemciler, sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve ortodontik aparey sayılarının Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS)'de "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık Tesisinde yapılan protez ve tamir işlem sayılarının analizi yapılıyor mu?

SIRA : 22

BÖLÜM ADI : DIŞ PROTEZ LABORATUVARLARI

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL.6.1 Teknisyen Protez ve Tamir İşlem Sayıları DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

Gözlemciler, her bir teknisyenin yapmış olduğu protez işlem sayılarının takibi için Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'de "Yönetici Takip Ekranı" oluşturup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

Bu soru, protez laboratuvarı bulunan kurumlarda değerlendirilecek olup, hizmet alımı yapılan sağlık tesislerinde muaf tutulacaktır.

Teknisyen Protez ve Tamir İşlem Sayısı Takip Tablosu

YIL:				AY:			
Teknisyen Adı Soyadı	Protez		Yer tutucu Sayısı		Diş İlavesi	Kroşe İlavesi	Akrilik Protezde Tamir, Rebezaj, Besleme ve Yumuşak Akril Uygulama Sayısı
	Hareketli Protez Sayısı	Sabit Protez Sayısı	Hareketli	Sabit			
.....							
.....							
TOPLAM							

Hareketli protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.010 ile 404.050 arasındaki kodlu işlemler ile 404.280 ile 404.340 arasındaki kodlu işlemler ve 404.370,404410,404.420 kodlu işlemleri,
Sabit protez sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.160 ile 404.230 arasındaki kodlu işlemler ile 404.360,404.380,404.390,404.395,404.400 kodlu işlemleri,
Yer tutucu sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 403.040 ile 403.050 kodlu işlemleri,
Diş İlavesi sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.120 kodlu işlemleri,
Kroşe ilavesi sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.100 kodlu işlemleri,
Akrilik protezde tamir, rebezaj, besleme ve yumuşak akril uygulama sayısı Girişimsel İşlemler Listesinde bulunan 404.060, 404.070, 404.080, 404.090 kodlu işlemleri ifade eder.

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

SIRA : 23
BÖLÜM : DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

DPL.7.1 Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler ile ilgili düzenleme ve kayıtlar olmalıdır.

DPL.7.2. Kaybolan ölçü,alçı model ve protezler ile ilgili analizler yapılmalı ve uygunsuzluk durumlarında iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Polikliniklerde kaybolan ölçü, protez ve model alçılar hekim bazlı olarak analiz edilmeli ve aşağıdaki örnek tablodaki gibi kayıt altına alınmalıdır. Kaybolan protez ve ölçülerin hangi aşamada kaybolduğu, transfer ve kabullerin kimler tarafından yapıldığı takip edilmelidir.

Kaybolan Ölçü, Alçı Model ve Protez Tablosu

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

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

SERVİS HİZMETLERİ

SORU: Sağlık tesisinde yatak kullanımının takibi ve analizi yapılıyor mu?

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.1.1. Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

Yataklı Servis İstatistikleri Takip Tablosu						
YIL:				AY:.....		
SERVİS	Yatak Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Olan Hasta Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı
TOPLAM						

Gözlemciler, DBYS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak yataklı servis istatistiklerinin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Hemşire tarafından hastanın bakım ihtiyaçları değerlendiriliyor mu?

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

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.2.1. Servise yatışı yapılan hastalara hemşire tarafından hastanın hastaneye yatmasını izleyen ilk 4 saat içinde uygun veri toplama aracı ile (hemşirelik hasta ön değerlendirme formu, hemşirelik öyküsü formu vb.) değerlendirme (fiziksel değerlendirme, sistem değerlendirmesi) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

S.2.2. Hastanın tedavi sürecinde, günlük değerlendirmesi yapılarak ihtiyacına yönelik tüm bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir. (Genel vücut bakımı, ağız bakımı, ağrı değerlendirmesi, ruhsal durum değerlendirmesi, beslenme, periferik damar yolu bakımı, vb.)

AÇIKLAMA:

Servise yatışı yapılan hastalara hemşire tarafından hastanın hastaneye yatmasını izleyen ilk 4 saat içinde uygun veri toplama aracı ile değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu değerlendirme aracı ile hastanın demografik bilgileri, iletişim bilgileri, sağlık özgeçmişi ve aile öyküsü verileri toplanmalı, fiziksel, ruhsal ve sosyal değerlendirmesi, sistem değerlendirmeleri yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler yapılırken bası yarası riski değerlendirme ölçeği, düşme riski değerlendirme ölçeği, ağrı ölçeği vb. çeşitli değerlendirme ölçeklerinden faydalanılabilir. Değerlendirmeyi yapan hemşire değerlendirme tarih, saat, ad-soyad ve imza/paraf bilgilerini ilgili forma kaydetmelidir.

Hemşire hastanın yatışı yapıldığında elde ettiği veriler ve doktor orderına dayanarak hastanın ihtiyacına uygun bakım planını düzenlemeli ve uygulamalıdır. Bu bakımlar genel vücut bakımı, ağız bakımı, ağrı değerlendirmesi, ruhsal durum değerlendirmesi, beslenme, periferik damar yolu bakımı, vb. dir. Düşme riski olan hastaya bu riski azaltıcı eğitim verilmesi gibi uygulamalar da bu bakım planında yer almalı ve kayıtları tutulmalıdır. Gözlemciler servise yatışı yapılan hastanın genel bakımları, ağrı ve ruhsal durumunun hemşireler tarafından değerlendirilip, hasta dosyasına kayıt edilip edilmediğini hasta dosyası ve ilgili formlar üzerinden değerlendirmelidir.

KAYNAK:

1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :Madde 132:

a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olgunlaştırıcı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icab eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ (2010):

Madde 6: Hemşireler;

a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

SORU: Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 26
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.3.1. Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

S.3.2. Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Hasta dosyalarında hekim orderlerindeki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı, kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.

E-imza kullanılması haricinde DHBS üzerinden verilen orderların çıktısı alınmalı ve bu çıktılar orderı veren hekim tarafından imzalanmalı ve kaşelenmelidir.

Günlük değerlendirmeler tarih ve saat belirtilerek kayıt altına alınır.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri (gözlem) ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72: Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir.

SORU: Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?

SIRA : 27
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.4.1.Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Hastaya odası, çağrı zili, yatağının tanıtılması,
- Kahvaltı ve yemek saatleri,
- Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları,
- Ziyaret saatleri ve kuralları,
- Telefon kullanımı,
- Tuvalet-banyo kullanımı,
- Yatak başı hemşire çağrı sistemi kullanımı,
- Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı
- Hekimin vizit saatleri

S.4.2. Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.

S.4.3. Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir:

- Kullanacağı ilaçlar,
- Düşme riski,
- Tıbbi cihazların kullanımı,
- Beslenme, egzersizler,
- El hijyeni
- Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.

S.4.4.Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir:

- İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikli kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.),olası yan etkileri,
- Diyet ve beslenme biçimi,
- Egzersiz ve aktiviteler,
- Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar,
- Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı(pansumanı),
- Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb...

S.4.5. Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastanın servise yatışıyla birlikte gerekli bilgilendirmelerin hasta dosyasındaki kayıtlardan ve hasta ve hasta yakınlarından bilgi alınarak yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

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

Sayın

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 bileziklerinizi güvenliğiniz 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, ziyaretlerinizde 10 dakikayı geçirmemeye dikkat ediniz. Hasta odasında yiyecek, içecek ve canlı çiçek bulundurmuyunuz. Öneri ve dileklerinizi hastanemiz poliklinik ve servis katında bulunan öneri ve şikayet kutularına bırakabilirsiniz. Kurallara uymanızı hatırlatır, en kısa zamanda sağlığınıza kavuşmanızı dileriz.

..... HASTANESİ

Hastaya yatış sürecinde verilmesi gereken eğitimlerin yapılıp yapılmadığı, hasta dosyasındaki verilen eğitim kayıtlarından ve hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek değerlendirilmelidir.

Gözlemci, taburculuğu yapılan hasta ve hasta yakınları ile görüşerek verilmesi gereken bilgilendirmelerin yapılıp yapılmadığını hasta dosyasındaki kayıtlar incelenerek değerlendirmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

Madde 132 –

c) Hastalara iyi muamele etmek, onların dertlerini dinlemek, teselliye muhtaç olanları ve ameliyat heyecanı içinde bulunanları teselli ve teskin etmek, sağlık eğitimi konusunda bilgi vermek hemşirelerin esas görevleridir.

SORU: Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?

SIRA : 28

BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.5.1. Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.

Epikrizde;

- Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,
- Önemli fiziksel ve diğer bulgular,
- Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
- Taburcu sonrası kullanılacağı ilaçlar,
- Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,

- f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,
g) Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

S.5.2. Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

KAYNAK:

1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

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

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

Madde 24:

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

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

SORU: Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?

SIRA : 29
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.1.1. Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.

A.1.2. Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.

A.1.3. Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.

A.1.4. Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.

A.1.5. Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci ameliyathanede hasta ve personel için ayrı girişler olup olmadığını değerlendirmelidir. Girişler ortak kapıdan yapılıyor ise olumsuz olarak değerlendirilir.

Ameliyathane personel girişinin yetkisi olmayan kişilerin geçmesine izin vermeyecek şekilde kartlı ya da şifreli kontrollü geçişi sağlanmış olmalıdır.

Hastaların ameliyathane ve servise transferinin sağlık personeli eşliğinde yapılıp yapılmadığı ameliyathane girişinde, servislerde gözlemlenir ve transfer kayıtları değerlendirilir.

Lokal anestezi ile ameliyat olacak hastaların servise yatışı yapıldıktan sonra serviste ameliyat öncesi hazırlığı tamamlanıp ameliyathane kıyafetleri giymiş olarak sedye veya tekerlekli sandalye ile bir sağlık personeli eşliğinde ameliyathaneye transferi sağlanmalıdır. Lokal hastaların ameliyathaneye girişleri hasta girişinden yapılmalıdır. Lokal hastaların ameliyathaneye gündelik kıyafetleri ile geldikleri gözlemlendiğinde olumsuz olarak değerlendirilir.

SORU: Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?

SIRA : 30
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.2.1. Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.

A.2.2. Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.

A.2.3. Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyathanenin duvar ve tavan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, zemine parçacık dökülmeyecek, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır. Duvar yüzeylerinde hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına karşı koruma yapılmalıdır. Zemin yüzeylerinin kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı engelleyen sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan kolayca temizlenebilen antistatik özellikte malzeme kullanılıp kullanılmadığı gözlenmelidir

Ameliyathane içindeki personel dinlenme odalarının steril alanda bulunması durumunda olumsuz değerlendirilir. Ameliyathanelerin steril alanında temiz alandan hasta ve personel geçişi dışında dışarı açılan başka bir kapı, pencere bulunmamalıdır. Steril alana; asansör, yangın çıkış kapısı, ameliyathane deposu, kafeterya, dinlenme odası, sterilizasyon ünitesinin kirli alanı açılmamalıdır. Yangın çıkış kapısı mevcudiyetinde kapının uygunsuz kullanımını önleyecek önlemler alınmalıdır. Sterilizasyon ünitesinin steril malzeme deposu bir pencere şeklinde açılabilir. Penceresi olan ameliyathanelerin pencerelerinin açılmaz ve ameliyathane içine partikül girişine engel olacak özellikte olması durumunda olumlu değerlendirilecektir.

SORU: Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?

SIRA : 31
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.3.1. Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi pre-op değerlendirme formu doldurulmalıdır.

A.3.2. Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.

A3.3. Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyata alınacak her hastanın (acil hastalar hariç) pre-op anestezi uzmanı tarafından değerlendirilerek, anestezi değerlendirme formunun doldurulması gereklidir. Gözlemciler bu unsurun karşılanma durumunu servis ve ameliyathanedeki hasta dosyalarında değerlendirirler.

Gözlemciler ameliyat odalarında ve uyandırma odalarında bulunan hasta dosyalarında anestezi pre-op değerlendirme formunun ve anestezi kayıt formunun uygun olarak doldurulduğunu değerlendirmelidir.

SORU: Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce ilgili hekim tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?

SIRA : 32
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.4.1. Ameliyathanede hekimin post operatif bakım, tedavi planı ve ameliyat notunu yazması için uygun alanda yeterli sayıda bilgisayar bulundurulmalıdır.

A.4.2. Post operatif bakım ve tedavi planı hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili hekim tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

A.4.3. Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili hekim tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

A.4.4. Ameliyat notlarının DHBS’de tarih ve uzman hekime göre alınabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Uygun olmayan ameliyat notlarının analizi yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyathanede hekimin post operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notunu yazabilmesi amacıyla yeterli sayıda bilgisayar bulundurulmalıdır.

Gözlemciler post operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notunun yazılıp yazılmadığını uyandırma odasında bulunan hastaların dosyalarında ve servislerde post-op ameliyattan yeni çıkan hasta dosyalarında değerlendirmelidir. Post-operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notu hasta ilgili birime nakledilmeden önce, ilgili hekim tarafından tarih ve saat belirtilerek yazılmış olmalıdır.

Ameliyat notları DHBS’den tarihe veya kişiye göre alınabilmeli ve uygun olmayan ameliyat notlarının analizi yapılmalıdır. Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Gözlemci ameliyat notlarının uygun şekilde yazılıp yazılmadığını servis ve arşiv saha ziyaretinde hasta dosyaları üzerinden incelemelidir.

SORU: Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?

SIRA : 33
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.5.1. Patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.

A.5.2. Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.

A.5.3. Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan kişinin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

Ameliyathanede patoloji materyallerinin toplandığı alanda varsa saklama kaplarının üzerindeki bilgileri gözlemci kontrol etmelidir. Gözlem sırasında patoloji materyalinin bulunmaması durumunda ameliyathane personelinden süreç sorgulanmalıdır.

Hasta bilgileri, ön/kesin tanı, patoloji materyalinin alındığı bölge, ameliyathaneden teslim eden ve transferi yapacak olan kişinin teslim aldığına dair imzasının bulunduğu teslim tutanakları (defter, form vb.) gözlemciler tarafından incelenmelidir

STERİLİZASYON

SORU: Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?

SIRA : 34
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.1.1. 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.

ST.1.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

ST.1.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

ST.1.4. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

ST.1.5. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Sterilizasyon ünitesinin fiziki yapısı incelenerek, her bir 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.

Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonun yapıldığı gözlenmelidir. Dekontaminasyon alanı, işlem bölümünün bütün öteki alanlarından fiziksel olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır. Kirli alanda kullanılan malzeme ve solüsyonların depolandığı depolama alanı, dolabı veya odası değildir.

Malzeme paketleme işleminin temiz alanda yapılıp yapılmadığı, dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketleme işlemlerinin ve steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin bu alanda bulunup, bulunmadığı gözlenmelidir. Steril olacak alet ve malzemelerin bekletilmesi, yüklenmesi, bu alanda yapılmalı ve buharlı sterilizatörler de bu alanda olmalıdır. Alan içerisinde hidrojen peroksit ve etilen oksit sterilizatörleri için ayrı bölmelerin olup olmadığı görülmelidir.

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. (Bu soru Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde değerlendirilecektir)

SORU : Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu?

SIRA : 35
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.2.1. Depo toz, nem, haşerat ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır.

ST.2.2. Sterilizasyon ünitesi deposu, ameliyathane ana deposu vb. bölümlerde, steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavadan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

ST.2.3. Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.

ST.2.4. Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Steril depolama alanı, sterilizasyon alanına bitişik ve tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır. Steril malzemelerin depolanması, steril depolama alanı dışında ameliyathane, poliklinik vb. gibi alanlarda da olabilir. Gözlemci tarafından hem steril depo alanının hem de diğer steril malzemelerin depolandığı alanların toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olup olmadığı değerlendirilmelidir.

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

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

Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmamalıdır, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilmelidir.

Kullanımda ilk steril edilip depolanan malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olarak önce kullanılmalıdır. Depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme görüldüğünde olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

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

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

SIRA : 36
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.3.1. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.2. Vakum kaçak testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.3.Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.4. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.

ST.3.5. Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

ST.3.6. Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeratör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir.

ST.3.7. Hava-su sprey başlıkları steril edilmelidir.

ST.3.8. Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).

AÇIKLAMA :

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

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

Otoklavlara ve DAC cihazlarına 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, paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak koşulu ile özellikle küçük paketlerde (Frez,kanal eğeleri,tirnef vb veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.

Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilip bildirilmediği, sterilizasyon ünitesi tarafından bildirimlerin analizleri yapılarak gereken önlemlerin alınıp alınmadığı, kayıtlar üzerinden ve çalışanlardan bilgi alınarak değerlendirilmelidir.

Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aerötör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir. Başlıklar yüksek düzey dezenfektanlar ile dezenfekte edilmemelidir. Her hastadan sonra başlıklar ve metal hava –su spreyi uçları sterilize edilmelidir. Hava-su sprej başlıklarında disposable başlıklar da kullanılabilir.

Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir. Sağlık tesisi dışında yapılan Sterilizasyon işlemlerine ait Bowie&Dick, Vakum Kaçak Testi ve Biyolojik test sonuçları sağlık tesisine teslim edilmelidir.

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

SIRA : 37
BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.4.1.DAC cihazları sağlık tesisindeki sterilizasyon ünitelerinde veya kliniklerde bulunmalıdır.

ST.4.2. DAC cihazlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

ST.4.3. Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aerötör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair hekim bazlı kayıtları olmalıdır.

ST.4.4. DAC cihazlarında kullanılan günlük ve haftalık indikatörlerin sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.4.5.Tüm kayıtların sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından değerlendirilmeli ve uygunsuzluklar olması durumunda iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde DAC cihazları, kliniklerde, fiziki yapı uygun ise sterilizasyon ünitesinde konumlandırılmalıdır. DAC cihazı bulunmayan sağlık tesislerinde bu soru muaf tutulacaktır.

DAC cihazlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır. Günlük, haftalık ve aylık bakımlar ile ilgili kayıtlar olmalıdır. Örneği aşağıda verilen tabloya uygun takipleri yapılmalıdır.

BAKIM VE TEMİZLİK İÇİN ÖRNEK TABLO:

GÖREV	SIKLIK *			
	Haftalık	Her 4 Haftada	Her 3 Haftada	Senede bir kere ya da 2500 işlemde sonra
1.Atık Tankını temizleyin	X			
2.Filtreyi temizleyin	X X			
3.Su tankını temizleyin		X		
4.Adaptör kapağını temizleyin	X			
5.Dışyüzey temizliği	X			
6.Bölmeyi temizleyin	X			
7.yağ pompasını kontrol edin	X			
8.Su pompasını kontrol edin	X			
9.Adaptörleri kontrol edin	X			
10.Güvenlik yüzüğünü kontrol edin	X			
11.Filtreyi değiştirin		X		
12.Filtre yuvasında O-ringi değiştirin				X
13.Su tankını temizleyin			X	
14.Adaptördeki O-ringleri değiştirin			X	
15.Alttaki O-ringleri değiştirin				X
16.Kapak contasını değiştirin				X
17.Yağ tankını temizleyin				X
18.Supaptaki o-ringleri değiştirin				X
19.Supap contalarını değiştirin				X
20.Her adaptör altındaki contaları değiştirin				X
21.Kapağın altındaki o-ringleri değiştirin				X

Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (aerator, mikromotor, anguldruva vb.) gün içinde kaç kez steril edildiğine dair kayıtları olmalıdır.

Gün içinde kullanılan tüm başlıklar işleyişi aksatmayacak şekilde mutlaka steril edilmelidir ve steril edildiğine dair kayıtları olmalıdır. Sterilizasyona başlıkların tesliminde; tarih, teslim alan, teslim eden, teslim eden klinik ve hangi hekime ait olduğu gibi bilgiler mutlaka olmalı ve imza karşılığında teslimi yapılmalıdır.

DAC cihazı haftada bir mutlaka biyolojik indikatörle, her döngüde ise, kimyasal indikatör ile kontrol edilmeli ve kayıtları olmalıdır. İndikatör sonuçlarında uygunsuzluk durumunda (üreme pozitif) gerekli tedbirler alınmalıdır ve kayıtları olmalıdır. Sterilizasyon ünitesinde ve kliniklerdeki bakım-temizlik formları ve indikatör sonuçları enfeksiyon sorumlusu ve klinik sorumlusu tarafından imzalanmalıdır.

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

GENEL DEĞERLENDİRME

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

SIRA : 38
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.1.1 Sağlık tesisi üst yönetimi; ilgili meslek ve hizmet grupları ile ayrı ayrı olmak üzere yılda iki kez periyodik değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

GD.1.2 Sağlık tesisinde üst yönetim kendi arasında ve kendilerine bağlı birim sorumluları ile en az ayda bir kez periyodik değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

GD.1.3 Toplantıda belirlenen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde üst yönetim tarafından aşağıda belirtilen gruplarla ayrı ayrı olmak üzere yılda iki kez değerlendirme toplantısı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu gruplar; diş hekimleri, hemşireler, eczacı ve sarf depo çalışanları, diş klinik yardımcıları, diş protez teknisyenleri, tıbbi sekreterler, hasta ilk kayıt, karşılama yönlendirme çalışanları, güvenlik personeli, idari birim çalışanları (maaş/döner sermaye personeli, satın alma birimi personeli vb.) hasta ve çalışan hakları birimi, evde sağlık birimi, verimlilik ve kalite birimleri vb. birimleri kapsamalıdır.

Üst yönetiminin kendi arasında yapmış olduğu toplantıların gündemi aşağıdaki başlıklarda gerçekleştirilebilir:

- Tıbbi, idari ve mali süreçlerle ilgili çalışmalar,
- İdari süreçlerin gözden geçirilmesi, sorunlar ve çözüm yolları,
- Mali hedefler ile ilgili değerlendirme, mali süreçlerin gözden geçirilmesi, sorunlar ve çözüm yolları,
- Değerlendirme sonuçlarının incelenmesi (ruhsat, seviyelendirme, verimlilik değerlendirmeleri vb.),
- Performans ve Kalite göstergelerinin sonuçları

Sağlık tesisi yönetimi kendilerine bağlı birim sorumluları ile:

- Sağlık tesisinde başhekim ile başhekim yardımcıları,
- Başhekim ile hastane müdürleri ve müdür yardımcıları,
- Sağlık bakım hizmetleri müdürü ve sorumlu hemşireleri,
- İdari ve mali işler müdürü ile destek ve kalite müdürü kendilerine bağlı birim sorumluları ile; en az ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalı ve toplantı tutanağı ile kayıt altına alınmalıdır.

Toplantıda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve takip edilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan her bir bölüm için “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” oluşturulmuş mu?

SIRA : 39
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.2.1. Sağlık tesisinde bulunan her bir bölüm için “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” oluşturulmalıdır.

