|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TESİSİ YÖNETİMİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Bina turları yapılmalıdır. | DTY01 |  | 30 |  |  |  |
| Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır. | DTY02 |  | 30 |  |  |  |
| Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. | DTY03 |  | 10 |  |  |  |
| Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır. | DTY04 |  | 30 |  |  |  |
| Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir. | DTY05 |  | 10 |  |  |  |
| Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. | DTY06 |  | 30 |  |  |  |
| Çevre düzenlemesi yapılmalıdır. | DTY07 |  | 10 |  |  |  |
| Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir. | DTY08 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DTY09 |  | 30 |  |  |  |
| Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DTY10 |  | 30 |  |  |  |
| Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DTY11 |  | 30 |  |  |  |
| Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DTY12 |  | 30 |  |  |  |
| Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DTY13 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DTY14 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir. | DTY15 |  | 30 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | 350 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **OTELCİLİK HİZMETLERİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Kurumun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. | DOH01 |  | 30 |  |  |  |
| Kurumun temizliği sağlanmalıdır. | DOH02 |  | 50 |  |  |  |
| Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır. | DOH03 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır. | DOH04 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DOH05 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır. | DOH06 |  | 30 |  |  |  |
| Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır. | DOH07 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır. | DOH08 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Yatarak tedavi olan hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır. | DOH09 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır. | DOH10 | Değerlendirme  Dışı | 0 |  |  |  |
| Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DOH11 |  | 30 |  |  |  |
| Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır. | DOH12 |  | 30 |  |  |  |
| Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır. | DOH13 |  | 30 |  |  |  |
| Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır. | DOH14 |  | 30 |  |  |  |
| Hasta/hasta yakını ile çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır. | DOH15 |  | 50 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **280** |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BİLGİ YÖNETİMİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır. | DBY01 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır. | DBY02 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir. | DBY03 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DBY04 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. | DBY05 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılabilirlik açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. | DBY06 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilmelidir. | DBY07 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)'de yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır. | DBY08 |  | 10 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır. | DBY09 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | DBY10 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Bigi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DBY11 |  | 30 |  |  |  |
| Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır. | DBY12 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır. | DBY13 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. | DBY14 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. | DBY15 |  | 30 |  |  |  |
| Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır. | DBY16 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **580** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır. | DMC01 |  | 10 |  |  |  |
| Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | DMC02 |  | 30 |  |  |  |
| Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | DMC03 |  | 30 |  |  |  |
| Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır. | DMC04 |  | 30 |  |  |  |
| Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır. | DMC05 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır. | DMC06 |  | 10 |  |  |  |
| Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (otoklav, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmelidir. | DMC07 |  | 30 |  |  |  |
| Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DMC08 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **240** |  |  |  |
| **TIBBİ KAYIT VE ARŞİVLEME** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan Puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | DTA01 |  | 30 |  |  |  |
| Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. | DTA02 |  | 30 |  |  |  |
| Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. | DTA03 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır. | DTA04 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır. | DTA05 | D. Dışı | 0 |  |  |  |
| Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır. | DTA06 |  | 30 |  |  |  |
| Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | DTA07 |  | 30 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **220** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATIK YÖNETİMİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DAY01 |  | 10 |  |  |  |
| Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır. | DAY02 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır. | DAY03 |  | 30 |  |  |  |
| Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır. | DAY04 |  | 30 |  |  |  |
| Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. | DAY05 |  | 30 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **150** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIŞ KAYNAK KULLANIMI** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır. | DDK01 |  | 10 |  |  |  |
| Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır. | DDK02 |  | 30 |  |  |  |
| Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. | DDK03 |  | 30 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **70** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GÖSTERGELERİN İZLENMESİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. | GGİ01 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir. | GGİ02 |  | 30 |  |  |  |
| Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır. | GGİ03 | Çekirdek | 50 |  |  |  |
| Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | GGİ04 |  | 30 |  |  |  |
| Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir. | GGİ05 |  | 30 |  |  |  |
| Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. | GGİ06 |  | 30 |  |  |  |
| Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir. | GGİ07 |  | 30 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **250** |  |  |  |
| **KALİTE GÖSTERGELERİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı | GKH01 |  | 20 |  |  |  |
| Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı | GKH02 |  | 20 |  |  |  |
| Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı | GKH03 |  | 20 |  |  |  |
| Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi | GKH04 |  | 20 |  |  |  |
| Personelin Eğitimlere Katılma Oranı | GKH05 |  | 20 |  |  |  |
| Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı | GKH06 |  | 20 |  |  |  |
| Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı | GKH07 |  | 20 |  |  |  |
| Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı | GKH08 |  | 20 |  |  |  |
| Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı | GKH09 |  | 20 |  |  |  |
| Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı | GKH10 |  | 20 |  |  |  |
| Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı | GKH11 |  | 20 |  |  |  |
| Düşen Hasta Oranı | GKH12 |  | 20 |  |  |  |
| El Hijyeni Uyumu | GKH13 |  | 20 |  |  |  |
| Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı | GKH14 |  | 20 |  |  |  |
| Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı | GKH15 |  | 20 |  |  |  |
| Kaybolan Ölçü Oranı | GKH16 |  | 20 |  |  |  |
| Kaybolan Protez Oranı | GKH17 |  | 20 |  |  |  |
| Kaybolan Alçı Model Oranı | GKH18 |  | 20 |  |  |  |
| Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı | GKH19 |  | 20 |  |  |  |
| Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre | GKH20 |  | 20 |  |  |  |
| Protez Tesliminden Sonra Protetik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı | GKH21 |  | 20 |  |  |  |
| İlk Muayene Sonrası ile Ölçü Alınmasına Kadar Geçen Ortalama Süre | GKH22 |  | 20 |  |  |  |
| İlk Muayene Sonrası ile Ameliyat Yapılmasına Kadar Geçen Ortalama Süre | GKH23 |  | 20 |  |  |  |
| İlk Muayene Sonrası ile Hastanın Tedavilerinin Tamamlanmasına Kadar Geçen Ortalama Süre | GKH24 |  | 20 |  |  |  |
| Yıl İçerisinde Aynı Hasta Bazlı Ortalama Başvuru (Tedavi İçin Tekrar Gelmesi Dahil) Sayısı | GKH25 |  | 20 |  |  |  |
| BYS’nin Devre Dışı Kaldığı Süre | GKH26 |  | 20 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **520** |  |  |  |
| **KLİNİK KALİTE GÖSTERGELERİ** | | | | | | |
| **Kriter** | **Kodu** | **Önemi** | **Tavan puan** | **Puan** | **Sonuç** | **Açıklama** |
| Fissur Sealant Uygulama Oranı | GKK01 |  | 20 |  |  |  |
| Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı | GKK02 |  | 20 |  |  |  |
| Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı | GKK03 |  | 20 |  |  |  |
| Antibiyotik Tedavisinde Başarısızlık Nedeniyle Yeniden Başvuru Oranı | GKK04 |  | 20 |  |  |  |
| Tekrar Alınan Ölçü Oranı | GKK05 |  | 20 |  |  |  |
| Hatalı Protez Nedeniyle Yenilenen Protez Oranı | GKK06 |  | 20 |  |  |  |
| Protez Tesliminden Sonra Klinik Nedenli Tekrar Başvuru Oranı | GKK07 |  | 20 |  |  |  |
| Dolgu Yapılmış Ancak Kanal Tedavisi Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı | GKK08 |  | 20 |  |  |  |
| Kanal Tedavisi Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı | GKK09 |  | 20 |  |  |  |
| Dolgu Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı | GKK10 |  | 20 |  |  |  |
| Sabit Protez Yapılmış Ancak Kanal Tedavisi Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı | GKK11 |  | 20 |  |  |  |
| Sabit Protez Yapılmış Ancak Çekim Yapılması Zorunlu Hale Gelmiş Diş Oranı | GKK12 |  | 20 |  |  |  |
| Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı | GKK13 |  | 20 |  |  |  |
| Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı | GKK14 |  | 20 |  |  |  |
| İmplant Yapilan Hasta Sayisi Ve Orani | GKK15 |  | 20 |  |  |  |
| **Total sonuç** |  |  | **300** |  |  |  |