GD.2.2. Tüm bölümlerin değerlendirmesi yılda en az iki kez olmak üzere bir plan dâhilinde gerçekleştirilmeli, kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirici çalışmalar başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

İzleme ve Değerlendirme Kriterlerinin amacı; sağlık hizmeti sunumunda kaynak ve faaliyetleri kontrol altına almak, bunu yaparken de etkin, verimli, kaliteli, zamanında ve hatasız hizmet verilmesini sağlamak, hizmet verilen grubun beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak, çalışan ve hasta memnuniyetini arttırmak ve yeni bir bakış açısı kazandırabilmektir.

Öncelikle tüm bölümlerin sorumlusu ve sorumlu hemşire/laborant ,kalite sorumlusu vb. ile ekip oluşturulmalıdır. Bu ekipler belirlenen zamanda, ön hazırlık yaparak ilgili birimlerin nasıl çalıştığı verileri, güncel sonuçları gösteren performansları, hedefler ve iyileştirme uygulamaları belirlenip (planlama, örgütleme, yöneltme, koordine ve kontrol etme) süreç yönetimi oluşturulmalıdır. Sağlık tesisi yönetimi tarafından belirlenen hedefler, servis/klirik ve bölüm/birim çalışanları ile paylaşılmalıdır. Toplantıda çalışanların sağlık tesisi yönetiminden beklenti ve önerileri alınmalı, birimle ilgili problemler periyodik değerlendirme toplantısında sunulmak üzere raporlanmalıdır. Bu raporlar gözlemciler tarafından incelenmelidir. Tüm bölümlerin ilk değerlendirmesi rehberin yayımlanma tarihini takip eden ilk üç ay içinde tamamlanarak, yılda en az iki kez olmak üzere bir plan dahilinde takip edilmelidir.

Değerlendirme parametreleri; idari hizmetler, kalite yönetim sistemi uygulamaları, hemşirelik hizmetleri, poliklinik, mali durum, eczacılık hizmetleri ve otelcilik hizmetlerini kapsamalıdır. Değerlendirme parametreleri standart olmayıp sağlık tesisinde bulunan her bir klinik ve ünitenin özelliğine göre başhekim ile klinik/servis idari sorumlusunca belirlenmelidir.

Gözlemciler tarafından izleme ve değerlendirme kriterleri ile ilgili gösterge kartı ve hedef değer takibi istenmemeli, sadece güncel verilerle ilgili değerlendirme yapılıp-yapılmadığı sorgulanmalıdır.

Örnek “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” aşağıda belirtilmiştir.

İzleme ve Değerlendirme Kriterleri
İdari Hizmetlerle İlgili Kriterler
Ameliyat/işlem sayıları
Ameliyat /işlem türleri
İstenen konsültasyon sayıları, konsültasyon sürecinde karşılaşılan sorunlar, sağlık tesisi içinde konsültasyon istenen birimlerde yapılan işlemler ve konsültan hekim tarafından verilen randevu süreleri,
Kliniğin/polikliniğin diğer kliniklerle arasında karşılaşılan sorunlar
Radyoloji, Poliklinik ve protez laboratuvarları için randevu ve sonuç verme sürelerinin takip edilmesi
Ramak kaza, olumsuz olay, kaza ve İSG kapsamında yapılan bildirimler
Ameliyat kararı verilen hastaların bekleme süreleri (gün)
Poliklinik işlemleri, muayene ve tetkiklerin uygulanması konusunda dağılımda denge unsurunun değerlendirilmesi
Çalışanlarının gelişimlerini artıracak hizmet içi ve kişisel eğitimler
Yapılan tadilat-tamirat işleri dolayısı ile oluşabilecek olası durumların tartışılması ve ilgili birimlerle iletişim
Poliklinik, yatan hasta, ameliyathane veya klinikte uygulanan işlemlere ait hemşire, diş hekimi ve diğer personelin kullandığı DHBS ekranlarının kullanıcı dostu olması için çalışmaların yapılması
Hasta eğitimlerinin düzenlenmesi
Kalite Yönetim Sistemi İle İlgili Kriterler
Sağlık Tesisi tarafından yapılan İzleme ve Değerlendirme Kriterleri sonuçları (Verimlilik standartları, SKS uygulamaları vb.)
Hasta dosyaları muhteviyatının tam olacak şekilde doğru ve eksiksiz doldurulmasının sağlanması
Çalışan, ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti

Yazılı, sözlü ve elektronik ortamda (SABİM, BİMER vb.) yapılan hasta şikâyetleri ve bilgi edinme kapsamında istenen bilgilerin cevaplandırılmasında olan gecikmeler
Açılmış olan toplam iyileştirici faaliyetler, gerçekleştirilen ve gerçekleştirilemeyen iyileştirici faaliyetler
Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Kriterler
Depoların minimum maksimum malzeme miktarları
Tıbbi sarf malzemesi ve cihaz ihtiyaçlarının belirlenmesi
Cihaz envanter kayıtları ve eksiklikleri
Cihaz kalibrasyonlarının ve arızalarının takibi
Refakatçi, ziyaretçi konuları
Poliklinik Hizmetleri İle İlgili Kriterler
Poliklinik muayene ve ilk işleme başlama saatleri, poliklinik geç açılma raporları, poliklinik günlük hasta sayısının takibi, yeni poliklinik ihtiyacının tespiti
Poliklinik bekleme süreleri
E-reçete oranları ve akılcı antibiyotik kullanımı
MHRS oranları, kapalı cetvel tanımlama oranı ve randevu saatine uyumun değerlendirilmesi
Mali Durum İle İlgili Kriterler (Hastane İdari ve Mali İşler Müdürlüğünden gereken verilerin temini ile)
Gelir-gider ve maliyet oranları (tüm gelire oranı)
Kesilmeyen fatura, kaçaklar ve nedenleri
Ayaktan ve yatan hasta sayıları
Cihaz, malzeme ve tıbbi sarf şartnameleri
Otelcilik Hizmetleri İle İlgili Kriterler
Atık yönetimi (evsel atık, tıbbi atık, tehlikeli atık miktarları ve ayrıştırma süreci)
Temizlik kayıt formları, temizlik personelinin yeterliliği

Kullanılan yatak, tıbbi cihaz, muayene sedyesi, refakatçi koltukları, çarşaf, yemek servisinde kullanılan malzemeler vb. temizlik işlemleri
Temizliği için kullanılan kimyasalların muhafazası, temizlik malzemelerinin depolanması, temizlik sırasında güvenliğe yönelik önlemler (kaygan zemin tabela kullanımı)
Sağlık tesisi idaresince gerçekleştirilen bina turu sonucunda yapılan tespitler (alt yapı, sivil savunma, hasta odalarındaki demirbaşların yeterliliği ve durumu vb. yönünden değerlendirme)
Kat krokileri, yönlendirme tabelaları, yangın tedbirleri
Eczacılık Hizmetleri İle İlgili Kriterler
İlaç orderlarının zamanında ve uygun yapılması
Kullanılmayan veya az kullanılan sarf malzemeler ve ilaçlar
Geri ilaç iadeleri
Kullanılan ilaçların temini, muhafazası, ilaçların miad ve miktar kontrolü, ilaç kullanımı sırasında yaşanan problemler ve bildirimler
İhtiyaç, ihale ve mal muayene komisyonuna konusunda uzman kişilerin katılımı

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

SIRA : 40
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.3.1. Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda hizmet sunumu değerlendirmesi yönetim veya yönetimin uygun gördüğü yönetimi temsil niteliğine sahip kişiler tarafından; üç ayda bir (en az bir değerlendirme haftasonu ve diğeri ise hafta içi nöbet hizmetleri yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

GD.3.2. Hizmet sunumu değerlendirmesi sırasında tespit edilen sorunlar ve eksiklikler ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirilmesi, yönetim veya yönetimi temsil yetkisine sahip kişi/kişiler tarafından, en az bir değerlendirme haftasonu ve diğeri ise hafta içi nöbet hizmeti yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere en az 3 ayda bir yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Mesai dışı değerlendirme 24 saat esaslı çalışan tüm bölümlerde yapılmalıdır. Gözlemci tarafından değerlendirmenin yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır. Hizmet sunumu değerlendirilmesi sırasında tespit edilen sorunlar ve eksiklikler ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

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

SIRA : 41
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.4.1. 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.

GD.4.2. Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve şikayetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

GD.4.3. Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

a) Çalışanlara önemli günlerde kutlama mesajları gönderilmelidir.
Örneğin,

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

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

BRANŞ/ MESLEK GÜNÜ: Sayın Diş Hekimleri Günü'nüzü kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. ADSM/ADSH

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

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

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

- b) Çalışanların görev tanımına ve niteliklerine (mezuniyet, deneyim ve sertifika) uygun yerlerde hizmet vermesinin sağlanması,
- c) Hekim odaları, hemşire odaları vb. personel odalarının donanımlı ve konforlu olmasının sağlanması,
- d) Engelli personel için engeline uygun işlerde çalıştırılması ve engeline uygun fiziksel düzenlemeler yapılması,
- e) Beyaz Kod verildiğinde üst yöneticinin adli sürece dahil olması, ilgili çalışanı ile bizzat ilgilenmesi ve süreci takip etmesi,
- f) Sosyal alanların (kafeterya, okuma salonu, kütüphane, mescit, kreş vb.) oluşturulmasının sağlanması,
- g) Çalışma alanlarının rahat çalışmaya engel olmayacak şekilde düzenlenmesi gibi düzenlemeler,
- h) Ağır hastalık ve vefat durumlarında üst yönetim tarafından aranması veya ziyaret gerçekleştirilmesi,
- i) Personele kantinde elverdiği ölçüde indirim sağlanması,
- j) Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması,
- k) Personelin iletişim ve yönetsel yetkinliklerinin artırılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- l) Üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar (birim toplantıları, yemek organizasyonları, sportif faaliyetler, geziler vb.) çalışanların bir araya gelmelerinin sağlanması,

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

Sağlık tesisinde çalışan görevli personel için tüm bölümlerde (Nöbet alanı, poliklinik, 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: Sağlık tesisinde eğitimle ilgili gerekli düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 42
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.5.1. Eğitim birimi oluşturulmalı ve sorumluları belirlenmelidir.

GD.5.2 Kuruma yeni başlayan personele bir hafta içinde genel uyum eğitimleri verilmelidir.

GD.5.3.Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.

GD.5.4.Sağlık tesisinde yıllık hizmet içi eğitim planı yapılmalı ve eğitimler plana uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

GD.5.5. Sağlık tesisinde CPR eğitimi CPR sertifikasyon eğitimini almış personel veya anesteziyoloji ve reanimasyon/yoğun bakım/kardiyoloji uzman hekimlerince verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde eğitim birimi oluşturulmalı, sorumluları belirlenmeli, görevlendirme yazıları ilgili kişilere tebliğ/tebellüğ edilmelidir.

Sağlık tesisinde herhangi bir bölüme en son gelen personel ismi kayıt edilerek bu personele verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları incelenmelidir. Genel uyum eğitimleri; sağlık tesisinin fiziki yapısı, hizmet verilen bölümler, yönetim kadrosu, çalışma koşulları, izinler, sağlık tesisi ulaşımı, sağlık tesisi iletişim bilgilerini içermelidir. Bölüm uyum eğitimleri bölüm yönetici ve çalışanları, bölümün faaliyet ve işleyişi, bölümün fiziki yapısı, mesleki kategorilere göre görev ve sorumlulukları, bölümle ilgili yazılı düzenlemeleri, DHBS eğitimini, bölümde kullanılan tıbbi cihaz bilgilerini içermelidir. Eğitimlerin ilgili personelin başlangıç tarihinden

itibaren bir hafta içinde yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir. Bölüm uyum eğitimleri sağlık personelinin ve diğer personelin bölüm değişikliklerinde bölüme uygun kriterlere göre yenilenmelidir.

Sağlık tesisinde hizmet içi eğitimlere yönelik yıllık eğitim planı oluşturulmalı ve eğitimler plana uygun olarak verilmelidir. Değerlendirme sırasında randomize olarak seçilen personelin aldıkları eğitim konu başlıkları ve zamanları not edilerek, verilen eğitimin kayıtları ile karşılaştırılmalıdır.

Sağlık tesisinde CPR eğitimi CPR sertifikasyon eğitimini almış personel veya anesteziyoloji ve reanimasyon/yoğun bakım/kardiyoloji uzman hekimlerince verilmeli, gözlemci tarafından verilen eğitimlerin kayıtlarından eğitimlerin kimler tarafından verildiği sorgulanmalıdır.

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMET İÇİ EĞİTİM YÖNETMELİĞİ (11/12/2009)

Eğitimin Esasları

Hizmet içi eğitimin hedefleri

Madde 5 - (1) Hizmet içi eğitimin hedefi, Devlet Memurları Eğitimi Genel

Planı'nda ve kalkınma planlarında eğitim için öngörülen amaçlar doğrultusunda;

- a) Personelin, bilgisini ve verimliliğini artırarak yetişmesini sağlamak, hizmete ilgisini en yüksek düzeye çıkarmak ve daha üst seviyedeki görevlere hazırlamak,
- b) Personeli ödevleri, görevleri, yetki ve sorumlulukları konusunda geliştirmek,
- c) Yönetimde ve uygulamada verimlilik ve etkinliğin artırılmasını sağlamak,
- ç) Personeli, bilimsel ve teknolojik imkânları üst düzeyde kullanabilir duruma getirmek,
- d) Hizmetlerin tam ve zamanında kullanıcılara ulaşımını sağlayacak eğitimi vermek,
- e) Yurt dışına gidecek personeli, Bakanlığın hedefleri doğrultusunda ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmek,
- f) İnsan kaynakları planlaması doğrultusunda, Bakanlığın ihtiyacı olan nitelikli insan gücünü yetiştirmek ve aldığı hizmet içi eğitim doğrultusunda değerlendirilmesini sağlamak,
- g) Göreve yeni başlayan personelin uyum eğitimlerinin yapılmasını sağlamaktır.

Hizmet içi eğitimin ilkeleri

MADDE 6 - (1) Hizmet içi eğitimde belirlenen hedeflere ulaşabilmek için uyulacak ilkeler;

- a) Bu Yönetmelik hükümlerine göre eğitim görevlileri ve eğitime tabi tutulacak personelin eğitime katılmaktan sorumlu olması,
- b) Hizmet içi eğitimden yararlanmada öncelikler esas alınarak tüm personelin belirlenen hizmet içi eğitim ihtiyacına göre eğitim etkinliklerine katılması,
- c) Gerektiğinde ilgili kurum ve kuruluşlarla eğitimde iş birliği sağlanması, bilgi, belge, araç gereç ve eğitici değişiminin yapılması,
- ç) Eğitimin, millî kalkınma hedeflerine uygun plan ve programlara dayalı olarak Bakanlığın amaçları, görevleri, yetkileri, sorumlulukları ve ihtiyaçları doğrultusunda bir plan ve programa dayalı olarak düzenlenmesi,
- d) Eğitimin etkinlik, tutumluluk ve verimlilik ilkelerine uygun olarak yürütülmesi ve sürekli olması,
- e) Eğitim yapılacak ortamların eğitimin gereklerine göre düzenlenmesi ve donatılması,
- f) Her amirin birimindeki personelinin eğitiminden ve yetiştirilmesinden sorumlu olmasının sağlanması,

- g) Hizmet içi eğitim planı ve programları ile eğitim faaliyetlerinin Bakanlık birimlerinin asli görevlerini aksatmayacak biçimde düzenlenmesi,
ğ) Eğitime tabi tutulan Bakanlık personelinin eğitimde kazandırılan niteliklere ve eğitime gönderilme amacına uygun görevlerde istihdam edilmesi,
h) Eğitimden beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılamadığının belirlenmesi için eğitim çalışmaları sırasında ve bitiminde değerlendirme yapılmasıdır.

SORU : İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapıyor mu?

SIRA : 43
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD..6.1. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.

GD.6.2. İş sağlığı ve güvenliği kurulu ADSM'lerde iki ayda bir, ADSH'larda her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.

GD.6.3. Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren ADSM'lerde iki yılda en az 12 saat, ADSH'larda yılda EN AZ 16 saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

GD.6.4. Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden ADSM'lerde 4 yılda, ADSH'lerde ise en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları bulunmalıdır.

GD.6.5. Bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele yönelik sağlık tarama programı hazırlanmalı, bu program doğrultusunda sağlık taramaları yapılmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.

GD.6.6. Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS veya e-posta ile bilgilendirme yapılmalıdır.

GD. 6.7. Sağlık tesisi personeli, yapılan sağlık tarama testlerinin sonuçları hakkında (varsa işyeri hekimi tarafından) bilgilendirilmeli, düzenlenecek belgelerde bilgilendirildiğine dair imzası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kurulan İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu görevlendirme kayıtları incelenmelidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu;

- İşveren veya işveren vekili,
- İş güvenliği uzmanı
- İşyeri hekimi,

- İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir personel,
- Bulunması halinde sivil savunma uzmanı,
- Çalışan temsilcisinden oluşur.

Yataklı sağlık tesisleri İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğine göre çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır.

Tehlikeli Sınıfta yer alan işyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu en geç iki ayda bir kez toplanmalıdır. Çok tehlikeli Sınıfta yer alan işyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu en geç ayda bir kez toplanmalıdır. Gözlemci tarafından İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunun toplantı kayıtları incelenmelidir.

ADSM'de çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili iki yılda en az oniki saat ADSH'da çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, yılda bir kez on altı saat olmak üzere verilen eğitimlerin kayıtları incelenmelidir.

Sağlık tesisinin tüm çalışma alanlarını kapsayan risk değerlendirme kayıtları incelenmelidir. Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personel için hazırlanan sağlık tarama programı ve sağlık tarama sonuçlarının kayıtları incelenmelidir.

Sağlık tarama zamanının yaklaşan personele aşağıda örneği verilen SMS veya e-posta ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Örnek:

“Sayın....., 06.11.17 tarihinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında sağlık tarama randevunuz bulunmaktadır. H blok 1. Katta bulunan ilgili bölüme başvurmanız önemle rica olunur.”

Sağlık tesisi personeli, yapılan sağlık tarama testlerinin sonuçları hakkında (varsa işyeri hekimi tarafından) bilgilendirilmeli, düzenlenecek belgelerde bilgilendirildiğine dair imzası bulunmalıdır.

KAYNAK:

6331 sayılı İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU (20/6/2012)

İş sağlığı ve güvenliği kurulu

Madde 22 – (1) Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur. İşveren, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.

(2) Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;

a) Asıl işveren ve alt işveren tarafından ayrı ayrı kurul oluşturulmuş ise, faaliyetlerin yürütülmesi ve kararların uygulanması konusunda iş birliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.

b) Asıl işveren tarafından kurul oluşturulmuş ise, kurul oluşturması gerekmeyen alt işveren, koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

c) İşyerinde kurul oluşturması gerekmeyen asıl işveren, alt işverenin oluşturduğu kurula iş birliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

ç) Kurul oluşturması gerekmeyen asıl işveren ve alt işverenin toplam çalışan sayısı elliden fazla ise, koordinasyonu asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur.

(3) Aynı çalışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir.

İş sağlığı ve güvenliğinin koordinasyonu

Madde 23 – (1) Aynı çalışma alanını birden fazla işverenin paylaşması durumunda işverenler; iş hijyeni ile iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin uygulanmasında iş birliği yapar, yapılan işin yapısı göz önüne alınarak mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulması çalışmalarını koordinasyon içinde yapar, birbirlerini ve çalışan temsilcilerini bu riskler konusunda bilgilendirir.

İşverenin genel yükümlülüğü

Madde 4 – (1) İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

Risk değerlendirmesi, kontrol, ölçüm ve araştırma

Madde 10 – (1) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür. Risk değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınır:

a) Belirli risklerden etkilenecek çalışanların durumu.

b) Kullanılacak iş ekipmanı ile kimyasal madde ve müstahzarların seçimi.

c) İşyerinin tertip ve düzeni.

ç) Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren gruplar ile kadın çalışanların durumu.

(2) İşveren, yapılacak risk değerlendirmesi sonucu alınacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri ile kullanılması gereken koruyucu donanım veya ekipmanı belirler.

(3) İşyerinde uygulanacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri, çalışma şekilleri ve üretim yöntemleri; çalışanların sağlık ve güvenlik yönünden korunma düzeyini yükseltecek ve işyerinin idari yapılanmasının her kademesinde uygulanabilir nitelikte olmalıdır.

(4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden çalışma ortamına ve çalışanların bu ortamda maruz kaldığı risklerin belirlenmesine yönelik gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaların yapılmasını sağlar.

Sağlık gözetimi

Madde 15 – (1) İşveren;

a) Çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlar.

b) Aşağıdaki hallerde çalışanların sağlık muayenelerinin yapılmasını sağlamak zorundadır:

1) İşe girişlerinde.

2) İş değişikliğinde.

3) İş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri hâlinde.

4) İşin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULLARI HAKKINDA YÖNETMELİK (2013)

İKİNCİ BÖLÜM

Genel Hükümler

İşverenin yükümlülüğü

Madde 4 – (1) Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur.

(2) Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;

a) Asıl işveren alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı elli ve daha fazla ise asıl işveren ve alt işveren ayrı ayrı kurul kurar. İş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi ve kurullarca alınan kararların uygulanması konusunda işbirliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.

b) Bir işyerinde sadece asıl işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla ise bu durumda kurul asıl işverence kurulur. Kurul oluşturma yükümlülüğü bulunmayan alt işveren, kurul tarafından alınan kararların uygulanması ile ilgili olarak koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

c) Alt işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla, asıl işverenin çalışan sayısı ellinin altında ise işyerinde kurul alt işverence oluşturulur. Asıl işveren alt işverenin oluşturduğu kurula işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

ç) Asıl işveren ve alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı ellinin altında ve toplam çalışan sayısı elliden fazla bulunduğu durumlarda ise koordinasyon asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur. Kurulun oluşumunda üyeler 6 ncı maddeye göre her iki işverenin ortak kararı ile atanır.

(3) Asıl işveren alt işveren ilişkisi bulunmayan ve aynı çalışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir.

(4) İşverenler, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.

Kurulun oluşumu

Madde 6 – (1) Kurul aşağıda belirtilen kişilerden oluşur:

a) İşveren veya işveren vekili,

b) İş güvenliği uzmanı,

c) İşyeri hekimi,

ç) İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi,

d) Bulunması halinde sivil savunma uzmanı,

e) Bulunması halinde formen, ustabaşı veya usta,

f) Çalışan temsilcisi, işyerinde birden çok çalışan temsilcisi olması halinde baş temsilci.

(2) Kurulun başkanı işveren veya işveren vekili, kurulun sekreteri ise iş güvenliği uzmanıdır. İş güvenliği uzmanının tam zamanlı çalışma zorunluluğu olmayan işyerlerinde ise kurul sekretaryası; insan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi tarafından yürütülür.

(3) Bu maddenin birinci fıkrasının (b), (c), (ç) ve (d) bentlerinde gösterilen üyeler işveren veya işveren vekili tarafından atanırlar.

(4) Birden fazla iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekiminin bulunduğu işyerlerinde işveren tarafından görevlendirme yapılır. İş güvenliği uzmanının görevlendirilmesinde o işyerinin tehlike sınıfına uygun uzmanlar arasından birisi görevlendirilir.

(5) Bu maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen üye o işyerindeki formen, ustabaşı veya ustaların yarısından fazlasının katılacağı toplantıda açık oyla seçilir. Seçimle belirlenmemesi halinde işveren tarafından atanır.

(6) Bu maddenin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sözü geçen kurul üyelerinin aynı usullerle yedekleri seçilir.

(7) 4 üncü maddenin ikinci fıkrasının (ç) bendine göre kurulacak kurullarda üyeler ve kurul sekreteri asıl işveren ve alt işveren tarafından ortak kararla atanır.

ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİMLERİNİN USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK(15 Mayıs 2013)

Madde 6 – (1) İşveren, çalışanlarına asgari Ek-1’de belirtilen konuları içerecek şekilde iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesini sağlar.

(2) İşveren, çalışan fiilen çalışmaya başlamadan önce, çalışanın yapacağı iş ve işyerine özgü riskler ile korunma tedbirlerini içeren konularda öncelikli olarak eğitilmesini sağlar.

(3) Çalışma yeri veya iş değişikliği, iş ekipmanının değişmesi, yeni teknoloji uygulanması gibi durumlar nedeniyle ortaya çıkacak risklerle ilgili eğitimler ayrıca verilir.

(4) Birinci fıkraya göre verilen eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni riskler de dikkate alınarak aşağıda belirtilen düzenli aralıklarla tekrarlanır:

a) Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa.

b) Tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa.

c) Az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa.

(5) İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalanan çalışana işe dönüşünde çalışmaya başlamadan önce, kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitim verilir.

(6) Herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, tekrar işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimi verilir.

Eğitim süreleri ve konuları

Madde 11 – (1) Çalışanlara verilecek eğitimler, çalışanların işe girişlerinde ve işin devamı süresince belirlenen periyotlar içinde;

a) Az tehlikeli işyerleri için en az sekiz saat,

b) Tehlikeli işyerleri için en az on iki saat,

c) Çok tehlikeli işyerleri için en az on altı saat

olarak her çalışan için düzenlenir. (2) Birinci fıkrada belirtilen eğitim sürelerinin Ek-1’de yer alan konulara göre dağıtımında işyerinde yürütülen faaliyetler esas alınır.

(3) Eğitim sürelerinin bütün olarak değerlendirilmesi esas olmakla birlikte dört saat ve katları şeklinde işyerindeki vardiya ve benzeri iş programları da dikkate alınarak farklı zaman dilimlerinde de değerlendirilebilir.

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

SIRA : 44

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 7

GD.7.1. İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır.

GD.7.2. Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.

GD.7.3. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hasta mahremiyetine dikkat edilerek hasta ve çalışan güvenliği için kamera sistemi bulunmalıdır.

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 tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?

SIRA : 45

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.8.1. ADSM'ler Acil durum planlarını ADSH 'ler hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin Hastane Afet ve Acil Durum Planının güncel olup olmadığı incelenmelidir. Hastanenin farklı kampüslerde yer alan ek binaları söz konusu olduğunda her bir bina için ayrı HAP hazırlanmalıdır. Hastane Afet ve Acil Durum Planı Valilik Onayı için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmelidir.

Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri (ADSM): Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri kılavuzun birinci bölümünde belirttiği üzere HAP kapsamı dışı bırakılmış ve tesisler Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca 18.06.2013 tarihli ve 28681 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlü kılınmıştır. Ancak, yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri acil durum planlarını hazırlarken HAP kılavuzunda yer alan bölüm ve başlıklarından yararlanmaları tavsiye edilir. • Birinci bölüm, • İkinci bölümde yer alan 1-2-3-4-5 numaralı başlıklar, • Üçüncü bölümde yer alan olaya özel planlardan tahliye ve yangın planlaması. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan ve kamuya bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin yaptıkları planlar, İl Sağlık Müdürlüğüne 1 Şubat tarihine kadar gönderilmelidir.

KAYNAK:

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANLARI (HAP) UYGULAMA YÖNETMELİĞİ (20 Mart 2015)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Hastane Afet ve Acil Durum Planlarının Güncellenmesi ve Tatbikatlar

Hastane afet ve acil durum planlarının güncellenmesi

MADDE 14 – (1) HAP yılda bir kez, hastane bünyesinde oluşturulacak, Plan Hazırlama Komisyonu tarafından güncellenir. Güncellenen planlar incelenmek üzere inceleme makamına gönderilir. İncelenen HAP her yıl 1 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğüne üst yazı ile CD'ye kaydedilmiş olarak 11 inci maddede yer alan hususlar göz önüne alınarak onaylanmak üzere gönderilir. Hastanelerin personel birimleri her türlü personel değişikliğini HAP ofisi/birimi/temsilciliğine bildirmek zorundadır. Bildirilen değişiklikler eğer HAP şemasındaki idari görevlere ilişkinse HAP' da anında değişiklik yapılır. Söz konusu değişiklik ekipler içinde ise ve stratejik bir görev değilse temmuz ve şubat aylarına kadar tamamlanarak toplu olarak HAP'a yansıtılır. Yapılan güncellemeler bu tarihlerde, değişiklik ve güncelleme kayıt çizelgesine işlenerek İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilir.

(3) Yıl içerisinde herhangi bir olay yaşanması durumunda, edinilen tecrübeler ve ihtiyaca göre komisyon tarafından HAP gözden geçirilir ve 1 Şubat tarihi beklenmeden güncellenir. Yapılan her türlü güncelleme, değişiklik ve güncelleme kayıt çizelgesine işlenerek İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilir.

Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca 18.06.2013 tarihli ve 28681 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik

Acil durum planının yenilenmesi

MADDE 14 – (1) İşyerinde, belirlenmiş olan acil durumları etkileyebilecek veya yeni acil durumların ortaya çıkmasına neden olacak değişikliklerin meydana gelmesi halinde etkinin büyüklüğüne göre acil durum planı tamamen veya kısmen yenilenir.

(2) Birinci fıkrada belirtilen durumlardan bağımsız olarak, hazırlanmış olan acil durum planları; tehlike sınıfına göre çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli işyerlerinde sırasıyla en geç iki, dört ve altı yılda bir yenilenir.

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

SIRA : 46
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO :9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

GD.9.2. Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu incelenmelidir

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

SORU: Bilgi Yönetim Sistemi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 47
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.10.1. Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.

GD10.2. Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.

GD.10.3. Sağlık tesisinde Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, sağlık tesisine yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır.

GD.10.4. Veri paylaşımı yapılan firmalar ile, ((DHBS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları vb) " Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

GD.10.5. Sağlık tesisinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personele “Bilgi Güvenliği Farkındalık Bildirgesi” tebliğ edilmeli, kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan diğer personel ile "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

GD.10.6. Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verilmeli, kayıtları tutulmalı ve DHBS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.

GD.10.7. Bilgi Güvenliği ile ilgili risklerin planlanması yapılmalıdır.

GD.10.8. DHBS üzerindeki verilerin yedeklemesi yapılmalıdır.

GD.10.9. DHBS 'ne izinsiz erişimler engellenmelidir.

GD.10.10. DHBS’de kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

GD.10.11.DHBS ' de parola güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

GD.10.12.DHBS üzerinde Teknik Servis Yönetim modülü oluşturulmalı, arıza ve tamirlere ilişkin süreçlerin yönetimi bu modül üzerinden yapılmalıdır.

GD.10.13. DHBS üzerinde oluşturulan Personel Yönetim modülünde çalışan personelin TC kimlik numarası, ünvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgileri (telefon, mail vb.) güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bilgi güvenliğini sağlamak amacıyla bir ekip oluşturulmalıdır. Bu ekip, üst yönetiminden bir yöneticinin başkanlığında en az 6 ayda bir toplanmalıdır.

Toplantılar bilgi güvenliği kapsamında en az aşağıdaki konuları içerecek şekilde planlanmalıdır.

- Mevcut durum tespitleri (DHBS kesinti süreleri, nedenleri vb.),
- Risklerin planlanması ve analizi,
- Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerinin izlenmesi vb
- DHBS’ler üzerinden hastalara ve çalışanlara hangi SMS lerin atıldığı, hangi SMS lerin ulaştığı vb. logların analizi.

Ekip tarafından gerekli görülürse iyileştirici faaliyet çalışmaları başlatılmalıdır.

Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme en az aşağıdaki parametreleri içerecek şekilde yapılmalıdır:

- Sunucular fiziksel olarak korunmuş sistem odalarında bulunmalıdır.
- Yükseltilmiş zemin üzerinde konumlandırılmalı ve tavan asma tavan olmalıdır.
- Yetkili olmayan kişilerin girişini engelleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.

- Su, yangın, elektrik kesintileri gibi acil durumlara yönelik önlemler alınmış olmalıdır.
- Klima yedeği ile bulunmalıdır.
- Sıcaklık ve nem kontrolleri "Veri Merkezi Kullanılabilirlik TIER 1 Seviyesi"ne göre: Sıcaklık; 18-22 °C, nem ise; %45- %70 aralığında olmalı ve ölçümler kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında mümkünse pencere olmamalı var ise pencere açılabilir nitelikte olmamalı ve film ile kaplı olmalıdır.
- Sunucu odalarında duman dedektörleri; yükseltilmiş zeminin olduğu odalarda zeminin altına, alçaltılmış tavanın olduğu odalarda tavanın üstüne yerleştirmeli ve bunların kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında güvenlik kamerası bulunmalıdır.

Sağlık tesisinde DHBS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapıp yapılmadığı ve uygulama ile örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmelidir. Sağlık tesisine yeni gelen çalışana yetki tanımlamasının yapıp yapılmadığı incelenmelidir. Sağlık tesisinden ayrılan bir personelin yetki tanımlaması ve sisteme giriş yapıp yapamadığı sorgulanmalıdır. Sağlık Hizmetleri Sınıfı dışındaki meslek grubundakiler tarafından DHBS üzerinde hasta bilgilerinin görülmesi konusunda kısıtlama bulunmalıdır.

Sağlık tesisinden ayrılan bir personelin yetki tanımlaması ve sisteme giriş yapıp yapamadığı sorgulanmalıdır.

Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (DHBS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılma durumu değerlendirilmelidir. Yapılan sözleşme, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan asgari şartları içermelidir.

T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personelin, hizmetin ifası esnasında veya herhangi bir gerekçeyle vâkıf oldukları, kuruma ait gizli kalması gereken bilgilerin, gizliliğinin sağlanması ve ifşa edilmemesi için uyulması gereken kuralları tanımlandığı bildirge personele tebliğ edilmelidir. Bildirge, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan asgari şartları içermelidir. Kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel haricindeki diğer personeller ile (DHBS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları, danışman, firma personeli gibi) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanmış "Personel Gizlilik Sözleşmesi" nin yapılma durumu değerlendirilmelidir. Sözleşmenin fotokopilerinin görülmesi yeterlidir.

Bilgi güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verildiğine dair kayıtlar incelenmelidir. DHBS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.

Bilgi güvenliği ile ilgili riskler;

Web sitesinin hacklenme durumu, yedekleme sırasında sorunlar çıkarsa nasıl geri döneceği, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği ve mahremiyeti, kullanıcı hataları, veri kaybı, alım süresi ve doluluk yüzdesi göz önüne alınarak serverların kapasite planlaması,

yedekleme işlemi için yeterli sayı ve kapasitede yedek üniteler gibi yedekleme kapasitesi artış gereksinimi vb konular ile DHBS' ne giriş yapma imkânı olmadığında kimin, hangi kayıtları, nereye, kaydedeceği ve sonrasına yönelik eylem planının nasıl olacağı ve çalışanların konu hakkındaki bilgilendirilmesini içerir.

Bu risklerin nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili planlama yapılmalıdır.

DHBS üzerindeki verilerin yedeklemesi aşağıda belirtilen hususlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

- Yedekleme sadece sorumlu personel tarafından yapılmalıdır.
- Bilgi sistemlerinde oluşabilecek hatalar karşısında; sistemlerin kesinti sürelerini ve olası bilgi kayıplarını en az düzeye indirmek için, sistemler üzerindeki konfigürasyon, sistem bilgileri ve kurumsal veriler günde en az 3 defa yedeklenmeli ve bu işlem için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.
- Yedekler, DHBS' nin bulunduğu sunucu dışında bir ortama alınmalıdır. Verinin operasyonel ortamda online olarak aynı disk sisteminde farklı disk volümlerinde ve offline olarak manyetik kartuş, harici bellek, DVD, disk, CD vb. ortamda yedekleri alınmalıdır. Taşınabilir ortamlar (harici bellek, manyetik kartuş, DVD veya CD) fiziksel olarak bilgi işlem odalarından farklı odalarda veya binalarda saklanmalıdır. Yedek ünitelerin saklanacağı ortamların fiziksel uygunluğu ve güvenliği sağlanmalıdır.
- Yedekleme ortamlarının ve yedeklenmiş verinin düzenli periyotlarda test edilmesi ve acil durumlarda kullanılması gerektiğinde güvenilir olması için yılda bir kez "veri kurtarma testi" yapılmalı gerekli ise iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

DHBS'ye izinsiz erişimlerin engellenmesi için asgari şu çalışmalar yapılmalıdır:

- Dış ortamdan iç ortama hangi durumda kimler tarafından erişim yapılacağı belirlenmelidir. Erişim yetkisi verilen kişi haricinde erişim sağlanmamalıdır. Erişimin ne zaman, kimin tarafından, ne için, hangi alanda yapıldığı gibi bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
 - Her bilgisayara merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı kurulmalı ve bu yazılım kullanıcılar tarafından pasif hale getirilmemelidir.
 - Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.
 - Koruma amaçlı kullanılan yazılımlar güncel olmalıdır.
- DHBS kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınma durumu ve iyileştirme çalışmaları gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

DHBS ekranı üzerinde yapılan kontrolde;

- ✓ Parola en az 8 karakterden oluşmalıdır.
- ✓ Harflerin yanı sıra rakam ve "? , @ , ! , # , % , + , - , * , %" gibi özel karakterler içermelidir.
- ✓ Büyük ve küçük harfler bir arada kullanılmalıdır.
- ✓ Yukarıda yazılan kurallara aykırı parola oluşturduğunda sistem kabul etmemeli ve parola için değişim süresi belirlenmeli ve bu süreye uyum gösterilmelidir.

DHBS, Bilgi işlemle ilgili (network, donanım, office dosyaları, antivirüs taraması vb.) ve diğer arızalara (elektrik, su, teçhizat, tesisat vb.) ilişkin süreçlerin izlenebilmesi DHBS üzerinden yapılmalıdır. Sağlık tesisi mevcut arızalarını tanımlayarak her arıza için mevcut personel, Sağlık

tesisi büyüklüğü, cihaz sayısı ve çeşitliliği gibi faktörleri göz önünde bulundurarak arızaların giderilmesi için hedef süre belirlemelidir. Kullanıcının arıza kaydı oluşturduğu, arıza kaydının ilgili birim tarafından alındığı ve çözüme ulaştığı tarih saat ve talebi takip eden kişi sistemden izlenebilmelidir. Sağlık tesisinin belirlemiş olduğu hedefler, uyum durumu sağlık tesisi yönetimi tarafından incelenmelidir. Biyomedikal cihaz arıza bildiriminde, biyomedikal depoya bu bilgi sistem üzerinden aktarılmalı ve cihaz arızalı/pasif olarak gözükmelidir.

DHBS üzerinde oluşturulan Personel Yönetim modülünde; Çalışan personelin TC kimlik numarası, ünvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgilerinin (telefon, mail vb.) güncel ve doğru olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi ve Kılavuzu-2014
Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik-20 Ekim 2016 Sayı : 29863

SORU: Sağlık tesisinin web sitesinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?

SIRA : 48
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.11.1. Sağlık tesisinin web sitesindeki bilgileri güncel olmalıdır.

GD.11.2. Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikleri web sitesinde paylaşılmalıdır.

GD.11.3. Kurum sosyal medyasında, etik ve kamu kuralları dâhilinde hizmet birimleri ve amaca uygun olay ve etkinlikler paylaşılmalı ve son paylaşım tarihleri kontrol edilmelidir.

GD.11.4. Sağlık tesisinin web sitesinde en sık ziyaret edilen sayfalar analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından aşağıda belirtilen bilgilerin web sayfasında olup olmadığı ve güncelliği değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinin web sayfasında;

- Kurumsal bilgiler, yöneticilerin özgeçmişleri,
- Sağlık tesisinin hizmet verdiği bölüm ve branşlar ve özellikli ve farklı hizmetlerin tanıtımı,
- Hekim aylık ve günlük çalışma listesi,
- Hekim isim, unvan ve özgeçmişleri,
- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri,
- Randevu alma bilgileri,
- Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan,

- Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar,
- Sağlık tesisine ulaşım ve iletişim bilgileri,
- En sık girilen sayfalar linki (e-devlet, MHRS, Sağlık Bakanlığı, nöbetçi eczaneler vb.)
- Site içi arama motoru olmalıdır.

Sağlık tesisi yönetimi tarafından web sayfasında yapılan paylaşımların tarihi belirli aralıklarla kontrol edilmeli, güncel olmayan paylaşımlar kaldırılmalıdır.

Gözlemciler tarafından web sitesinde en son paylaşılan iki haberin paylaşım tarihlerine bakılmalıdır.

Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikleri paylaşılmalıdır. Örneğin ağız ve diş sağlığı, el hijyeni, obezite ile mücadele, akılcı ilaç kullanımı, evde sağlık hizmetleri, beslenme ve diyet vb. konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

Sağlık tesisinin web sitesinde en sık ziyaret edilen sayfalar analiz edilmelidir.

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

SIRA : 49

BÖLÜM ADI: GENEL DEĞERLENDİRME

SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

GD.12.2. Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

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

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

AÇIKLAMA:

Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın 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 bulundurdukları 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

Madde 17- 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 buldukları yerlerden dışarıya verilemez.

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

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

a) Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,

b) Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,

c) Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,

d) Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,

e) Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,

f) Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,

g) Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme için 12-15 derece arasında) tutulmasından, Sorumludur.

Gözlemci arşiv bölümünün yazılı düzenlemede bulunan bilgilerinin uygulandığını kontrol etmelidir.

Birim ve Kurum Arşivleri

Madde 5 - Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için “Birim Arşivleri”, daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için “Kurum Arşivleri”ni kurarlar.

Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır.

SORU: Hizmet sunulan tüm alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 50
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.13.1. Nöbet hizmeti, poliklinikler, bebek emzirme, servis, görüntüleme vb. alanlarda hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından değerlendirme yapılan (Poliklinikler, bebek emzirme, servis vb.) alanlarda hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Gözlemciler

Fiziksel mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemelerde; sağlık tesisine muayene, tetkik, için başvuran tüm hastalarda, her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmeli, muayene odasında veya girişim alanında sağlık personeli dışında kişi olmamalı, polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.

Tıbbi mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemeler, hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) hasta mahremiyetine saygı gösterilmeli, tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken sağlık personeli dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.

Bilgi mahremiyetinin korunmasına yönelik hasta dosyalarının hasta başlarında veya hemşire deskinde gelişigüzel atılmış şekilde bulunup, bulunmadığı, hasta ve yakınlarına bilgi vermekle yükümlü olan sağlık personelinin bilgilendirme kuralları hakkındaki farkındalık düzeyi personelle karşılıklı görüşülerek ve gözlem yapılarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ- (SON GÜNCELLEME 2014)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Hasta Haklarının Korunması Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

HASTA MAHREMİYETİNE SAYGI GÖSTERİLMESİ KONULU GENELGE 2016/10

SORU: Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizler yapılıyor mu?

SIRA : 51

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO :14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.14.1. Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri düzenlemeler yapılmalı, talep ve öneriler yönetim tarafından değerlendirilmeli, analizleri yapılarak gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler; hasta ve yakınları için oluşturulan talep ve öneri kutuları, sağlık tesisi web sayfasına, sağlık tesisinin mailine ve varsa sosyal medya hesaplarına gelen bildirimler şeklinde olabilir.

Gözlemciler tarafından talep ve öneri kutularının sayısının yeterliliği ve bunların görülebilir alanlarda olup olmadığı incelenmelidir.

Sağlık tesisi mailine, sağlık tesisi web sayfasında bulunan iletişim alanına ve varsa sosyal medya hesaplarına gelen mesajların ve verilen cevapların kaydı tutulmalıdır.

Periyodik olarak alınan talep ve önerilerin analizi yapılmalı, taleplerin en çok hangi birim, klinik, personel vb. yapıldığı ve nedenleri değerlendirilerek, gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

SORU: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?

SIRA : 52
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

AÇIKLAMA:

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

SORU: Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?

SIRA : 53
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.16.1. Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Nöbet hizmet alanları, poliklinikler ve servislerde bulunan sedye ve tekerlekli sandalye sayılarının yeterli olup olmadığına göre değerlendirilmelidir. Değerlendirmede hasta sayısı göz önünde bulundurulmalıdır. Sedyelerin tekerlekleri, yan korkulukları, sabitleme kemeri, frenlerinin çalışıp çalışmadığı, tekerlekli sandalyelerin tekerleklerinin bozuk olmadığı, ayak basma yerlerinin sağlam olup olmadığı gibi özellikleri incelenmelidir.

SORU: Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 54
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO :17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.17.1. Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.

GD.17.2. Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescili olmalıdır.

GD.17.3.Evde Sağlık Hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.

GD.17.4.Evde Sağlık Hizmeti Birimine sadece bu hizmete tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.

GD.17.5. Evde sağlık hizmeti verileri DHBS ‘de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

GD.17.6. 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 oluşturulur. Sağlık kuruluşu bünyesinde evde sağlık hizmeti verilecek birimin fiziki olarak kayıt, arşiv, sekreteryaya, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte olup olmadığı gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından tescili yapılmış olmalıdır ve Bakanlığa bildirilmelidir. Evde sağlık hizmetlerini düzenleyen yönetmelik hükümleri 2014 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yetki devri ile tescil işlemlerini il müdürlüklerine devredilmiştir. Bu tarihten sonra tescil işlemleri; ilgili sağlık tesisinin birim tescil talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve oluru ile gerçekleşmekte, bilgi amaçlı Bakanlığa bildirilmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri Ekibi; Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından oluşturulan ve evde sağlık hizmetini birlikte sunmakla görevlendirilen, konu ile ilgili eğitim almış olan sağlık personeli ve diğer personelden oluşan ekiptir. Birimler bünyesinde hasta sayısı, ulaşım ve benzeri kriterler dikkate alınarak birden fazla ekip oluşturulabilir.

Evde Sağlık Hizmeti ADSM'ler bünyesinde kurulan birimlerdir. Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.

Ayrıca birimde kayıt ve arşiv işlemleri ile haberleşme işlemlerini gerçekleştirmek üzere bir tıbbi sekreter ya da uygun nitelikte bir personel görevlendirilebilir.

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne sadece bu hizmete mahsus olmak üzere araç ve şoför tahsis edilmelidir. Bu araç başka amaç için kullanılmamalıdır. Aracın üzerinde Evde Sağlık Yönetmeliği'ne uygun olacak şekilde Sağlık Bakanlığı logosu, Evde Sağlık Hizmetleri logosu, Evde Sağlık Hizmetleri Başvuru Numarası (444 38 33) ibaresi olmalıdır. Evde sağlık aracında gereken araç-gereç, tıbbi cihaz ve ilaçlar Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik belirtilen asgari standartlara uygun olmalıdır. Evde sağlık aracı yeterli mobil donanıma sahip olmalı ve taşınır mobil röntgen cihazı bulunmalıdır.

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

Evde Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Tablosu							
YIL:				AY:			
Evde Sağlık Biriminde Çalışan Toplam Hekim Sayısı	İlgili Ayda Takip Edilen Hasta Sayısı	İlgili Ayda Yeni Hasta Sayısı	Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı	Toplam Hekim Dışı Sağlık Personeli Sayısı	Hekim Dışı Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı	İlgili Ayda Toplam Ziyaret Sayısı	*İlgili Ayda Ziyaret Oranı

**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, DHBS'de "Yönetici Takip Ekranı" nın oluşturulup oluşturulmadığını ve aylık olarak evde sağlık hizmetlerinin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

KAYNAK:

KAYNAK:

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

SORU: Sağlık tesisinde mevzuata uygun Atık Yönetim Planı oluşturulmuş mu?

SIRA :55

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.18.1. Sağlık tesisinde mevzuata uygun Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı hazırlanmalı ve tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmalıdır.

GD.18.2. Sağlık tesisi günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) veya MOTAT sistemi ile günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmelidir

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından mevzuata uygun hazırlanan Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı ve ilgili belediye ile yapılan protokol görülmelidir. Eğer sağlık tesisi tarafından bulunduğumuz yılı da kapsayan daha önceden hazırlanmış Endüstriyel Atık Yönetim Planı hazırlanmış ise olumlu olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisleri atık yönetimi planı içerisinde ya da ayrı olarak tıbbi atık yönetim planını da hazırlamak zorundadır. Tıbbi atık yönetim planı için sadece sağlık tesisi yönetiminin onayı yeterlidir.

Üretilen tıbbi atığın teslimi sırasında oluşturulan Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) veya MOTAT sistemi ya da günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu görülmelidir. MOTAT (Mobil atık takip) sistemi kullanan sağlık tesislerinde bu sistem üzerinden kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ-2015

5. Madde o) Bu Yönetmelik veya diğer hukuki düzenlemeler ile atık yönetim planını hazırlama yükümlülüğü verilen gerçek ve/veya tüzel kişi, atık yönetim planını hazırlayarak sunmak ve onaylatmak/uygun görüş almakla yükümlüdür.

6. Madde i) UATF'lerin kullanımına ve atıkların taşınmasına ilişkin usul ve esasları belirlemekle,

9. Madde c) Ürettiği atıklara ve atıkların önlenmesi ile azaltılmasına yönelik olarak hazırlamakla yükümlü olduğu atık yönetim planını hazırlayarak il müdürlüğüne sunmakla ve onay almakla,

h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla yükümlüdür.

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ 2017

5. Madde h) Tıbbi atık taşıma araçlarının atık taşıma lisansı alması, tıbbi atıkların işleme tesislerine lisanslı araçlar ile taşınması ve taşıma esnasında UATF kullanılması zorunludur.

9. Madde b) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla c) Tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla 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 yükümlüdür.

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017)

Sağlık kuruluşlarının yükümlülükleri MADDE 9 – (1) Sağlık kuruluşları; a) Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemi kurmakla, b) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla, c) Tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde taşınması ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla,

Tıbbi atıkların işleme tesislerine taşınması (8) Tıbbi atıklar, UATF doldurularak lisanslı taşıma aracına teslim edilir. Günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları, tıbbi atıklarını tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak taşıma aracına ya da en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine teslim etmek zorundadır. (9) Günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları istedikleri takdirde UATF kullanabilirler. Tıbbi atıkların en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine teslim edilmesi durumunda UATF'nin atık üreticisi bölümünün doldurularak teslim edilmesi zorunludur.

Tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu Madde 28 – (1) Günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşlarından tıbbi atıkların alınması sırasında; tıbbi atıkların taşıyıcıya verildiğinin, taşıyıcı tarafından teslim alındığının ve taşıyıcı tarafından da bertaraf tesisine verildiğinin belgelenmesi amacıyla sağlık kuruluşu ile taşıyıcı/bertaraf eden kurum/kuruluş arasında tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu düzenlenir. Bu belge/makbuz üzerinde tıbbi atığı üreten sağlık kuruluşunun ismi, adresi, sorumlu kişinin ismi ve irtibat telefonu, tarih, tıbbi atığın kodu ve miktarı, taşıyıcı kurum/kuruluşun ismi, şoförün ismi, aracın plakası, lisans numarası ve tıbbi atık işleme tesisi ile ilgili bilgiler bulunur. (2) Tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu üç nüsha olarak hazırlanır; bir nüshası tıbbi atık üreticisi sağlık kuruluşunda, ikinci nüshası taşıma işlemi yapan kurum/kuruluştaki, üçüncü nüshası ise atık işleme tesisi işletmecisi kurum/kuruluştaki kalır ve ilgili görevliler tarafından imzalanır. (3) Tıbbi atıkların taşınması sırasında kullanılan bu belgelerin/makbuzların en az üç yıl süre ile muhafaza edilmesi ve inceleme ve denetim sırasında ilgili tüm taraflarca denetim elemanlarına gösterilmesi zorunludur.

BEŞİNCİ BÖLÜM Diğer Hususlar Tıbbi atık yönetim planı Madde 22 – (1) Sağlık kuruluşları; a) Bu Yönetmelik gereği hazırlamaları gereken tıbbi atık yönetim planında; tıbbi atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, toplama rotası, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgilere yer vermek, b) Tıbbi atık yönetim planını her yıl güncellemek, zorundadır.

ATIKLARIN KARAYOLUNDA TAŞINMASINA İLİŞKİN TEBLİĞ

MADDE 4

t) Mobil atık takip (MoTAT) sistemi: Her bir taşıma işlemine ilişkin bilgilerin kaynağında kayıt altına alınması, atık taşıma firma ve araçların lisanslandırılması, atık yüklü araçların seyir halindeyken izlenmesi ve atık taşıma işlemlerinin etkin bir şekilde denetlenmesi amacıyla hazırlanan çevrimiçi sistemi,

Atık üreticisinin yükümlülükleri

Madde 8 – (1) Atık üreticisinin yükümlülükleri aşağıda belirtilmiştir.

a) Bakanlığın çevrimiçi uygulamalarının yer aldığı sisteme kayıt olmak.

b) Faaliyeti sonucu oluşan atığa ait UATF'nin ilgili bölümünü bu Tebliğin ek-5'inde yer alan esaslar doğrultusunda doldurmak, onaylamak ve uyuşmazlık durumunda bağlı oldukları il müdürlüğüne durumu bildirmek.

- c) Atık taşıma lisansı olmayan veya lisans süresi biten firmalar ve araçlar ile taşıma işlemi yapmamak, bu firma/araçların tespit edilmesi durumunda il müdürlüğüne bilgi vermek.
- ç) Basılı UATF'leri il müdürlüğünden temin etmek.
- d) Atık işleme tesisinin atığı kabul etmemesi durumunda, taşıyıcıyı başka bir tesise yönlendirmek veya taşıyıcının atığı geri getirmesini sağlayarak, uygun bir tesiste atığın işlenmesini sağlamak.

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

SIRA : 56
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.19.1. Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

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

b) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır. Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

c) Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla ve kanla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

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, laboratuvarlar, vb. birimlerde evsel atık, ambalaj atığı, ve 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 oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulundurulmalıdır.

Tıbbi atıkların toplandığı kırmızı renkli torbalar, kapaklı, pedalla açılabilen kovalarda toplanmalıdır. Kovalar pedallı değil ise, kapağı yoksa, içerisinde kırmızı renkli standarda uygun torba yok ise olumsuz olarak değerlendirilir.

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

Sağlık tesisinde ambalaj atıkları (kontamine olmamış serum şişeleri, plastik ambalaj kapları, kartonlar, boş ilaç kutuları vb.) plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutularda ve üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

Gözlemciler bu unsuru atık depolarında torbaları görerek değerlendirebilecekleri gibi sağlık tesisinin çeşitli birimlerinde tıbbi atık kovalarının doluluğunu gözlemleyerek de kontrol edebilirler. Bir tıbbi atık kovası ağzına kadar dolu ise olumsuz olarak değerlendirilir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017)

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

ç) Tıbbi, tehlikeli, tehlikesiz, ambalaj, belediye atıkları ve diğer atıkları birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrı toplamakla, d) Herhangi bir kimyasalla muamele görmüş patolojik atıkları diğer tıbbi atıklardan ayrı toplamakla, e) Tıbbi atıkları toplarken teknik özellikleri bu Yönetmelikte

belirtilen torbaları ve kapları kullanmakla, f) Günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarının UATF düzenleyerek, günlük 1 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/eğitimi sağlamakla, ı) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini başışıklamakla, 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 oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle belediye atıkları, ambalaj atıkları, tehlikeli atıklar ve benzeri diğer atıklar ile karıştırılamaz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Atıkların Ayrılması, Toplanması, Taşınması ve Geçici Depolanması
Tıbbi atıkların ayrılması ve toplanması

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

(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 ¾ 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: Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapıyor mu?

SIRA : 57
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.20.1. Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır.

GD.20.2. Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir

GD.20.3. Tıbbi atıkların toplanması ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır. Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.

GD.20.4. Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve eğitimin alındığına dair kayıtlar olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır. Tıbbi atık taşıma aracının temizliği, dezenfeksiyonu ve standartlara uygun olup olmadığı değerlendirilir. Taşıma sırasında torbaların sıkıştırılarak doldurulmadığı gözlemlenmeli ya da gözlenemiyorsa bu işle görevli atık taşıma personelinin konuya ilişkin bilgisi sorgulanmalıdır. Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergâh, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır.

Tıbbi atıklar ve evsel nitelikli atıklar için ayrı taşıma araçlarının bulunup, bulunmadığı kontrol edilmelidir. Atık taşıma araçlarının rutin temizliğinin ve araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı konusunda görevli personelden bilgi alınmalıdır.

Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçlarının geçici atık deposuna yakın bir yerde görevli personelin kolaylıkla ulaşabileceği alanlarda bulunup bulunmadığı gözlemciler tarafından kontrol edilmelidir.

Gözlemciler enfeksiyon hemşiresine ya da atık taşıma personeline atıkların taşındığı güzergâhları sorarak ya da mümkünse gözleyerek değerlendirmelidir.

Atık taşıma personeline, özel giysiler ve koruyucu ekipmanların yeterli olup olmadığı, bu giysilerin temizliğini nasıl yaptığı, nerede üstünü değiştirdiği ve giysilerini nerede muhafaza ettiği sorulmalıdır.

Tıbbi atık taşıma personelinin bilgi düzeyi sorularla ölçülmeli, eğitimleri sorulmalı ve eğitim kayıtları görülmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017)

Madde 11 – (1) Tıbbi atık torbaları, sağlık kuruluşu içinde bu iş için eğitilmiş personel tarafından paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış kapaklı konteyner/kap/kova ile toplanır ve taşınır. Tıbbi atıkların sağlık kuruluşu içinde taşınmasında kullanılan konteyner/kap/kova turuncu renkli olur, üzerlerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. (2) Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanarak sıkıştırılmadan kapaklı konteyner/kap/kova ile taşınır. Atık torbaları ve patolojik atık biriktirme kapları asla elde taşınmaz. Toplama ve taşıma işlemi sırasında vücut ile temastan kaçınılır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılamaz. Patolojik atık biriktirme kapları tekerlekli tıbbi atık taşıma araçları ile taşınır. (3) Tıbbi atıklar ile diğer atıklar aynı araca yüklenemez ve taşınmaz. (4) Tıbbi atık konteyner/kap/kovaları her gün düzenli olarak temizlenir ve dezenfekte edilir. Herhangi bir torbanın yırtılması, patlaması veya dökülme durumunda atıklar güvenli olarak yeni bir torbaya boşaltılır ve konteyner/kap/kova ivedilikle dezenfekte edilir. (5) Tıbbi atıkları sağlık kuruluşu içinde toplayarak tıbbi atık geçici deposuna taşımakla görevlendirilen personelin, taşıma sırasında 27 nci maddede belirtilen turuncu renkli özel kıyafeti giymesi, koruyucu ekipmanları kullanması zorunludur. (6) Sağlık kuruluşu içinde uygulanacak tıbbi atık toplama programında, atık taşıma araçlarının/atık taşıyan personelin izleyeceği güzergâh, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenir.

SORU: Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN FAZLA TIBBİ ATIK ÜRETEN VE/VEYA TIBBİ ATIĞI +4 °C'DE 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.)

SIRA :59
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO :21

GD.21.1. Depo hacmi sağlık tesisinin en az iki günlük , +4°C soğutulması durumunda ise en fazla bir haftalık atığını alabilecek boyutta olmalıdır. Tıbbi atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunmalı, sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalı ve tıbbi atığın 1 haftaya kadar bekletilmesi durumunda ısı takip çizelgesi doldurulmalıdır.

GD.21.2. Tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalı, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.

GD.21.3. Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalı, depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. Tıbbi atık deposunun günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi günlük 50 kg' dan fazla tıbbi atık üretiyorsa ya da 50 kg' dan az üretse dahi tıbbi atığı 2 günden fazla bekletmek zorunda kalıyor ise +4 °C'de muhafaza etmesi gerekmektedir. Tıbbi atığı 1 hafta bekletmek zorunda ise tıbbi atık deposu 1 haftalık atığını alacak kapasitede olmalıdır. Tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.

Tıbbi atık deposu yeterli aydınlatılmalıdır. Soğutulmayan depolarda pasif havalandırmanın olup olmadığı değerlendirilmelidir. Havalandırma penceresi/deliği böcek ve hayvan girişine izin vermeyecek şekilde kapatılmış olmalıdır. Sıcak bölgelerde ve tıbbi atığın 2 günden fazla bekletilmesi durumunda depo özel olarak soğutulmalıdır. Soğutulan depolarda ısı takip çizelgesi sabah, öğle ve akşam olmak üzere doldurulmalı, gözlem sırasında kontrol edilmelidir.

Tıbbi atık depo kapılarının dışarıya doğru açıldığı veya sürgülü olduğu, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulduğu kontrol edilmelidir. Depo ve kapısı içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde olmalıdır. Tıbbi atık kapısının turuncu renkte olduğu, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunduğu kontrol edilmelidir.

Değerlendirme sırasında depo içerisinde su musluğu, ızgaralı drenaj sistemi bulunması durumunda olumsuz olarak değerlendirilmelidir. Depo, atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenip, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.

Depo dışına temizlik ve dezenfeksiyonun yapıldığına dair takip çizelgesi bulundurulmalı, gözlemciler tarafından kontrol edilmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı görevli personele sorulmalıdır.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017 ÇARŞAMBA)

Sağlık kuruluşunda tıbbi atıkların geçici depolanması MADDE 12 – (1) Tıbbi atıklar, tıbbi atık işleme tesisine taşınmadan önce 48 saatten fazla olmamak üzere tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir. (2) Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4 °C olması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir. (3) Günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşlarında tıbbi atıklar, biriktirildiği kapaklı konteyner/kap/kovanın içerisinde 48 saatten fazla olmamak üzere bekletilebilir. Bu atıkların ilgili belediyenin tıbbi atık toplama ve taşıma aracı tarafından alınması sağlanır veya en yakında ya da en uygun bulunan tıbbi atık geçici deposu veya konteynerine atık üreticisi tarafından kapaklı konteyner/kap/kova ile götürülür. Tıbbi atıklar, tıbbi atık toplama aracı gelmeden önce kesinlikle dışarıya bırakılamaz, diğer atıklar ile karıştırılamaz ve belediye atıklarının toplandığı konteynerlere konulamaz. Bu sağlık kuruluşları, tıbbi atıklarını taşıma aracına teslim etmemeleri durumunda, atıklarının geçici depolanması konusunda en yakında veya en uygun bulunan tıbbi atık geçici deposu veya konteynerin ait olduğu sağlık kuruluşu ile anlaşma yapmak ve bu anlaşmayı ibraz ederek belediye ile protokol yapmakla yükümlüdür. Bu sağlık kuruluşları için 11 inci maddenin beşinci fıkrasındaki koşullar aranmaz. (4) Günlük 50 kilogramdan az tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları istedikleri takdirde tıbbi atık geçici deposu tesis edebilirler. (5) Çevresel riskler nedeniyle il müdürlüğünün gerekli görmesi durumunda günlük 50 kilogramdan az tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları tıbbi atık geçici deposu tesis etmek zorundadır.

Tıbbi atık geçici deposunun özellikleri MADDE 13 – (1) Tıbbi atık geçici deposunun özellikleri şunlardır: a) Deponun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olur. b) Deponun hacmi, 12 nci maddenin ikinci fıkrasının uygulanması durumunda en az bir haftalık atığı alabilecek boyutta olur. c) Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanır. Depolarda yeterli aydınlatma bulunur. ç) Soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunur. d) Deponun kapısı turuncu renkli olur ya da turuncu renge boyanır, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. Kapı daima temiz ve boyanmış durumda olur. e) Depo kapısı dışarıya doğru açılır veya sürmeli yapılır. f) Depo kapısı kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmez. g) Depo ve kapısı, içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde tesis edilir. ğ) Deponun içi ve kapıları görevli personelin rahatlıkla çalışabileceği, atıkların kolaylıkla boşaltılabileceği, depolanabileceği ve yüklenebileceği boyutlarda tesis edilir. h) Depo, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlıklarına tesis edilmez. ı) Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılır. Depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmaz. i) Depo, atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenir, dezenfekte edilir ve gerekirse ilaçlanır. Tıbbi atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar tıbbi atık torbasına konulur ve kullanılan ekipman ile birlikte depo derhal dezenfekte edilir. j) Temizlik malzemeleri, özel giysi ve koruyucu ekipmanlar, tıbbi atık torbaları, kapları, kovaları ve konteynerler depoya yakın yerlerde bulundurulur. Temizlik ve dezenfeksiyon talimatı ile takip çizelgesi depo dışına görülebilecek şekilde asılır. k) Depo, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmaz.

SORU: Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN AZ TIBBİ ATIK ÜRETEN VE TIBBİ ATIĞI 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETMEYEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)

SIRA : 59
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 22

GD.22.1. Tıbbi Atık Konteynerları ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda, hacmi en az 0.8 m³, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalı ve başka maksatla kullanılmamalıdır.

GD.22.2. Tıbbi Atık Konteynerlarının iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemeli; dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.

GD.22.3. Tıbbi Atık Konteynerları, daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerin içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Günlük 50 kg' dan az tıbbi atık üreten ve tıbbi atığını 2 günden fazla bekletmeyen sağlık tesislerinde geçici depolama işlemi için depo yoksa konteyner bulundurulmalıdır. Konteynerler en az 0.8 m³ hacminde, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmalı, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir ve 2 günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta/sayıda olmalıdır.

Tıbbi atık torbaları doğrudan tıbbi atık taşıma aracına yüklenebileceği gibi kapaklı plastik veya metal kap/kova/konteynerler içinde atık taşıma aracına yüklenebilir. Taşımanın bu şekilde yapılması durumunda kap/kova/konteynerler tıbbi atıkların boşaltılmasını müteakip temizlenir ve dezenfekte edilir. Gözlemci tıbbi atığın kovalarda biriktirilip bu şekilde taşıma araçlarına yüklendiğini ve sonrasında temizlik ve dezenfeksiyonları yapıldıktan sonra kullanıldığını gözlemlerse olumlu olarak değerlendirmelidir.

Tıbbi atık konteynerlerinin bulunduğu alan değerlendirilmelidir. Tıbbi Atık Konteynerları kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde ve mutlaka bina dışında bulunmalıdır. Konteynerlerin kiltli olup olmadığı, başka amaçla kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir. Gözlemciler konteynerların standartlara uygun olup olmadığını değerlendirmelidir.

Konteynerlar kontrol edilerek, sorumlu personelden temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı hakkında bilgi edinilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017 ÇARŞAMBA)

Konteynerlerin tıbbi atık geçici deposu olarak kullanılması MADDE 14 – (1) Tıbbi atıkları geçici depolamak amacıyla kullanılacak konteynerlerin aşağıdaki teknik özellikleri haiz olması zorunludur: a) Hacmi en az 0.8 m³ , paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olur. b) Kapaklar, konteynerin içine herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde üretilir. c) Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermez. Kesişen yüzeyler yumuşak dönüşlerle birbirine birleşir. ç) Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkli olur, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. d) Konteynerler sağlık kuruluşunun en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olur. e) Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşunun bulunduğu parsel sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilir. f) Konteynerlerin kapakları daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmez. g) Konteynerler, atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenir ve dezenfekte edilir. Temizlik ve dezenfeksiyon uygun dezenfektan kullanılarak yapılır. ğ) Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmaz.

Tıbbi atıkların işleme tesislerine taşınması (4) Tıbbi atık torbaları doğrudan tıbbi atık taşıma aracına yüklenebileceği gibi kapaklı plastik veya metal kap/kova/konteynerler içinde atık taşıma aracına yüklenebilir. Taşımanın bu şekilde yapılması durumunda kap/kova/konteynerler tıbbi atıkların boşaltılmasını müteakip temizlenir ve dezenfekte edilir.

SORU: Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler için 1. ve 2. unsurlar muafdir)

SIRA : 60
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 23

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.23.1 Evsel atık deposunun kapısında görülebilecek şekilde siyah renkle “Evsel Atık Deposu” ibaresi bulunmalı, deponun zemini, tavanı, duvarı kırık ve çatlak olmamalı, yeterli aydınlatma olmalı ve deponun pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.

GD.23.2. Evsel atık deposunda atıkların tamamen boşaltılmasını müteakiben zemini, tavanı ve duvarı temizlenmelidir. Temizlik için, depo içinde veya yakınında basınçlı su musluğu ve suyun gidebileceği kanalizasyona bağlı ızgaralı drenaj sistemi bulunmalıdır.

GD.23.3. Cam, plastik, kağıt, metal gibi ambalaj atıklar, kaynağında ayrı ve üzerinde "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılı plastik veya su geçirirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Belediye tarafından toplanacak olan evsel atıklar, bir depoda toplanıyorsa bu unsurlar değerlendirilecektir. Depo standartlara uygun değil ise olumsuz olarak değerlendirilecektir.

Depoların temizliği basınçlı su ile yapılmalı ve suyun kanalizasyona bağlantısı ızgaralı drenaj sistemi ile olmalıdır. Zeminde sızıntı gözlenen, kötü kokulu depolar olumsuz olarak değerlendirilir. Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler muafır.

Sağlık tesisinde kontamine olmamış ambalaj (cam, plastik, metal, kağıt vb.) atıkları plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılarak toplanmalıdır. Ambalaj atıkları evsel atık deposunda ya da uygun bir depo alanında toplanmalıdır.

SORU: Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?

SIRA :61
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 24

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.24.1 "Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar,

Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, cam ve plastikler, Amalgam atıkları, Kartuş ve tonerler, Flourosan ve diğer cıva içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar, Röntgen banyo suları ve piller, Etilen oksit kartuşları gibi Atık Yönetimi Yönetmeliği Ek-4 atık listesinde yer alan diğer tehlikeli atıklar, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.

GD.24.2 Tehlikeli atıklar, tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde, geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.

GD.24.3. Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.

GD.24.4. Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu veya MOTAT sistemi ile lisanslı taşıma/bertaraf firmasına teslim edilmelidir.

GD.24.5. Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tehlikeli atıkların ayrıştırılmasının doğru yapıp yapılmadığı servislerde, laboratuvarında, polikliniklerinde, görüntülemelerde ve tehlikeli atık depolarında gözlenmelidir. Ameliyathenede inhalasyon anesteziplerinin(sevorane v.b) şişelerinin nasıl bertaraf edildiği sorgulanmalıdır. Laboratuvarında ve sağlık tesisinin genelinde kullanılan ve şüpheli tehlikeli atık olabileceği düşünülen sıvıların analizlerinin yaptırılıp, Atık Yönetimi Yönetmeliği EK-4 ' de verilen listede belirtilen konsantrasyonların üzerinde ise tehlikeli atık kabul edilip depolanmalı ve bertarafı o şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli atıklar uygun kaplarda toplanmalıdır. Sıvı atıklar için varil, katı ve taşınabilir hafif atıklar için ise; üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “DİKKAT! TEHLİKELİ ATIK” ibaresini taşıyan, sağlam plastik torbalar kullanılmalıdır. Amalgam atık için ünitelere ya da merkezi gider sistemine (kliniklerde elle toplama yetersiz olduğundan dolayı) amalgam biriktirme bölmeleri yapılmalıdır.

Tehlikeli atık depo alanları tesis ve binalardan uzakta, beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip) olmalıdır. Tel örgü ile çevrilmiş, üstü açık depolama alanları olumsuz olarak değerlendirilir. Depo yakınında yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.

Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır. Kırılabilir nitelikteki tehlikeli atıklar, depoda kırılmayacak şekilde depolanmalıdır. Örneğin, floresan lambalar arasında uygun malzeme (yumuşak malzeme) konularak (karton kutuda) muhafaza edilebilir. Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde ve ağzı kapalı depolanmalıdır. Örneğin, oksitleyici madde ile yanıcı madde birbirinden uzakta muhafaza edilmeli. Tehlikeli atık kaplarının üzerinde EWC kodlaması yapılmalı ve depo içerisinde farklı alanlarda depolanmalıdır. EWC kodları duvarda yazılı olmalı ve tehlikeli atık kapları koduna uygun yerde depo içerisinde yer değiştirmeden depolanmalıdır.

Gözlemci tehlikeli atıkların lisanslı taşıma /bertaraf firmasına teslimi sırasında oluşturulan ulusal atık formunun sağlık tesisinin de kalan nüshasını görmeli, (Yeşil nüsha D) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne gönderildiğine dair kayıtları incelemelidir.

Tehlikeli atıklar, UATF Formu MoTAT (Mobil Tehlikeli Atık Takip Sistemi) üzerinden doldurulmalıdır.

Sağlık tesisi bir önceki yılın atık beyanını (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) giriş yapmalı ve bu bilgileri 5 yıl süre ile saklamalı ve kayıtlar görülmelidir.

KAYNAK:

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği

9. Madde

atık üreticisi,

- b) Atıklarını ayrı toplamak ve geçici depolamakla
ğ) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayı itibariyle başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamalar kullanarak doldurmak, onaylamak, çıktısını almak ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla, askeri birlik ve kurumlar ise yazılı olarak belirtilen sürede Millî Savunma Bakanlığı ve Genelkurmay Başkanlığınca Bakanlığa göndermek ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla,
h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla,
i) Ürettikleri atıkların toplanması, taşınması ve geçici depolanması gibi işlemlerden sorumlu olan çalışanlarının eğitimini sağlamakla, sağlık ve güvenlik ile ilgili her türlü tedbiri almakla,
Atıkların Yönetimi Yönetmeliği

13. Madde (2) ve (3) fıkra

(2) Özelliğine göre sınıflandırılarak geçici depolanan atığın üzerinde tehlikeli ya da tehlikesiz atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunur.

(3) Atıklar birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde geçici depolanır.

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği Eki Ek-4'teki Atık Listesinde altı haneli atık kodunun yanında yıldız (*) işareti bulunan atıklar (Tehlikeli Atıklar)

Atık Yönetimi Yönetmeliğinde 23/03/2017 tarihli yapılan değişiklikle aylık 1.000 Kg üzerinde tehlikeli atık çıkaran kurumlar depolama izni almalıdır.((5) Ayda bin kilogramdan daha az tehlikeli atık üreten atık üreticilerinin, tehlikeli atıklarını geçici olarak depoladığı/depolayacağı alanları/konteynerleri geçici depolama izninden muafır. Ayda bin kilogram veya daha fazla tehlikeli atık üreten atık üreticileri tehlikeli atıklarını geçici depoladığı alanları/konteynerleri için il müdürlüğünden geçici depolama izni alır.

SORU: Atıklar birim bazında tartılıyor mu?

SIRA : 62
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 25

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD25.1. Tehlikeli ve tıbbi atık torbalarında karışıklığa sebep olmayacak şekilde, hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalı, tehlikeli ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu, DHBS otomasyonunda oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

GD25.2. Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için birim bazında dönemsel analizleri yapılmalıdır. Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için yapılan analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise eğitim veya düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde tıbbi atık miktarının azaltılması, takibi ve atığın depolanması sırasında (kesici delici alet vb. nedeniyle) oluşabilecek yaralanmaların hangi birimden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla uygulanmaktadır. Sağlık tesisinin aylık analizlerini ve atığın azaltılmasına yönelik alınacak tedbirlerin belirlenmesini sağlayacaktır. Etiketle atığın çıktığı birim, kg, tartıldığı tarih ve saati gibi bilgiler yer almalıdır. Modülde tıbbi ve tehlikeli atık miktarı (EWC koduna göre sınıflandırılarak) ayrı girilmelidir. Tıbbi atık torbasında bulunan etiket ile DHBS Atık Modülündeki kayıtlar karşılaştırılmalıdır. Birim bazında yapılan ölçümlerden elde edilen sonuçların analizleri yapılarak gerekli önlemlerin alındığına ve gerektiğinde eğitimlerin verildiğine dair kayıtları gözlemciler incelemelidir.

SORU: Nöbet hizmeti süresince güvenlik hizmeti veriliyor mu?

SIRA : 63
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 26
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.26.1. Sağlık tesisinde aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir.

GD.26.2. Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.

GD.26.3. Kamera sistemi sağlık tesisi giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.

GD.26.4. Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

ADSM/ADSH' de aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir.

(Aktif hekim sayısı 20 ve daha fazla ise tam zamanlı ,az ise 24:00 kadar nöbet tutulması,4-9 (4 ve 9 dahil) olduğunda icap nöbeti tutulur.)

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

Gözlemciler tarafından 2 ay öncesine ait kayıtlar izlenerek kayıt süresi değerlendirilmelidir. Geçmişe yönelik kamera kayıtları gece saatlerini içerecek şekilde kayıtlarda aydınlatma, güvenlik ve karşılama yönlendirme hizmetleri de kontrol edilebilir. Kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve yeterliliği değerlendirilmelidir.

Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara yetkili personel dışında erişimin kısıtlanma durumu değerlendirilmelidir.

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 TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 44 – Diş tabibi nöbetleri:

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

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

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: Nöbet hizmetlerinin müracaat oranları takip ediliyor mu?

SIRA : 64

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 27

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.27.1. Sağlık tesisinde nöbet hizmetleri başvuru yoğunluğu yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin nöbet hizmetlerinin müracaat oranları takip edilmelidir.

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

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

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

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

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

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

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

SORU: Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisi verileri uyumlu mu?

SIRA : 65
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 28

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.28.1. Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisi verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcisi tarafından “Sağlık Tesisi Bilgi Notu”nda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisindeki verilerin uyumlu olup olmadığı rastgele seçilen 10 örnek ile değerlendirilmelidir. Gözlemci bilgi notunda bulunan;

Sağlık tesisinin;

- Yatak Sayısı
- Yatak Doluluk Oranı
- Cihaz Sayıları
- Personel Sayıları
- Toplam Muayene Sayısı
- Evde Sağlık Hizmeti Bilgileri
- Nöbet Hizmet Bilgileri vb. bilgilerinin uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

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

SIRA : 66
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 29

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.29.1. Mesai ve nöbet takip sistemi DHBS üzerinde oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.

GD.29.2. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

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

SORU: Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 67
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 30

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.30.1. DHBS üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

GD.30.2. DHBS üzerinden kesilen fatura tutarları bölüm bazında aylık olarak takip edilmelidir.

GD.30.3. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.

GD.30.4. Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)

GD.30.5. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, poliklinik, nöbet hizmetleri, servis vb) aylık olarak yapılmalıdır.

GD.30.6. Analiz sonuçları, DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Her bir bölümün kesilen-kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Hizmetin Yapıldığı Aylara Göre Kesilen-Kesilmeyen/Kesilemeyen Fatura Tutarları Dağılımı								
	OCAK		ŞUBAT			YIL TOPLAMI	
	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen
1 Nolu Poliklinik								
2 Nolu Poliklinik								
Cerrahi Polikliniği								
Endodonti Polikliniği								
Servis								
Ameliyathane								
.....								
TOPLAM								

Yönetim tarafından en yüksek ve en düşük hizmet tutarı/fatura tutarı olan hasta dosyalarının 10 tanesi faturalandırma esasları açısından uygunluk durumu incelenmelidir. 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	YIL TOPLAMI
SGK (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, 60/G İsteğe Tabi Sigortası Olanlar, 18 Yaş Altı Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Hastalar vb.)					
Banka Sandıkları					
Ücretli Hasta					
Sağlık Turizmi					
Irak Uyruklu Hastalar					
Suriye Uyruklu Hastalar (Geçici Koruma)					
.....					
TOPLAM					

Ek yerleşim mekânı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri gibi yerleşim mekânına 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	YIL TOPLAMI
Merkez Bina						
.... Ek Bina						
.... Semt Polikliniği						
.....						
.....						
TOPLAM						

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

Gelir Takibi Tablosu

	OCAK	ŞUBAT	YIL TOPLAMI
Cerrahi Polikliniği				
Protez Polikliniği				
Ortodonti				
Pedodonti				
.....				
TOPLAM				

Analiz sonuçları yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Gözlemciler, DHBS’de Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup-oluşturulmadığını, aylık olarak verilerin takip edilip-edilmediğini değerlendirmelidir.

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

SIRA : 68
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 31

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.31. 1. Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi ve analizi yapılmalıdır.

GD.31. 2. Ek ödemede: her bir branş/klinik, kişi ve tetkik sayısı aylık tablolar halinde takip edilmeli ve belirgin fark olanlar gerçeklik, işlemlerin aldığı süre açısından analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Ek ödeme artış gösteren işlemlerin takibi, analizi yapılmalıdır. Bazı kodlar aylık tablolar halinde takip edilmeli ve belirgin fark olanlar gerçeklik, işlemlerin aldığı süre açısından analiz edilmelidir. Klinik/Branş içi puanların dengeli ve adaletli dağılımı açısından değerlendirme yapılmalıdır.

SORU: Sağlık tesisinde adli sürece dahil olmuş dava dosyalarının analizi yapılıyor mu?

SIRA : 69
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 32

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.32.1. Sağlık tesisinde yıllık olarak adli sürece dahil olmuş dava türleri ve yoğunlaştığı alanların analizi yapılmalı ve yönetim tarafından gerekli hallerde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yıllık olarak adli sürece dahil olmuş davaların yoğunlaştığı alanların analizi yapılmalı, gerektiğinde sağlık tesisi süreçleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

Gözlemci tarafından dava dosyaları gizlilik esas dosyalar olduğundan içeriği sorgulanmamalı, sadece ilgili yöneticiden bu davaların hangi alanlarda yoğunlaştığına dair bilgi alınmalı ve gerekli düzenleme faaliyetlerinin kaydı istenmelidir.

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

SIRA :70
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 33

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.33.1 Sağlık tesisinde ameliyathane ve cerrahi kliniğinde işlem yapan her bir hekimin yaptığı “işlem sayısı” aylık olarak takip edilmelidir.

GD.33.2.Sağlık tesisi tarafından ameliyat masası başına düşen işlem sayısı aylık olarak takip edilmelidir.

GD.33.3 Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS 'de kayıt altına alınmalıdır.

GD.33. 4.Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır.

GD.33.5. Cerrahi poliklinikler ve ameliyathanede yapılan işlem sayıları, DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde ameliyathane ve cerrahi kliniğinde işlem yapan her bir hekimin yaptığı “işlem sayısı” DHBS’de aylık olarak takip edilmeli ve ameliyat masası başına düşen işlem sayısı hesaplanmalıdır.

Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli, ameliyat randevu defteri kullanılmamalı ve her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Preop hazırlığı tamamlanamaması, cerrahi malzemenin temin edilememesi vb. ameliyatın ertelenme veya iptal edilme nedenlerinin analizi yapılmalıdır.

ADSM ‘ler için cerrahi kliniklerde hekim başına düşen işlem sayısı aşağıdaki form örnek alınarak DHBS üzerinden aylık olarak takip edilmelidir. Çocuk hastalarda kabul edilen yaş aralığı 5-15 ‘tir.

Ameliyathane İşlem Sayıları Takip Tablosu

YIL:		AY:											
İşlem Türü		Kanal Tedavi Sayısı		Çekim Sayısı		Dolgu Sayısı		Detertraj Sayısı		Diğer İşlemler		TOPLAM	
Hekim Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı	Çocuk Hasta Sayısı	Yetişkin Hasta Sayısı		
.....													
.....													
Toplam İşlem Sayısı													
*Toplam Ameliyat Masası Başına Düşen İşlem Sayısı													

Çocuk Hasta Sayısı: Sağlık tesisine başvuran 5-15yaş arasındaki hasta grubunu,

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

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

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

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

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

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

Cerrahi Poliklinikler İşlem Sayıları Takip Tablosu

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

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

Kök ucu Rezeksiyonu: Girişimsel İşlemler Listesindeki 405.060 kodlu işlemi,

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

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

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

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

Gözlemciler, DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup-oluşturulmadığını değerlendirmelidir. Sağlık tesisinde ameliyathane hasta takibinin, en az yukarıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde işlem sayılarına ait veriler yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

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

SIRA : 71

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 34

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD:34.1. Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayıları ve tekrarlanan dolgu sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA :

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

Dolgu Sayıları Takip Tablosu					
YIL:			AY:		
Hekim Adı Soyadı	Polikliniğe Başvuran Hasta Sayısı	Toplam Dolgu Yapılan Diş Sayısı	*Diş Dolgusu Oranı	**Dolgusu Tekrarlanan Diş Sayısı (Süt Dişi Dahil)	***Tekrarlanan Dolgu Oranı
.....					
.....					
TOPLAM					

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

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

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

Örnek:

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

Gözlemciler, DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup, oluşturulmadığını değerlendirmelidir. Sağlık tesisinde dolgu sayılarının takibinin en az yukarıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde dolgu sayılarına ait veriler yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

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

SIRA : 72
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 35

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

GD.35.1. Sağlık tesisinde yapılan diş çekimi oranları ile kanal tedavisi sonrası çekilen diş oranları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA :

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

Diş Çekimi Takip Tablosu								
YIL:				AY:				
Hekim Adı Soyadı	Diş Çekimi Yapılan Hasta Sayısı	Çekilen Diş Sayısı	Dolgu Yapılan Diş Sayısı	Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısı	Çekim, Dolgu ve Kanal Tedavisi Yapılan Diş Sayısının Toplamı	Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Sayısı	*Kanal Tedavisi Sonrası Çekilen Diş Oranı	**Diş Çekimi Oranı
.....								
.....								
TOPLAM								

*Kanal tedavisi sonrası çekilen diş oranı = Kanal tedavisi sonrası çekilen diş sayısı / Toplam kanal tedavisi yapılan diş sayısı şeklinde hesaplanır

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

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

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

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

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

Gözlemciler, DHBS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup, oluşturulmadığını değerlendirmelidir. Sağlık tesisinde diş çekim sayılarının takibinin en az yukarıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde diş çekim sayılarına ait veriler yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

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

SIRA : 73
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 36

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.36.1 Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere DHBS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.

G.36.2 e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.

GD.36.3 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 Diş Hekimliği Bilgi Sistemleri’ne 06.02.2018 tarihli ve E.613 sayılı yazı ile gönderilen aşağıdaki talimatlara uygun şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

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

-Buton hekimlerin ilk anda görebileceği alanda bulunmalıdır.

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

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

ECZACILIK HİZMETLERİ

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

SIRA : 74
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.1.1. İlaç ve tıbbi sarf malzemeler konusunda sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. 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 bildirimini,
- *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar,
- *Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimini,
- *İlaç hazırlama teknikleri
- *Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.)
- *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları
- *Akılcı antibiyotik kullanımı

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

EH.1.3. Eczanede hasta başı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

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

Eczanede hasta başı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN 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 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.

Personel: 2- Ecza depolarında çalışacak yardımcı personel, kendilerine verilen görevle bağdaşan bir eğitim almış olmalıdır. Ayrıca görevi süresince ilâç, 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: İlaçlarda advers etki bildirimini ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatı'na uygun yapıyor mu?

SIRA : 75
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.2.1. Sağlık tesisindeki ilaç güvenliğinin sağlanması için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Farmakovijilans sorumlusu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisindeki farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir ve ilgili kişiye görevlendirmesi tebliğ edilmiş olmalıdır. Farmakovijilans sorumlusu TİTCK'ya bildirilmeli ve ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Sağlık tesisinde ilaç kullanımı ve uygulamalarından görevli sağlık personeli farmakovijilans sorumlusunu bilmelidir. Advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatı'na uygun yapılmalıdır. TİTCK'ya advers etki bildirimlerinin Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

KAYNAK:

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.

SORU: Dış Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?

SIRA : 76
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.3.1. Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) uyarı vermelidir.

EH.3.2. Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde özellikli birimlerin (Nöbet hizmetleri, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

EH.3.3. Dış Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerden yapılan toplu istemlerde ilgili değerleri göz önünde alınarak yönlendirme yapılmalıdır.

EH.3.4. Dış Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler tespit edilebilmeli ve rapor alınabilmelidir. Bu ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketilmeme sebepleri araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin mialları DHBS'ye doğru girilmeli ve kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için DHBS eczane modülünde uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için DHBS eczane modülünde özellikli birimlerin (nöbet hizmetleri, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

DHBS'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerin medikal depo/eczanedan 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.

Tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin analizi yapılır. 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.

KAYNAK:

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

Madde 6 (c) : İlacın 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

SORU: İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan İlaç “Geçimsizliği Talimatı”na uygun alınmış mı?

SIRA : 77
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.4.1. Eczacı tarafından özellikli birimlerde (Nöbet hizmetleri, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere ilaç geçimsizliği listesi hazırlanmalıdır. Hazırlanan listeler güncel tutulmalıdır. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.

AÇIKLAMA:

İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “İlaç Geçimsizliği Talimatı”na uygun alınmalıdır. Eczacı tarafından hazırlanan ilaç geçimsizliği listesi ilgili birim ve servislerde bulundurulup bulundurulmadığı ve ilaçlar hazırlanırken ilgili talimata uyuluyor mu? kontrol edilmelidir. Listelerin güncelliği kontrol edilmelidir.

İlaç geçimsizlikleri ile ilgili servislerde, çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanlarının bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “İlaç Geçimsizliği Talimatı”na uygun olarak yapılmalıdır.

KAYNAK:

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

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

SORU: Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatı”na uygun yapıyor mu?

SIRA : 78

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.5.1. Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, ihtiyaç doğrultusunda güncellenmeli ve tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatı”na uygun yapılmalıdır. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır.

Eczacı tarafından yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı ve kullanım alanlarında bulundurulmalıdır.

Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı alanlarda muhafaza edilir, bu ilaçların bulunduğu alan tabela ile belirtilir.

İlaçların muhafaza edildiği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

KAYNAK:

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

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.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatı'na uygun olarak yapıyor mu?

SIRA : 79
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.6.1. Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindeki kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi Dış Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

DHBS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindeki kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak ilgili talimat doğrultusunda işlemler yapılarak eczaneye iade edilmelidir.

Söz konusu talimat servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İade işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Eczaneye gelen iade formlarından son 5 işlem ve geçmişe dönük 5 örneklem seçilerek, iade edilen ilaçların, DHBS 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.

KAYNAK:

1.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

2.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 tabiiler tarafından istendiği zaman hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybından sorumludurlar.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası, kırılması ve kaybolması durumunda yapılacak iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı tarafında yayımlanan talimatlara uygun yapıyor mu?

SIRA : 80
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.7.1. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

EH.7.2. İlaçların ve tıbbi sarf malzemelerinin kırılması, kaybolması durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İmha işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işlem üzerinden kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisinde kullanılan tüm ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin kırılması, kaybolması durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşlemlerin uygun olarak yapılıp yapılmadığı son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işlem üzerinden kontrol edilmelidir.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına istinaden **“Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma”** ile Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

KAYNAK:

1.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 22.07.2005 TARİH VE 25883 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ :

3. BÖLÜM - Atıkların Ünite İçinde Ayrılması, Toplanması ve Taşınması;

MADDE 10 : Üniteler, EK-2’de belirtilen atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza

anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgileri içeren Ünite İçi Atık Yönetim Planı'nı hazırlamak ve uygulamak zorundadır.

2.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 02.04.2015 tarih ve 29314 Sayılı RESMÎ GAZETEDE YAYINLANAN ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ

1.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,

c) Miadı geçen ürünlerin, sağlık tesisleri ilaç sorumlusu bilgisi dahilinde il sağlık müdürlüğüne imha için tesliminden, taşınır kontrol yetkilisi sorumludur.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczanece aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

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.

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

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

SORU: Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 81
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.8.1. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.

EH.8.2. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

EH.8.3. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmi dozları takip edilmelidir. Kullanılmayan doz kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılmalıdır.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisindeki tüm narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır. Medikal depo ve eczanede ilgili ilaçlar metal/çelik dolaplarda kilitli halde muhafaza edilmelidir.

KAYNAK:

1.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 kullanılmıca 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.

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARININ YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölenebilir 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.

3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

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.

SORU: Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

(Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 82
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.9.1. 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.

EH.9.2. 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.

EH.9.3. 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.

EH.9.4. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

EH.9.5. Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Kullanılmayan doz (kısmi doz) kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.9.6. Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildirimini yapılacağı farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

EH.9.7. İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

EH.9.8. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.9.9. 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.

EH.9.10. İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.9.11. İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

EH.9.12. Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN 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 aldığı belirtilir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ 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 Eczane Deposunda Bulundurulmuş 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- Eczane 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 ulaşıncaya 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.

06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMÎ GAZETEDEN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :

MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

SORU: Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi mevzuata uygun olarak yapılıyor mu? (Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 83
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.10.1. 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.

EH.10.2. Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.

EH.10.3. Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

EH.10.4. 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.

EH.10.5. Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir).

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir. Servis ve özellikli birimlerde bulunan tıbbi sarf malzeme sayısı DHBS’de geçmiş tüketim verileri doğrultusunda hesaplanan 5 günlük stok miktarı düzeyinde olup olmadığı kontrol edilir. Servis ve özellikli birimlerde bulunan fiili tıbbi sarf malzeme sayısı ve miadı DHBS’de görülen sayı ve miad ile uyumlu olup olmadığı örneklem usulü kontrol edilir. Sağlık tesisinde bulunan tıbbi sarf malzeme materyovijilans sorumlusunun bilinip bilinmediği sorgulanır. Bu listeden örneklem usulü ile seçilen soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemelerin mevcut depolama alanlarındaki durumu incelenerek soğuk zincire uygunluğu sorgulanır. Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemelerinin muhafazası Sağlık Bakanlığının ilgili talimatlarına uygun olarak yapılmalıdır. Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili sağlık personeli bilgisi değerlendirilir. Farkındalık sağlamak için ilgili birim ve servislerde görsel ve bilgilendirme dokümanları aranır.

KAYNAK:

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

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara “İade Edilen” kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan “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 hanel 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: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?

SIRA : 84
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.11.1. Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda, içinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

EH.11.2. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) Kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miat kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yönetim tarafından acil müdahale setinin bulunacağı yer belirlenmelidir. (Servis ameliyethane vb.) Acil müdahale setinde bulunan cihazların (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kolay ulaşılabilir olup olmadığı (ilgili alanda tüm çalışanların yerini bildiği, rahatlıkla ulaşabileceği bir yerde olmalı), kullanıma hazır olup olmadığı (çalışır durumda hazır bulunmalı) ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir. Değerlendirme esnasında ambunun çalışıp çalışmadığı, defibrilatörün şarjının olup olmadığı, laringoskop setinin lambasının çalışıp çalışmadığı, aspiratörün vakumlama yapıp yapmadığı test edilmelidir. Acil müdahale setleri ilaç güvenliği açısından, hasta ve yakınlarının ulaşabileceği servis, doğumhane koridoru gibi alanlarda bulunmamalıdır.

Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miat takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup, bulunmadığı gözlemlenmelidir. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken malzemeler:

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve erişkin için),
Değişik boylarda maske,
Oksijen hortumu ve maskeleri,
Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları),
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),
Enjektörler ve intraketler,
Aspirasyon Sondası (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)
Nazogastrik Sonda (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)
Kişisel koruyucu ekipmanlar
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.

Ameliyathane, birimlerdeki acil müdahale arabasında ayrıca defibrilatör ve aspiratör de bulunmalıdır. Diğer bölümlerde ise acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilir.

Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken ilaçlar

Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,

Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)
- Sodyum bikarbonat (IV)
- 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
- Vazodilatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),

Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)

H₂ reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin

Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.

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

Antihistaminikler (IV)

MEDİKAL DEPO

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

SIRA : 85
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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.

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

KAYNAK:

2 KASIM 2011 TARİH VE 28103 SAYILI RESMİ GAZETE YAYINLANAN 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 : 86
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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:

Eczanede; 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 bulundurulurken 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 bulundurulurken 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 TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası)/ÜTS barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?

SIRA : 87
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.3.1. Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB/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:

TC ÇALIŞMA SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ 2014
Stok Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır.

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

SIRA : 88
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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 bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmeli ve gözlemci tarafından sağlık tesisindeki çalışanlara materyovijilans sorumlusunun kim olduğu sorularak, materyovijilans sorumlusunun bilinip bilinmediği hakkında bilgi edinilmelidir.

İlgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire vb.) TİTCK'nın yayınladığı görsel ve yazılı dokümanlar kullanılarak eğitim verilmelidir. İlgili görsel dokümanlara <https://www.youtube.com/watch?v=EqDBoytF5Rc> adresinden ulaşılabilir. Sağlık personelinin en az %60'ına eğitim verilip verildiği 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 (DHBS giriş/açılış/duyuru ekranında, dinlenme ve çalışma alanlarında, vb alanlarda) TİTCK tarafından yayınlanmış görsel ve yazılı bilgilendirme dokümanlarının bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

KAYNAK:

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLARHAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

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

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

SIRA : 89
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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 Bakanlığa tarafından yayımlanan 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 : 90
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

AÇIKLAMA:

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

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

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

DHBS, sağlık tesisinin ihtiyaçları doğrultusunda belirleyeceği (kritik öneme sahip) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok seviyelerinin kritik stok seviyesinin altına düşmesi durumunda ilgili depo sorumlusuna, minimum stok seviyesinin altına düşmesi durumunda depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS vb. yöntemlerle 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 bildirim – Depo sorumlusuna

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

Stok durum SMS bildirim i – Depo sorumlusu ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime
STOK BİLGİ - ilaç stok mevcudu minimum stok seviyesi olan 46 adet in 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 : 91
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 edilmedi. 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 yapıyor mu?

SIRA : 92
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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

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

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.

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:

Nöbet hizmet alanı ve özellikle birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikle Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılmalıdır.

Söz konusu talimatlar özellikle birimlerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. Toplu çıkış işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Özellikle birimlere yapılan toplu çıkıştaki tıbbi sarf malzeme sayısı DHBS’de geçmiş tüketim verileri doğrultusunda hesaplanan 5 günlük stok miktarı düzeyinde 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.

Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde eczacı tarafından üç ayda bir seferden az olmamak üzere stok miktarı kontrolü yapılmalıdır. Kontrollerde fiili stok miktarı ile DHBS’de görülen stok miktarı arasında uyumsuzluk tespit edilmesi durumunda rapor tutularak başhekimine 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 Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin 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: Sağlık tesisi bünyesinde “İhtiyaç Tespit Komisyonu” kurulmuş mu?

SIRA : 93
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.9.1. 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. Geçmiş 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: MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?

SIRA : 94
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.10.1. Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Girişi İşlemleri ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır. Yıllık İhtiyaç Miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yıllık ihtiyaçların MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Girişi İşlemleri" ekranına girişinin yapıp yapılmadığı, yıllık ihtiyaç girişi yapılmışsa girilen değerlerin uygunluğu kontrol edilir.

Yıllık İhtiyaç Miktarlarının, bir önceki yıl ve ilgili yıl içindeki tüketimleri ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak belirlenip belirlenmediği kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

1-STOK YÖNETİMİ UYGULAMALARI

1.2. Azami Stok Miktarının Belirlenmesi

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

b) Azami Stok Miktarı ilgili malzeme için günlük ortalama talep hızının 60 (altmış) ile çarpımı suretiyle elde edilir.

c) Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır.

d) Yıllık ihtiyaç miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.

e) MKYS'de yıllık ihtiyacı girilmeyen malzemelerin yıllık ihtiyaç miktarları sistem tarafından otomatik olarak 1 (bir) olarak kabul edilecektir. Dolayısıyla fiili stok, stok fazlası modülüne sistem tarafından otomatik olarak yansıtılacaktır.

f) Farmasötik eşdeğer kabul edilen jenerik ilaçlara bağlı ticari müstahzarlar bir arada değerlendirilerek yıllık ihtiyaç miktarları belirlenecektir.

SORU: İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?

SIRA : 95

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.11.1. 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 yayınlanan 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, yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının 8'i geçip gelmediği 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 : 96
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.12.1. Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir. Yüklemeyi takiben 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.

AÇIKLAMA:

İşlemlerin ilgili mevzuatlara uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI TEDARİK PAYLAŞIM PLATFORMU KILAVUZU

SORU: Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 97
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.13.1. Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır. Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.

MD.13.2. Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

MD.13.3. 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 tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

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 işgalini önlemek için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

SORU: Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 98
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.14.1. Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.

MD.14.2. Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

MD.14.3. Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.

MD.14.4. Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.

MD.14.5. Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına 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 edilmiş 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 belirtilen güçte aydınlatma aparatlarıyla aydınlatılmalı, özellikle kör noktalara dikkat edilmelidir. Aydınlatma için çekilen kabloların, kaçak sonucu yangın çıkma ihtimaline karşın topraklanması ve açıkta kablo bulundurulmaması gerekmektedir.

Medikal depo sorumlusu, depo temizlik kurallarını ve temizleme sıklığını belirlemeli, idare tarafından görevlendirilen temizlik personelini deponun fiziki şartları açısından bilgilendirmelidir. Çalışan güvenliği konusunda yanıcı ve yakıcı malzemelerin bulunduğu depoların temizliği esnasında gerekli güvenlik önlemler idare tarafından alınmalıdır. 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 %60-70 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.

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 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 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 dağıtımını 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 şekil 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 : 99

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.15.1. Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.15.2. Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.

MD.15.3. Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.15.4. Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

MD.15.5. Elektriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)

AÇIKLAMA:

Eczane ve depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle depoların güvenliği ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskleri azaltılmalıdır. Hırsızlık için medikal depoların kapıları sağlam olmalı, gerekli kamera sistemleri, 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.

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 işlemlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Eczane 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- Eczane 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 Eczane 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 dağıtımını 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 şekil 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 malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?

SIRA : 100

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.16.1. Medikal depolarda/eczanede ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

MD.16.2. Medikal depolarda, sıcaklık ve nem 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.

MD.16.3. Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda

rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)

MD.16.4. Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır. Listeler güncel tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaçlar ve tıbbi sarf malzemelerin (laboratuvar kitleri dahil) saklama koşulları göz önünde bulundurulmak suretiyle gruplandırılarak depolanmalı ve gerekli saklama koşulları sağlanmalıdır (oda sıcaklığı ve bağıl nem vb.). 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, elektronik posta vb.) ve dijital veri aktarımı sağlanabilen dijital dereceler/sistemlerle takip edilmelidir. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir.

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.

Tüm medikal depolarda ışıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır. Listelerin güncelliği kontrol edilmelidir.

Bu işlemlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

İlaçlar ve Eczacı Deposunda Bulundurulmuş 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- Eczacı deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

11- Tıbbî farmasötik ürünler, tıbbî malzeme, kozmetikler ve benzerleri gibi çeşitli ürün türleri birbirinden ayrı yerlerde depolanır. Her bir ürün, ışıktan, nemden ve sıcaklıktan kaynaklanabilecek zararları önlemek üzere, imalâtçısının belirlenen şartlar altında bulundurulur. Sıcaklık ve nem periyodik olarak izlenir; kaydedilir ve bu kayıtlar düzenli olarak gözden geçirilir.

12- Özel sıcaklıkta saklama öngörülen durumlarda, depolama alanları, istenen şartların dışına

çıkıldığını belirten sıcaklık kaydediciler veya diğer cihazlar ile donatılmalıdır. Bu nitelikteki alanların her yerinde öngörülen şartların sağlandığını gösterecek yeterli cihazlar bulunmalıdır.

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 : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.17.1. Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.

MD.17.2. Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.

MD.17.3. Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.

MD.17.4. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

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

Tedarikçi firma ile yapılan teknik şartnamelere bakılmalıdır. Genel sekterlik veya bağlı sağlık tesisleri ile tedarikçi firma ile imzalanan teknik şartnamede kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır, bu bildirimler doğrultusunda kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir ibaresi olmalıdır.

Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile tedarikçi firmaya çıkışı yapıldığı ve tedarikçi firmadan gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

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

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

KAYNAK:

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

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,

b) İlaç depolarında görevlendirilmiş kişiler; ilaçların evsafına uygun olarak alınması, depolara yerleştirilmesi, miatlarının kontrolü, miadı yaklaşan ve azalan ürünlerin belirlenmesi işlerini yaparlar ve ilgili kayıtları tutarlar. Miadı azalan ürünlerin, ürünleri getiren firma ile görüşülerek değiştirilmesi, daha önce firma tarafından değiştirilmiş ve kullanılamayacak ürünlerin başka sağlık tesisine sevkinden sorumludurlar.

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

6. Taşınır İşlemlerine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Taşınır Mal Yönetmeliğinin 27 inci maddesinin 5 inci fıkrasında; “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” şeklinde yer alan hükme istinaden değiştirilecek taşınırlar MKYS üzerinde “Miat Uzatımı Çıkış” işlem türü ile kayıttan düşülür. Çıkış birimi olarak iadenin yapıldığı ilgili firma adı seçilir. İade edilen taşınır yerine alınan uzun miadlı taşınır ise “Miat Uzatımı Giriş” işlemi ile kayıtlara alınır.

TEKNİK HİZMETLER

Soru: Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 102
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH 1.1. Bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketinden alınmış geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.

TH 1.2. Jeneratörlerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA :

Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan jeneratörlerin ilgili yönetmeliğine göre; bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici ya da kesin kabul belgesi olmalıdır. Geçici kabul komisyonunca belirlenmiş eksik, noksan, hata vb. işlemler tamamlanmalıdır. Jeneratörlerin, günlük kontrolleri ve periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı, bu bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı süreler ise kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:

02.09.1988 tarih ve 19917 sayılı Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoproduktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği
30.12.2014 tarih ve 29221 sayılı Elektrik Tesisleri Proje Yönetmeliği
06.11.2015 tarihli ve 29524 sayılı Elektrik Üretim Tesisleri Kabul Yönetmeliği

Soru: İklimlendirme ve klima sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 103
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.2.1. Periyodik dönemlerde iklimlendirme ve klima sistemlerine yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

İklimlendirme ve klima sistemleri, kuruldukları ortamdaki havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olmasını sağlamalı, havanın içinde bulunan bakteri ve kirli havayı filtrelerinde süzerek

daha sağlıklı bir ortam oluşturmalıdır. İklimlendirme ve klima sistemlerine; periyodik dönemlerde, klima gazı, filtre değişimi vb. bakımlar yapılmalı ve düzenlenen teknik servis formları dosyalanmalıdır.

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 sağlanmış mı?

SIRA : 104
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.3.1. Yeni veya mevcut asansörlerin, belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresi tarafından onaylanmış tescil belgesi olmalıdır.

TH.3.2. Yılda en az bir kez Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin (belediye – il özel idaresi) protokol imzaladığı akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşuna yaptırılmış güncel tarihli uygunluk belgesi bulunmalıdır.

TH.3.3. Uygunluk belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisinde rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.

TH.3.4. Asansörlerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yeni asansörler piyasaya arz edildiği tarih itibarıyla otuz gün içerisinde monte eden firma tarafından, bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idareye (belediye – il özel idaresi) tescil ettirilir. Tescilden önce asansörün, ilk periyodik kontrolünün yapılmış ve yeşil bilgi etiketinin yapıştırılmış olması gerekmektedir. Uygun görülen tescil başvurusu neticesinde, onaylı tescil belgesi ilgili idare tarafından düzenlenir ve asansör monte edene sunulur. Mevcut asansörler ise; A tipi muayene kuruluşu tarafından tespiti yapıp güvenlik seviyesi artırıldıktan sonra, bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idare tarafından tescil edilir. Sağlık tesisi yönetimi, mevcut asansörün güvenlik seviyesinin TS EN 81-80 standardına göre artırıldığını ispatlayan ve yeşil etiket almış periyodik kontrol raporuyla, ilgili idareye 30 gün içerisinde başvurur. Mevcut asansörün tescil belgesi, ilgili idare tarafından düzenlenir ve bina sorumlusuna sunulur. Mevcut asansörlerin uygunluk kontrolü, yılda en az bir kez Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin (belediye – il özel idaresi) protokol imzaladığı akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılmış olmalıdır. Bu kontrol sonucu verilen; yeşil (kusursuz), mavi (hafif kusurlu), sarı (kusurlu) ve kırmızı (güvensiz) renkli güncel tarihli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır. Kırmızı renkli

bilgi etiketi iliştirilen asansörün kullanımına izin verilmez ve bu asansörün en fazla otuz gün içerisinde güvenli hale getirilmesi, sarı renkli bilgi etiketi iliştirilmiş olan asansördeki uygunsuzlukların ise en fazla altmış gün içerisinde giderilmesi sağlık tesisi yönetimi tarafından sağlanır. Bu sürelerin, A tipi muayene kuruluşu tarafından takip ve kontrolü yapılır. Takip ve kontrol neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörler, ilgili idare tarafından mühürlenerek hizmetten men edilir. Mavi renkli bilgi etiketi iliştirilmiş olan asansörlerde belirlenen uygunsuzlukların ise, bir sonraki periyodik kontrole kadar giderilmesi sağlık tesisi yönetimi tarafından sağlanmalıdır. Asansörlere bakım- onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından periyodik bakımları yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı süreler ise kayıt altına alınmalıdır. Asansörü bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

24.06.2015 tarih ve 29396 sayılı Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği
27.01.2016 tarih ve 29606 sayılı Asansör Piyasa Gözetimi ve Denetimi Yönetmeliği

Soru: Sağlık tesisinde medikal gaz, elektrik, su vb. giderlerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 105
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.4.1. Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

TH.4.2. “Enerji Tüketim Takip Modülüne” elektrik, su, yakıt vb. faturalarının veri girişleri, görevlendirilmiş personel tarafından düzenli olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Yönetim tarafından analizi yapılarak, tasarruf yapılabilecek alanlar için düzenlemeler yapılmalıdır.

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 kişinin belirlenmiş ve sistemdeki iletişim bilgilerinin güncel olması gerekmektedir. MKYS/Enerji Tüketim Takip

Modülü/İletişim Bilgileri sekmesindeki bilgilerin güncelliği ve sorgulama neticesinde fatura kayıt bilgilerinin düzenli olarak girişlerinin yapıp yapılmadığı kontrol edilir.

..... Yılı Gider Takip Tablosu						
GİDER TÜRÜ	OCAK	ŞUBAT	MART	TOPLAM
Medikal gaz						
Elektrik						
Su						
Yakıt						
Tıbbi atık						
İletişim (Telefon, internet vb.)						
Kira						
.....						
TOPLAM						

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 Sarfiyatı" 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: Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?

SIRA : 106
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.5.1. Ameliyathane,nöbet hizmet alanı,görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan ameliyathane,nöbet hizmet alanı, görüntüleme merkezleri gibi hizmet alanlarında bulunan yaşam destek cihazları ile görüntüleme cihazları elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı korunmalıdır. Bu koruma için kullanılacak olan kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır. UPS odaları aşırı sıcak ise, akülerin uzun ömürlü olması, verimli çalışması ve patlamaması açısından gerekli soğutma işlemleri (klima vb.) yapılmalıdır. UPS'lerin günlük kontrolleri ve periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı, bu bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı süreler ise kayıt altına alınmalıdır.

Soru: Merkezi gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?

SIRA : 107
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.6.1. Medikal gazların, basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.

TH.6.2. Medikal gaz merkezlerinde, olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren aktif alarm sistemleri bulunmalıdır.

TH.6.3. Merkez ve kat kontrol panolarının; periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için; oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır. Gaz merkezlerinde, olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren alarm sistemlerinin aktif olarak çalışması gerekmektedir. Merkezi gaz sistemi ve kat kontrol panolarına yapılan bakım ve onarımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

AYNIYAT DEPO

Soru: Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?

SIRA : 108
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.1.1. Ayniyat depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA :

DHBS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda DHBS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, ayniyat depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satınalma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyor ise, muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır işlem fişleri kontrol edilmelidir.

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

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 dayanlı taşınır depolarında yapılan H.E.K. ve Kullanılmaz Hale Gelme/Yok Olma işlemleri yönetmeliklere uygun yapıyor mu?

SIRA : 109
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.2.1. Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.

AD.2.2. Hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi yapılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

AD.2.3. Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK) veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

AD.2.4. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

AD.2.5. Hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş 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 çıkarılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, 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.

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 kullanılmaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına istinaden “**Kullanılmaz Hale Gelme/Yok Olma**” ile Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

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

Taşıtların hurda onayı, 237 Sayılı Taşıtlar Kanunu'na göre bakanlık onayına tabidir. Türk Bayrağı ve resmi mühür gibi özellikli taşınırların H.E.K işlemleri ise; ilgili kanun ve yönetmeliklere göre yapılır. Yıl içinde yapılmış hurda işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

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

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

(2) Eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların Türk Bayrağı Tüzüğü'nün 38 inci maddesi uyarınca çıkarılan Eskimiş, Solmuş, Yırtılmış ve Kullanılamayacak Duruma Gelmiş Bayrakların Yok Edilmesi Usul ve Esaslarını Gösterir Yönetmelik hükümleri gereğince ilgili yerlere teslim edilmesinde de birinci fıkra hükmü uygulanır.

(3) Birinci ve ikinci fıkralarda belirtilen hallerde kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtilir ve 5 inci madde hükmüne göre işlem yapılır.

(4) Garanti veya sigorta taahhütnamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınırlar Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış: MADDE 28 –

(1) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmemekle birlikte hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(4) Hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar 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 taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

(7) İlgili mevzuatı gereğince, kasko sigortası yaptırılmış taşıt ve iş makineleri ile ekipmanın risk sonrası hurdaya ayrılarak kayıtlardan çıkarılması durumunda hurdası, kasko sigortası genel şartlarına dayanılarak sigorta şirketine verilebilir. Bu durumda rizikonun gerçekleşmesi anındaki gerçeğe uygun değeri sigorta şirketinden tahsil edilir.

Soru: Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?

SIRA : 110
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.3.1 Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul ve hizmeti ifa komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi üye olarak bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Mal alımlarında bir başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Muayene ve kabul komisyonu, öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden oluşturulmalıdır. Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul, hizmeti ifa vb. işlemlerinde, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi komisyon üyesi olarak bulunmalıdır. Muayenesi yapılan son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme muayene kabul ve hizmeti ifa tutanakları kontrol edilmelidir.

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 üyelere 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: Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 111
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.4.1. Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) görevli taşınır kayıt yetkililerine; Taşınır Mal Yönetmeliği, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, her yıl İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmiş olmalıdır.

AD.4.2. Eğitim planı oluşturulmalı, plana uygun eğitimler gerçekleştirilmeli, eğitim içeriği hakkında dokümanlar ile katılımcı kayıtları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerine; depo yönetimi, MKYS kullanıcı ve Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun yapacağı iş ve işlemler hakkındaki eğitimler, her yıl en az bir kez İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmelidir. Verilen eğitimlerin planı ve içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, taşınırçıların bu eğitimleri aldığına dair kayıtlar tutulmalıdır.

Soru: Ayniyat depoların yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 112
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.5.1. Ayniyat depoların yönetimine ilişkin mevzuata uygun oluşturulacak organizasyon yapısında sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı dahilinde ulaşılabilecek iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde depo sorumluluk alanlarının oluşturulması ve ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Yetkililerinin gerekli durumlarda kimler ile iletişime geçeceği belirlenmelidir.

Sağlık tesisindeki idari amirine ve taşınır kontrol yetkilisine, İl Sağlık Müdürlüğü'ndeki konsolide yetkilisi ve stok yönetimine, Sağlık Bakanlığı'ndaki bölge ve il sorumlularına ilişkin iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı dökümanite edilmiş olmalıdır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve hibe işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?

SIRA : 113
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.6.1. Ayniyat, biyomedikal ve medikal depolara yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.

AD.6.2. Dilekçeye istinaden, yapılacak bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.

AD.6.3. Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için, değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

AD.6.4. Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri, ilgili muhasebe birimine ve bir nüshası da bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Bağış yapacak kişinin sağlık tesisi yöneticiliğine yazdığı, yapacağı bağışın nitelik ve miktarını belirten 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; en az 3 kişiden oluşan değer tespit komisyonu tarafından taşınırların tutarı belirlenmiş olmalıdır. Bağış yapılacak taşınırlar teslim alındığında, “**Bağış ve Yardım**” işlemi ile kayıtlara alınır. Taşınır işlem fişinin bir nüshası üst yazı ile bağış ve yardımı edene, diğer nüshası ise ilgili muhasebe birimine gönderilir.

Yıl içinde yapılmış bağış ve hibe işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Bağış ve yardım yoluyla edinilen taşınırların girişi: MADDE 16 –

(1) Kanununun 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 tesisi depolarında yapılan tüketimlerin çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde muhasebe birimlerine gönderiliyor mu?

SIRA : 114
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.7.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, birer aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.

AD.7.2. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, üçer aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüklerine gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan her türlü giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen tüketim çıkış bildirimlerinin ayın altısına kadar, ilgili muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, muhasebe işlem fişi veya üst yazı ile birlikte her ay sonu ilgili saymanlığa, genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi (tüketim çıkışı yapılmış ise) üçer aylık (mart-haziran-eylül-aralık sonu) dönemlerde üst yazı ile ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne gönderilmiş olmalıdır. Döner sermaye tüketimlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe tüketimlerinin ise defterdarlık veya mal müdürlükleri tarafından KBS'ye işlenmesi zorunludur.

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: Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?

SIRA : 115
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.8.1. Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de güncel olarak yapılmış olmalıdır.

AD.8.2. Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosya da diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ayniyat dayanıklı taşınırlar, taşınır istek belgesi ile talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar, 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 taşınırlar, istek yapan birim yetkilisinin veya ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınarak teslim edilir. Kişi veya ortak kullanıma verilen ayniyat dayanıklı taşınırların MKYS'deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır. Son yapılan 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

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 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.

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, 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 hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?

SIRA : 116
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.9.1. Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

AD.9.2. Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS 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 mal müdürlükleri tarafından KBS'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 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.

KAYNAK:

Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi: MADDE 30 –

(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: Sağlık tesisinin tüm depolarında, ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 117
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.10.1. 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 değiştirmeden alınır. İlgili hesaplarda ambarlar arası devir farkı oluşmaması için, ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen taşınır işlem fişlerinde miktar, tutar ve taşınır kodları birebir aynı olmalıdır. Ambarlar arası taşınır devirlerinde taşınır işlem fişleri muhasebe birimine gönderilmez. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenleri Getir ekranından ambarlar arası devir işlem farkı kontrolü yapılır. Ambarlar arası devir farkı var ise; MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından detayına bakılarak hatalı işlemin düzeltilmesi sağlanır.

Yıl içinde yapılmış ambarlar arası devir işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Devir suretiyle çıkış: MADDE 24 – (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 : 118
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.11.1. Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.

AD.11.2. Tüketim malzemelerinin ve genel bütçe kaynaklı demirbaşların 2. düzey hesap kodlarında yapılmış düzeltme işlemlerinin taşınır işlem fişleri üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı demirbaşların 2. düzey hesap kodlarında yapılmış düzeltme işlemlerinin taşınır işlem fişleri ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi depolarında pasif kodlarda kayıtlı taşınırlar ile daha önceden girişi yapılmış taşınırın kodu, birim fiyatı veya miktarı sehven hatalı olarak kaydedilmiş ise; hatanın fark edildiği tarihte, hataya ilişkin hususların nedenleri belirtilerek harcama yetkilisinden onay alınmalıdır. Alınan onaya istinaden taşınırlar, “Düzeltilme” çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, doğru taşınır kodu, miktar ve tutar ile “Düzeltilme” giriş işlemi yapılarak yeniden kayıtlara alınır. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltme işlemi (2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapıldı ise) genel bütçe kaynaklı ise taşınır işlem fişleri üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye kaynaklı ise taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa 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 düzeltme işlem farkı kontrolü yapılır.

Düzeltilme farkı var ise; MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından detayına bakılarak hatalı işlemin düzeltilmesi sağlanır.

Yıl içinde yapılmış düzeltme işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Kayıt hatalarının düzeltilmesi: MADDE 39 –

(1) Taşınırın kodunda, birim maliyet bedelinde veya miktarında hata yapılması durumunda, harcama yetkilisinin onayı üzerine düzenlenecek yeni Taşınır İşlem Fişiyle hatalı kaydın çıkış işlemi yapılır. Daha sonra düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle de doğru verinin girişi yapılmak suretiyle hata düzeltilir. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltmelere ilişkin Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası muhasebe birimine gönderilir.

(2) Mahsup dönemi sonuna kadar tespit edilen kayıt hataları, ilgili olduğu yılın hesaplarına; daha sonra tespit edilen kayıt hataları ise cari yıl hesaplarına mâledilerek düzeltilir.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 119
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.12.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Tüm depolardaki taşınırların stok kontrolleri, taşınır kayıt yetkilisi tarafından düzenli olarak yapılmalıdır. Depolardaki mevcut taşınırların, DHBS’de yapılan işlemlerin entegrasyonla MKYS’ye gönderilmesi esnasındaki hatalardan dolayı ya da MKYS’de yapılan işlem hataları sonucunda eksi (-) stoğa düşüp düşmediği takip edilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş–Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiye 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 incelenerek düzeltilmesi sağlanır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS’de depo kayıtları oluşturulmuş mu?

SIRA : 120
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.13.1. Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansması için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

DHBS’de yapılan ve entegrasyonla MKYS’ye gönderilen ya da doğrudan MKYS’de yapılan her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulması gerekmektedir. Depo kayıtları oluşturulmayan giriş işlemlerindeki malzemeler depo stoklarına yansmamaktadır. Her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulup oluşturulmadığının kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılarak depo kayıtları oluşturulmalıdır.

Soru: MKYS'de kayıtlı miktarlar ile depodaki fiili stoklar birbiri ile uyumlu mu?

SIRA : 121
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.14.1. MKYS aynıyat depolarında kayıtlı stok miktarları ile, aynıyat 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 uygun hale getirmek görev ve sorumlulukları arasındadır. Ayrıca taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmasında, yılsonlarında ve harcama yetkilisinin gerekli gördüğü durum ve zamanlarda depo sayımları yapılmalıdır. Mkys aynıyat depoda kayıtlı stok miktarları ile aynıyat depoda örneklem usulü seçilen 5 değişik taşınırın fiili stok miktarlarının uyumluluğu karşılaştırılmalıdır.

KAYNAK:

Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri: Madde 6–

(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 buldukları yerde kontrol etmek, sayımlarını yapmak ve yaptırmak.

1) Ambarlarında kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumlu olmak.

Sayım ve sayım sonrası yapılacak işlemler: Madde 32 –

(1) Kamu idarelerine ait taşınırların, taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmalarında, 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 ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 122
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.15.1. Sağlık tesisi başhekiminden, düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için onay alınmalı, sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarları, komisyon tarafından belirlenmiş olmalıdır.

AD.15.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.

AD.15.3. Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmalı ve taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik mühendislik hizmetleri kapsamında özellikle sağlık araçlarındaki 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 özellikle sağlık araçlarındaki donanımların, komisyon marifeti ile edinim yılları dikkate alınarak değerleri belirlendikten sonra, biyomedikal dayanıklı taşınır deposuna kaydının yapılmış olması gerekmektedir. Özellikle sağlık aracı ise; düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar

aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile yeniden ayniyat 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. Özellikle sağlık aracı bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

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 özellikle 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" giriş 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" çıkış 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.

Soru: Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapıyor mu?

SIRA : 123
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.16.1. Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

AD.16.2. Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

AD.16.3. Maliye Bakanlığı TBS'ye (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı araçların girişini yapacak personel görevlendirilmeli ve defterdarlık/malmüdürlüğünden TBS giriş şifresi alınmış olmalıdır.

AD.16.4. MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet alımı araç verileri ile Maliye Bakanlığı TBS (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) 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. 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 Maliye Bakanlığı TBS'ye (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) veri girişlerinin yapılması gerekmektedir. MKYS Ulaşım Araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet aracı verileri ile Maliye Bakanlığı 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.

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 Resmî Gazetede yayımlanan "Genel Yönetim Malî İstatistikleri" konulu Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel Tebliği (Sıra No: 46) ekinde yer alan diğer kurumların, taşıt yönetimi sürecinde kaynaklarını etkili, ekonomik ve verimli kullanmasını sağlamak amacıyla, taşıt envanterinin çıkarılması, takibinin yapılması ile maliyetlerini izlemek üzere karar mercilerine etkili karar desteğinin verilmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda; söz konusu Sistemi kullanacak kamu idaresi personelinin yetkilendirilmesi gerekmekte olup; a) Raporlama ve konsolidasyon işlemlerini yapmak üzere "Taşıt Kurum Kullanıcısı", b) Taşıtlara ilişkin veri giriş işlemleri için "Taşıt Veri Giriş Görevlisi", rolleri belirlenmiştir. Bu çerçevede; KBS üzerinde (www.kbs.gov.tr/TBS) yer alan TBS'de, taşıt sahibi harcama birimlerince gerekli verilerin girilmesi ve kurum bazında raporlamaların yapılabilmesi

amacıyla görev yapacak personelin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerinden; merkezi yönetim kapsamında olanlar kendi muhasebe birimlerine, mahalli idareler ile adı geçen Tebliğ ekinde yer alan diğer kurumlar mali istatistik yönünden ilişkili oldukları muhasebe birimlerine, sosyal güvenlik kurumları ise defterdarlık muhasebe müdürlüklerine resmi yazıyla başvurmak suretiyle, Sistemi kullanacak personelin yetkilendirilmesini sağlamaları ve veri girişlerini 31.07.2016 tarihine kadar tamamlamaları gerekmektedir.

Soru: Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?

SIRA : 124
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.17.1. Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin ayniyat dayanaklı taşınır deposunda 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 veya düzeltme işlemi ile uygun depolara devirlerinin yapılmış olması gerekmektedir. Karar Destek Sistemleri (İş Zekası)/Kumanda Tabloları/Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi/Dayanaklı Taşınır Sorgulama ekranından, ilgili parametreler doldurularak ayniyat dayanaklı taşınır depoda bulunmaması gereken 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 dayanaklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgili 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.

Soru: Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?

SIRA : 125
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.18.1. Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde; taşınırın adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.

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 etiketler mevcut olmalıdır.

KAYNAK:

Dayanıklı taşınırların numaralanması: MADDE 36 –

(1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.

Soru: Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA :126
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.19.1. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

AD.19.2. Malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri, devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

AD.19.3. Haşaretlere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

AD.19.4.Sağlık tesisi ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.

AD.19.5. Güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Malzeme güvenliğini etkileyecek depo alanları fiziki koşullarının uygun olması gerekmektedir. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz olmalıdır. Atık su ve kalorifer gibi boruların görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı sağlanmalıdır. Taşınırın 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, sağlık tesisi ihtiyacını karşılayacak büyüklük ve yeterlilikte olmalıdır. Malzeme karışıklığının önlenmesi için, güncel malzeme yerleşim listesi ve depo raf krokileri bulunmalıdır.

KAYNAK:

Sorumluluk: Madde 5 –

(1) Harcama yetkilileri taşınırın etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak edinilmesinden, kullanılmasından, kontrolünden, kayıtlarının bu Yönetmelikte belirtilen esas ve usullere göre saydam ve erişilebilir şekilde tutulmasını sağlamaktan sorumludur. Harcama yetkilileri taşınır kayıtlarının bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak tutulması ve taşınır mal yönetim hesabının hazırlanması sorumluluğunu taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri aracılığıyla yerine getirir.

(2) Harcama yetkilileri, taşınırlara ilişkin işlem ve kayıtların usule uygun olarak yapılıp yapılmadığını kontrol etmeye veya ettirmeye; kasıt, kusur veya ihmal sonucu kırılan, bozulan veya kaybolan taşınırın ilgililerden tazmini için gerekli işlemleri yapmaya veya yaptırmaya yetkilidir.

(5) Taşınırın muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Soru: Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?

SIRA : 127
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.20.1. Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

AD.20.2. Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

AD.20.3. Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

AD.20.4. Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

AÇIKLAMA :

Depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle, depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır. Hırsızlık için gerekli kamera sistemleri ve demir parmaklık vb. gibi önlemler alınmalıdır. Yangın tehlikesine karşı merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri gibi önlemler bulunmalıdır. Su basması ve sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

KAYNAK:

Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri: MADDE 6 –

(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 KMDHBS olarak aktif mi?

SIRA : 128
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.1.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirim amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)

KM.1.2. KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

KM.1.3. KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.

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 bildirim amacıyla kullanılan yazılım/bilgi yönetim sistemleri bu sorudan muaf tutulmalıdır.

Bakılacak unsur kontrol edilirken kayitnescil.saglik.gov.tr adresinin diğer yazılımlar kısmında ilgili yazılımın KMBYS alanında aktif olup olmadığı kontrol edilir.

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.

KAYNAK:

20.09.2013 tarih ve 809 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri konulu genel yazı,
29.11.2013 tarih ve 4608 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri Entegrasyon Başvuruları konulu genel yazı.

07.07.2015 tarih ve 11756578 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri konulu 2015/17 Genelgesi.

13.08.2015 tarih ve 12658043 sayılı Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimsel Uygunluk Değerlendirmesi Hakkında konulu yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS’ de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?

SIRA : 129
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.2.1. Kullanıma verilen tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.

KM.2.2. Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her biyomedikal dayanıklı taşınıra MKYS üzerinden tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgilerinin sisteme girilmesi ile birlikte tekil bir künye numarası atanır. Künye numarası oluşturulan dayanıklı taşınırlarla ilgili bu bilgilerin ve künye numarasının bulunduğu kare kod oluşturulur. Bu kare kodun üzerinde bulunduğu etiket, ilgili dayanıklı taşınırın üzerinde bulunmalıdır. Bu etiketlerin içerdiği bilgiler cihaz bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Dayanıklı taşınırların numaralanması

Madde 36 – (1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.”

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“Biyomedikal Depo Yönetimi

1. Depo kaydı yapılmamış veya zimmet işlemi uygulanmamış biyomedikal dayanıklı taşınırların sağlık hizmet sunumunda kullanılması, devredilmesi, teknik hizmete ve emanete verilmesi engellenmeli; bu taşınırların klinik, servis, ameliyathane gibi sağlık hizmet sunum alanlarında kullanımından önce depo kaydı ve zimmet işlemi yapılmalıdır.
2. Envanterde kayıtlı veya hizmet alımı yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırların, görünür en az bir yüzeyine, MKYS künye numarası ve kare kodunun yer aldığı etiket iliştilmelidir.
3. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan etiketlerin yıpranması, bozulması, okunamaz hale gelmesi gibi durumlarda etiketler yenilenmelidir.
4. Biyomedikal depo kapsamındaki malzemelerin kullanımı, muhafazası, koruyucu bakımı ve teknik servis faaliyetleri ile ilgili eğitimler planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.”

SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapıyor mu?

SIRA : 130
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.3.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Nöbet hizmet alanı, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, 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.

KM.3.2. Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.

KM.3.3. Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif kullanımda biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır.

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 bilgileri) doğru şekilde yapılmalıdır.

Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazının Ek Cihaz Durum Açıklamaları kısmında yer aldığı şekilde “evde sağlık” olmalıdır.

Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır.

KAYNAK:

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazı

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 131
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.4.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Nöbet hizmet alanları, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

KM.4.2. MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde detayı belirtilen 5 farklı biyomedikal cihazın verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan hizmet alım biyomedikal dayanıklı taşınırların 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.

MKYS Hizmet Alım Ekranı' ndaki cihaz veri girişleri ile TSİM deki aşağıda belirtilen biyomedikal cihaz sayılarının uyumlu olması gerekmektedir.

S.NO	TSİM ADI
1	Röntgen Panoramik, Sefalometrik
2	Dental Tomografi
3	Röntgen Periapikal
4	Diş Üniti

SORU: Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?

SIRA : 132
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

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.

KM.5.2. Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

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. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme muayene kabul ve hizmeti ifa tutanakları kontrol edilmelidir.

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 artırılabilir.

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 : 133
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.6.1. Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.

KM.6.2. Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar ilgili birimde olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin Eğitim Birimleri ve Klinik Mühendislik 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 alan personelde, eğitim biriminde ve klinik mühendislik biriminde bulunmalıdır. Klinik Mühendislik Birimleri ayrıca bu eğitimlere ait eğitim dokümanlarını da bulundurmalıdır.

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 kayıtlar ve dokümanlar 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 yonnetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gercekleştirir.”

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 134
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEğerLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.7.1. İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

KM.7.2. İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

AÇIKLAMA:

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik 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 ISO 9001, TS 17020, TS 17025, TS 13703, TS 12426 teknik servis standartları, tıbbi cihaz satış reklam ve tanıtım yönetmeliği, tıbbi cihaz yönetmeliği, tıbbi cihazların mkys kayıtları ve titubb/üts tebliği hakkında eğitim verilmelidir.

KAYNAK:

06.12.2016 tarih ve 1196 sayılı Uluslararası Standartlara Erişim Yetkisi Hakkında konulu genel yazı.

“Sağlık tesislerimizde yürütölen 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 yürütölen “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 Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına erişim yetkisi tanımlanmıştır. Buna göre Birim Sorumlularının MKYS kullanıcı adı ve şifresi ile <http://sbu2.saglik.gov.tr/spp/> internet adresinden giriş yaparak standart talebinde ve standart erişiminde bulunabileceklerdir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 135
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.8.1. Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

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.

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;

- Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
- 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.

- Devir faaliyetleri
- Stok kontrol faaliyetleri
- HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
- Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri

i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”
29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınır Hakkında konulu genel yazı

SORU: Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?

SIRA : 136
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.9.1. Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak madde/maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.

KM.9.2. Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırın garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

KM.9.3. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırın aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Aktif çalışma süresi, bir cihazın belirli bir periyotta toplam kullanılabilmesi süresinden 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.

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 düştüğü durumlarda uygulanacak madde/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 taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

SIRA : 137
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır kullanılamaz durumda olduğunda (arızalandığında, çalıştırılmadığında vb.) ilgili birimdeki kullanıcının yapması gerekenlerle ilgili yazılı bir düzenleme, bir iş akışı bulunmalıdır. Bu düzenlemelerde ilgili personelin önce elektrik prizi kontrolü, cihazın çalıştırılıp çalıştırılmadığının kontrolü gibi teknik servise haber vermeden önce yapması gerekenler, sonrasında problemin devam etmesi halinde iletişime geçmesi gereken birim bilgileri bulunmalıdır.

SORU: Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?

SIRA : 138
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.11.1. Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman ilgili servislerde bulunmalıdır. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar 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 : 139
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.12.1. Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırılar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

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 taşınırılarının söz konusu işlemler ile ilgili yıllık planları yapılmalıdır.

SORU: Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?

SIRA : 140
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.13.1. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.2. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.3. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.4. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 “Bakım Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

KM.13.5. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına 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 taşınır 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 girilen toplam işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 “Bakım Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen ölçüleme giderlerinin toplam işlem tutarı ile 740.06.16.02.02 “ Ölçüleme Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

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. Ölçüleme hizmetleri
4. Kurulum / söküm hizmetleri
5. Yenileme hizmetleri
6. Bilgi yönetim hizmetleri

Böylece biyomedikal dayanıklı taşınır 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 : 141
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.14.1. Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

KM.14.2. Ölçüleme (metroloji) raporlarında ölçüleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Her bir biyomedikal dayanıklı taşınır 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 ölçüleme raporları ve servis formları üzerinde müdahalenin yapıldığı biyomedikal dayanıklı taşınırın künye numarası

yer almalıdır. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işlemin teknik hizmet formları kontrol edilmelidir.

SORU: Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?

SIRA : 142
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.15.1. Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere klinik mühendislik hizmetleri birim 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 teknik hizmet 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 : 143
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.16.1. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.

KM.16.2. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

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. Ayrıca biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında çalıştırılan personel mevzuata uygun nitelikte olmalı, bu kapsamda hizmet sağlayan referans donanımlar standartlara uygun olmalıdır.

KAYNAK:

27.10.2014 tarih ve 519 sayılı Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri konulu genel yazı.

SORU: Validasyon Hizmeti kapsamında yapılan işlemler aşağıda belirtilen standartlara uygun yapıyor mu?

SIRA : 144
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.17.1. 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 belirtilmelidir.

KM.17.2. 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 belirtilmelidir.

KM.17.3. Hepa filtre kullanılan alanlarda filtre sızdırmazlık testi ve partikül ölçüm sonuçlarına göre filtre değişimi yapılmalıdır. Filtre sızdırmazlık testi ve görsel muayenesinde sorun olmayan filtrelerin değişimi yapılmamalıdır.

KM.17.4. Validasyon ölçümleri yapan referans donanımlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır. Validasyon raporlarında cihazların marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Validasyon Hizmetleri kapsamında yukarıda belirtilen alanların validasyonları yaptırılmalıdır. Validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Validasyon işleminde kullanılan validatörlerin marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.

SORU: Biyomedikal insan kaynakları sistemine veri girişi yapıyor mu?

SIRA : 145

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.18.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri personelinin (hizmet alım personeli de dahil olmak üzere) verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine girilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri alanında çalışan (kadrolu, hizmet alım) personelinin Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu üzerinden veri girişlerinin yapılması gerekmektedir.

KAYNAK:

30.01.2017 tarih ve 38218639 barkod numaralı Klinik Mühendislik Hizmetleri İnsan Kaynağı Çalışması konulu genel yazı.

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 146
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.19.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri'ne ilişkin mevzuata uygun oluşturulacak organizasyon yapısında sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri alanında çalışan personellerden sorumlu olarak görev yapan Klinik Mühendislik Hizmetleri Sorumlusu; öncelikle varsa teknik hizmetler sınıfında biyomedikal/tıp branşında mühendis unvanına sahip olmalı veya 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 şeması olmalıdır.

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 : 147
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.20.1. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, varsa borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

KM.20.2. Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

KM.20.3. Atölyede yeterli aydınlatma ve havalandırma sistemi olmalı, yangın tüpü bulunmalıdır.

KM.20.4. Atölye çalışma tezgahı yanmaz, yüzeyi antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.

KM.20.5. Atölye zemini PVC esaslı antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.

KM.20.6. Atölyede Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi' nde belirtilen teçhizatların olması gerekmektedir.

KM.20.7. Atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Teknik Servis Hizmeti veren (bakım, onarım vb.) sağlık tesislerinde Biyomedikal Teknik Servis Atölyelerinin 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 (ADSM, ADSH)

S.NO	MALZEME ADI	S.NO	MALZEME ADI
1	AERATÖR ARKA KAPAK AÇMA KİTİ	20	KURBAĞACIK ANAHTAR
2	ALLEN TAKIMI ALTI KÖŞELİ	21	LOKMA SETİ KARBÜRATÖR
3	ALLEN TAKIMI YUVARLAK UÇLU	22	MAKET BIÇAĞI
4	ANTİSTATİK BİLEKLİK	23	PENSE AYARLI STANDART 180 MM KOMBİNE İZOLELİ
5	AVOMETRE	24	PENSE ELEKTRONİKÇİ 100 MM
6	AYARLI DC GÜÇ KAYNAĞI	25	SEGMAN PENSESİ DIŞ (DÜZ VE EĞİR)
7	BÜYÜTEÇLİ IŞIKLI STAND	26	SEGMAN PENSESİ İÇ (DÜZ VE EĞİR)
8	CİMBİZ SETİ (DÜZ VE EĞİRİ)	27	SİLİKON TABANCASI
9	ÇEKİÇ	28	STANDART FORT PENSE
10	ÇEKMECELİ HIRDAVAT KUTUSU	29	T TİPİ TORKS ALLEN ANAHTAR TAKIMI
11	DİJİTAL MULTİMETRE	30	TAKIM ÇANTASI
12	EĞE SETİ	31	TEL FIRÇA
13	KABLO SİYİRMA PENSESİ	32	TORNAVİDA SETİ (DÜZ VE YILDIZ)
14	KALEM HAVYA	33	TORNAVİDA SETİ BITS UÇLU
15	KARGABURUN ELEKTRONİKÇİ 120 MM (DÜZ VE EĞİRİ)	34	TORNAVİDA SETİ ELEKTRONİKÇİ TİP (DÜZ VE YILDIZ)
16	KARGABURUN STANDART 160 MM (DÜZ VE EĞİRİ)	35	TORNAVİDA SETİ LOKMA UÇLU
17	KESKİ ELEKTRONİKÇİ 115 (±5) MM	36	TORNAVİDA TAKIMI TORKS
18	KESKİ STANDART 140 MM	37	TORNAVİDA TOPAÇ (DÜZ VE YILDIZ)
19	KONTROL KALEMİ		

SORU: Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftr.)

SIRA : 148
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.21.1. Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.

KM.21.2. Bakım / onarımı yapılan cihazların sayısı, bakım /onarımını yapan personelin bilgisinin olduğu aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, üçer aylık süreçlerde faaliyet raporları 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 cihazların ve yedek parça/aksesuar sayılarının olduğu, işlemi yapan personelin belirtildiği aylık faaliyet raporu hazırlanmalıdır. Hazırlanan aylık faaliyet raporları üçer aylık dönemlerde harcama yetkilisine sunulmalıdır.

BIYOMEDİKAL DEPO

SORU: Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi' nden alınıyor mu?

SIRA : 149
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.1.1. Biyomedikal depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS' den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

DHBS' de yapılan ve entegrasyon ile MKYS' ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda DHBS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, biyomedikal depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satın alma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyorsa muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır işlem fişleri kontrol edilmelidir.

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) (Ek: 14/3/2016-2016/8646 K.) 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: Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 150
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.2.1. Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.

BD.2.2. Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların tanıtıldığı, biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerinin malzeme bilgisinin geliştirildiği teknik eğitimler İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Birimi tarafından yıllık plan içerisinde, periyodik olarak düzenlenmelidir.

Ayrıca Klinik Mühendislik alanına özel kullanılan Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetim Ekranı, Teknik Hizmet Yönetim Ekranları hakkında ve Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranları hakkında da eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir.

Bu eğitimler İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi sorumlusu ya da çalışanları tarafından verilebilir. Eğitimler her bir Taşınır kayıt Yetkilisi' ne yılda en az bir kere olmak üzere verilmelidir. 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: İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?

SIRA : 151
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.3.1. İstatistik birimi tarafından TSİM Uygulama Rehberi'nde belirtildiği şekilde kaydedilen (heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemleri 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 hekim 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 taşınırın 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 “Sağlık Tesisinde bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hekim 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	19	NST
2	USG, Doppler USG, Ekokardiyografi	20	Odiometre
3	Bilgisayarlı Tomografi	21	Otorefraktometre
4	MR	22	Spirometre
5	Kemik Dansitometre	23	Krioterapi Cihazı
6	Mamografi	24	Kemoterapi Hazırlama Cihazı
7	Anjiyografi	25	Puva
8	Ameliyat Mikroskobu	26	Fototerapi Cihazı
9	Defibrilatör	27	Lineer Accelerator
10	EEG	28	CT Simülatör
11	Eforlu EKG	29	Cyberknife
12	Tansiyon Holter, Ritim Holter	30	Brakiterapi
13	EMG	31	Gamma Kamera
14	ESWL	32	SPECT-CT
15	ESWT	33	PET-CT/PET
16	Faco	34	Tomoterapi
17	Laser Excimer	35	Tiroid Uptake Cihazı
18	Kalp Akciğer Pompası		

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 taşınırların verilerinin girilmesine öncelik verilecektir. Modül içerisinde yer alan “Biyomedikal Teknoloji Türü” ve “Biyomedikal Teknoloji Tanımı” içerisinde tanımlanmış taşınırların Kamu Hastane Birliklerinde, birliklere bağlı sağlık tesislerinde, özellikli sağlık araçlarında, sağlık tesislerine bağlı tüm depo ve ambarlarda bulunan cihaz, ekipman ve sistemlerin dayanıklı taşınır niteliğinde takibi için devirler ilgili depo sorumlusu Taşınır Kayıt Yetkililerince gerçekleştirilir.” Haziran 2016 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü TSİM Uygulama Rehberi

“1.8. Görüntüleme ve Diğer Tıbbi Cihazlar Sekmesi

Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek 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 : 152
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.4.1. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

BD.4.2. 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 (yemek masaları, etajerler gibi) uygun depolara devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalıdır.

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin (röntgen tüpü, endoskopi teleskobu 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 : 153
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.5.1. 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 taşınırların ayrı, taşıtların ayrı kayıt altına alınması gereklidir.

Sağlık araçları 254-01 Karayolları Taşıtları Grubu altında kayıt altına alınmaktadır. Sağlık tesisinin depo kayıtlarında özellikli sağlık araçlarının bulunup, bulunmadığı bu kod üzerinden bakılabilir. Sağlık aracı olmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf olacaktır. Eğer özellikli sağlık aracında kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır var ise MKYS’de kullanım yeri “özellikli sağlık aracı” olarak kaydedilmiş olması gerekmektedir.

Bu işlemler “Özellikli Sağlık Araçlarındaki Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Depo Kayıt Talimatına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Taşınırların kaydı

MADDE 12 – (1) Kamu idarelerince bütün taşınırların ve bunlara ilişkin işlemlerin kayıt altına alınması esastır. Taşınır kayıtları, yönetim hesabı verilmesine esas olacak şekilde tutulur. Her bir kaydın belgeye dayanması şarttır.”

SORU: Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depolarında Yapılan H.E.K ve Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma işlemleri, yönetmeliklere uygun yapıyor mu?

SIRA : 154
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.6.1. HEK'e ayrılması için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmeli ve işlemler Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

BD.6.2. Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.

BD.6.3. Hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yapılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

BD.6.4. Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

BD.6.5. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

BD.6.6. Hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde biyomedikal dayanıklı taşınırların H.E.K işlemlerinde, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Klinik Mühendislik Yönetim Birimi tarafından yayınlanan “Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların H.E.K'e Ayrılması Talimatı” iş akışı kullanılmalıdır.

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 çıkarılır. Kayıtlardan çıkartılan

taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKE 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.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına istinaden **“Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma”** ile Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

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

Yıl içinde yapılmış hurda işlemi yok 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 taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(4) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Garanti veya sigorta taahhünamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınırlar Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış:

MADDE 28 – (1) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmemekle hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

SORU: Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 155
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.7.1. Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.

BD.7.2. 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 yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı girişleri ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

KAYNAK:

13.12.2013 tarih ve 809.05 sayılı 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar konulu genel yazı

“Başkanlığımızca yayımlanarak yürürlüğe giren 29.11.2013 tarih ve 4605 tarihli “Dayanıklı Taşınır” hakkındaki yazımız ile Kurumumuz bünyesinde gerçekleştirilen biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma kapsamında; 26 Maddi Olmayan Duran Varlıkların alt kodundaki 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların (Bilgisayar yazılımları, işletim yazılımları, tıbbi cihaz programları ve kullanılacak amaca göre geliştirilen uygulama programları vb.) satın alma ve çıkışlarının düzenli olarak takibinin yapılabilmesi ve birlikteliğin sağlanabilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle yukarıda bahsedilen 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların her türlü hareketi (giriş, çıkış, amortisman ve tükenme payı hesaplamaları) 01.01.2014 tarihinden itibaren tedarik edilecek olan yazılımlar için; bundan böyle (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi üzerinden yapılarak MKYS Klinik Mühendislik Ekranı ile Amortisman Hesaplama Ekranına yansıtılacaktır.

MKYS Sistemi Amortisman Hesaplama Ekranı üzerinden çıkartılan amortisman cetvelleri ilgili Saymanlıklara bildirilecek ancak giriş / çıkış (satın alma; HEK vb.) hareketleri ilgili mevzuatı gereğince taşınır hesaplarında görünmeyeceğinden dolayı da; Harcama Birimi Taşınır Yönetim Dönemi Hesabı Cetvellerine yansımayacaktır.”

SORU: Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?

SIRA : 156
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.8.1. 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.

BD.8.2. 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 doldurulmalıdır. Biyomedikal tüketim malzemelerinin istem belgelerinde talep edilen malzemenin tanımı depo kayıtlarına uygun olarak belirtilmelidir. (Örneğin manşon olarak değil, “tansiyon aleti manşonu çift hortumlu yetişkin” şeklinde olmalıdır.)

Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait tüketim talep formları kontrol edilmelidir.

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.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 157
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.9.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

BD.9.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede), tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB / ÜTS kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.

BD.9.3. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin ilgili mevzuata atıf yapılarak kullanım amacı 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.

07.06.2011 tarih ve 27957 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği’nde tıbbi cihaz tanımı yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre tıbbi cihaz kapsamında bulunan tüm ürünlerin sağlık tesislerine temini sırasında TİTUBB barkod bilgisinin aranması zorunludur. Bir malzemenin tıbbi cihaz olup olmadığı TİTUBB sorgulama ekranından emsal ürünlerin TİTUBB kaydının olup olmadığına bakılarak belirlenebilir. ÜTS sisteminin açılmasından sonraki süreçte tıbbi cihazların barkod bilgileri yeni sisteme kaydedilmektedir. Bundan dolayı tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin kayıtları kontrol edilirken TİTUBB/ÜTS barkod sorgulama sayfaları kullanılmalıdır.

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.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 158
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.

BD.10.2. 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.

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 2017/1 sayılı "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" konulu genelgenin 2.5 maddesi gereğince satın alma süreci tamamlanmadan malzemenin imalatçı veya ithalatçısı tarafından Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan görüş alınarak Genel Müdürlüğümüze bilgi verilecektir.

Son 5 ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 fatura kontrol edilmelidir.

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.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapıyor mu?

SIRA : 159
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.11.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır 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.

BD.11.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır 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 taşınır 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.

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 taşınırın adli vakalarda, evde sağlık hizmetleri bünyesinde veya bakım, onarım, metroloji gibi biyomedikal teknik hizmetler kapsamında sağlık tesisi dışına çıkması durumunda “Emanet Çıkış” ve sonrasında “Emanetten İade Al” işlemleri gerçekleştirilmelidir.”

SORU: Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” uygun yapıyor mu?

SIRA : 160
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.12.1. 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.

BD.12.2. Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.

BD.12.3. 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.

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. Bu iş ve işlemlerin "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

25.06.2007 tarih ve 26563 sayılı resmi gazetede yayımlanan 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”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?

SIRA : 161
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.13.1. Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri güncel olarak yapılmış olmalıdır.

BD.13.2. Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.

BD.13.3. Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.

BD.13.4. 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 taşınırların MKYS’ deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır.

Son yapılan 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) kontrol edilmelidir.

Sağlık tesislerinde aktif durumdaki tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.

MKYS' deki kullanım yeri bilgilerinin güncel olması gerekmektedir. Evde sağlık kapsamında hastaya kullanım amacıyla verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar için düzenlenen taşınır teslim belgesinde MKYS' deki Kullanıma Verme – Hasta Evde Bakım işlem türü kullanılmış olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Belge ve cetveller

MADDE 10 – (1) Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre aşağıda belirtilen belge ve cetveller kullanılır.

b) Zimmet Fişi (Örnek: 6; 6/A): Taşınır Kod Listesinin (B) bölümünde gösterilen kara taşıtları ve iş makinelerinin bunları sürekli olarak kullanacak personele verilmesinde 6 örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. Bu Fiş, vardiya usulü çalışılan yerlerde kullanılan kara taşıtları ve iş makineleri için işyerinde koordinasyonu sağlayan sorumlu yönetici adına düzenlenir. Demirbaş, makine ve cihazların kullanıma verilmesinde ise 6/A örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. “

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazı

MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

SORU: Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?

SIRA : 162
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.1.1. Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'ne 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. Sağlık Tesisi idaresi tarafından yapılan bu kontroller sonucu sağlık tesisi dışı faktörler dışında performansa dayalı ek ödemelerin gecikme, ödenmeme gibi benzeri aksaklıkların takibi yapılarak engellenmelidir.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?

SIRA : 163
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.2.1. Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15'ne 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 ödemelerin yapılması için sağlık tesisi idaresi tarafından gerekli tedbir ve kontrollerin sağlanması gerekmektedir.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe Ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5'ine kadar muhasebe birimine gönderiliyor mu?

SIRA : 164
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI BÖLÜM SIRA NO
: 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.3.1. Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5'ine kadar muhasebe birimine gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

696 KHK ile kadroya alınan taşeron haricindeki, hizmet ödemelerinin zamanında ödenmesi sağlık tesisi 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.

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 : 165
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.4.1. 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 Sistemi'ne girilen onayların birbirini tutması gerekmektedir. Hizmet alımlarında ve yapım işlerinde dosya bazlı kontroller yapılmalıdır. Analitik Bütçe Sistemi'nden 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.

KAYNAK:

İl Sağlık Müdürlükleri Bütçe Çağrısı ve Uygulamaları

SORU: 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılıyor mu?

SIRA : 166
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.5.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde doğrudan teminle yapılan alım yöntemlerinde 4734 sayılı kanuna uygun bir şekilde takip ve kontrolü yapılmalı, % 10 doğrudan temin limit takibinin yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

4734 sayılı Kanununun 62 nci maddesinin (1) bendi gereğince %10 limitlerinin aşılması gerekmektedir.

SORU: Alacak takipleri düzenli olarak yapılıyor mu? Tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmış mı?

SIRA : 167
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.6.1. 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.

KAYNAK:

- 6183 sayılı Amme alacaklarının tehsil usulu 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

SORU: SGK tarafından ilaç ve malzeme kesintilerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 168
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.7.1. SGK tarafından ilaç ve malzeme kesintilerinin takibi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Listeler Bakanlık tarafından Analitik Bütçe Sistemine yüklenmektedir. SGK tarafından yapılan ilaç ve malzeme kesintilerinin sağlık tesisinde yapılan hangi yanlış uygulamalardan

kaynaklandığının tespiti yapılarak gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. (Analitik Bütçe/SGK Kesinti Listesi sekmesinden kontrolleri yapılmalıdır)

KAYNAK:

Analitik Bütçe Sistemi

SORU: Temlikler ve icra takibi yapılıyor mu?

SIRA : 169
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.8.1. Temlikler ve icra takibi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Temliklerin TDMS sisteminden ilgili firmalara ödemesi ve takibi temlik eden ve edilen firmaların gereken borç sorgulamalarının yapılması sağlandıktan sonra hak edişinin ödenmesini gerçekleştirmek. Firma icra takiplerinin hassasiyetle takip edilmesi ve üzerinde icra olan firmaların kaynaktan kesinti yapılarak ilgili icra dairelerine ödenmesi gerekmektedir. Dosya üzerinden takibi yapılmalıdır.

KAYNAK:

6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tehsil Usulu Hakkındaki Kanun

SORU: Kişi ve iş avansları takip ediliyor mu?

SIRA :170
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.9.1. Kişi ve İş 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 sınıra ve yılsonu dönem kapatmalarda da bu konulara dikkat edilmesi gerekmektedir.

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 : 171
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.10.1. 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 sağlık tesisinde de bekletilmeden Muhasebe saymanlığına iletilmesi gerekmektedir. Böylelikle ödemelerin zamanında yapılması sağlanacaktır.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe Ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: TDMS Ön Muhasebe Modülü'ne ödemeye esas belgeler taratılıp yükleniyor mu?

SIRA : 172
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.11.1. TDMS Ön Muhasebe Modülü'ne 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 Modülü'ne girilen fişler kontrol edilmelidir

SORU: Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?

SIRA : 173
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.12.1. Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık Tesislerinde taahhütlerin takibinin yapılabildiği bir sistemin bulunup, bulunmadığı takip edilmelidir. Sağlık tesislerinin yapılan hak ediş ödemelerinde sözleşme bedelinin aşılması konusunda gereken tedbirler alınmalıdır.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

SORU: Periyodik olarak vezne kontrolleri yapılıyor mu?

SIRA : 174
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.13.1. Periyodik olarak vezne kontrolleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

DHBS'de yapılan girişler alındı belgeleri ile uyum olmalı ve bunların TDMS ye aktarımı düzenli bir şekilde kanuni süreler içinde Muhasebe Yetkilisi mutemeti tarafından yapılmalıdır. Sağlık tesisi veznelerinde oluşabilecek zarar ve açıklar takip edilerek ödemelerin kontrol altında tutulması gerekmektedir.

KAYNAK:

Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

SORU: İhale Komisyonlarında görevlendirilen üyeler zamanında görevlendiriliyor mu? Komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim ediliyor mu?

SIRA : 175
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.14.1 İhale Komisyonlarında görevlendirilen üyeler zamanında görevlendirilmeli, komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi idaresi tarafından yapılan tüm ihalelerde görevlendirme ve yazışmalar 4734 uygun süre ve zamanlarda olmalıdır. Sağlık tesisi idaresi tarafından dosyadan takibi sağlanmalıdır.

KAYNAK:

4734 sayılı kamu ihale 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 : 176
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.15.1. 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:

Sağlık tesisi idareleri tarafından ihalelerde yapılması planlanan iş artışı ya da eksilişlerinin zamanında planlanarak; birim fiyat kontrollerinin yapılması, yüzdeler dilimlerin doğruluğu ile birlikte firmaların kestiği faturaların bu dilim ve birim fiyata (toplam sözleşmeye) uygun olması gerekmektedir.

Sağlık tesislerinde yapılan ihalelerde Sağlık tesisi idaresi iş artışı ve eksilişi yapılan mal ya da hizmetlerin usulüne uygun olmasını kontrol etmelidir.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

SORU: Sağlık tesislerinde yönetimin uygun gördüğü ameliyathalar için maliyet analizi yapıyor mu?

SIRA : 177
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.16.1. Sağlık tesislerinde yönetimi tarafından uygun görülen ameliyathalar için; bu ameliyathalarda kullanılan malzeme ve sarfların giderleri ve miktarları aylık olarak takip edilmeli ve maliyet analizi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi yönetimi tarafından maliyet analizine yönelik çalışmaların yapılıp yapılmadığı gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Soru: Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?

SIRA : 178
BÖLÜM ADI : MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.17.1. Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.

MBU.17.2. TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Satınalma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen muayene kabul işlemi tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır. Ayrıca çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış tüm işlem tiflerinin, mali yıl sona ermeden saymanlıklara bildirimini 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.

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.