

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
1	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.1.0	Hastaların sağlık tesisi hizmet alanlarına kolay erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		2.P.1.1	Sağlık tesisinin web sitesinde; -Hastane iletişim bilgileri ve ulaşım linki, -Hastanenin bölümlerini gösteren güncel şematik kesitler (A blok, B blok ,Ek hizmet binaları vb.) -Hastanenin hizmet verdiği bölüm, branş, özellikli ve farklı hizmetlere yönelik bilgilendirme, -Hekimlerin adı-soyadı, unvanı, uzmanlık alanı ve yan dal ihtisası bilgileri -Güncel günlük ve/veya aylık hekim çalışma listesi, -Randevu alma alanı, -Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri ile ziyaret saatleri, -Laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarına ulaşım alanı, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan bulunmalıdır.
		2.P.1.2	Sağlık tesisinin web sayfasının tasarımı Bakanlık tarafından yayımlanan web sitesi tasarımlarına uygun olmalıdır.
		2.P.1.3	Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde de acil servisin yerini gösteren yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		2.P.1.4	Poliklinik bina ve kat girişleri ile hastanenin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhaları yeterli ve işlevsel olmalıdır.Kapalı otoparklarda; bina giriş kapılarını, otopark çıkışlarını ve acil çıkışları (yangın çıkışları vb.) gösteren yönlendirme levhaları ve güvenlik işaretleri bulunmalıdır. Engellilerin sağlık tesisine erişimini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır. LPG'li araçlarla ilgili tedbirler alınmalıdır.
2	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.2.0	Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?
		2.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.
		2.P.2.2	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
3	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.3.0	Poliklinik muayene ve tetkik birimlerinde hastanın sırasını bildiren düzenlemeler yapılmış mı?
		2.P.3.1	Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın sıra numarası, öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri, MHRS randevu durumunun görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		2.P.3.2	Sağlık tesisinde kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır (D ve E1 Rolündeki hastaneler muaftır).
		2.P.3.3	Sağlık tesisinde randevu vermeden işlem yapan görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, SBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır. (D ve E1 Rolündeki hastaneler muaftır).
4	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.4.0	Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla fiziki düzenlemeler yapılmış mı?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.P.4.1	Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinik odaları birbirlerine yakın olarak konumlandırılmamalıdır.
		2.P.4.2	Hasta sayısı fazla olan bir branşa ait poliklinik odası/odaları, sağlık tesisinin Dinlenme alanı ve koridoru en geniş alanında konumlandırılmalıdır.
		2.P.4.3	Poliklinikler kendi branşları ile ilgili tetkik birimlerine (Ortopedi Kliniği- Radyoloji, Kardiyoloji Kliniği-EKG/EKO, Göğüs Hastalıkları Kliniği-SFT, Nöroloji Polikliniği- EEG ve EMG birimi arası vb.) yakın konumlandırılmalıdır (D ve E1 Rolündeki hastaneler muaftır).
5	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.5.0	<b>Polikliniklerde muayeneye erişim süresi ölçülüyor mu?</b>
		2.P.5.1	Poliklinik muayenesi için kayıt işlem yapılan hastanın hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisi hastaya verilen barkod üzerinde belirtilmelidir. (D ve E1 Rolündeki hastaneler muaftır.)
		2.P.5.2	Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama muayene muayeneye erişim süresi yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı (YTE)” ile takip edilmelidir.
6	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.6.0	<b>Poliklinik hizmetlerinin başlama/bitiş zamanı ile muayene sayısı takip ediliyor mu?</b>
		2.P.6.1	Her branşa ait poliklinikte gün içerisinde yapılan ilk muayene zamanı, son muayene zamanı ve muayene sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
7	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.7.0	<b>Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, vb.) gün içerisinde yapılan ilk ve son işlem zamanı ile toplam işlem sayısının takibi SBYS’ den yapılıyor mu?</b>
		2.P.7.1	Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, vb.) gün içerisinde yapılan ilk ve son işlem zamanı ile toplam işlem sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
8	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.8.0	<b>Sağlık tesisindeki tetkiklerin (USG, MR, BT, vb.) randevu verme sürelerinin takibi yapılıyor mu?</b>
		2.P.8.1	USG, MR, BT, vb randevuları SBYS üzerinden verilmelidir.
		2.P.8.2	USG, MR, BT, vb tetkik sonuç raporunda “istem zamanı”, "randevu zamanı", “çekim zamanı” ve “onay zamanı” belirtilmelidir.
		2.P.8.3	USG tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 3 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.
		2.P.8.4	MR tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.
		2.P.8.5	BT tetkiki için istem zamanı ile çekim zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.
		2.P.8.6	Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tetkiklerin USG, MR, BT vb randevu verme süreleri SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
9	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.9.0	<b>Sağlık tesisinde MR, BT, vb. tetkiklerin çekim zamanı ile sonuç onay zamanı arasındaki sürelerin takibi yapılıyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.P.9.1	SBYS' de her bir hasta için tetkik çekim zamanı ve rapor onay zamanı kayıt altına alınmalıdır.
		2.P.9.2	MR çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.
		2.P.9.3	BT çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.
		2.P.9.4	Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerinin sonuç raporlarının yazım süresi aşıldığında ilgili uzman hekime, başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.
		2.P.9.5	Sağlık tesisinde yapılan MR, BT vb. tetkik sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.
10	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.10.0	Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları yönetim tarafından takip ediliyor mu?
		2.P.10.1	Sağlık tesisinde görev yapan her bir hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı aylık olarak takip edilmelidir.
11	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.11.0	Sağlık tesisinde MHRS süreçlerinin takibi yapılıyor mu?
		2.P.11.1	MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerini beklemeden yapabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
		2.P.11.2	MHRS' ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin en az 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olmalıdır.
		2.P.11.3	Polikliniklerde aktif hizmet vermekte olan tüm hekimlerin randevuya açık cetvelleri tanımlanmış olmalıdır.
		2.P.11.4	Yan dal polikliniklere hasta yönlendirildiğinde SBYS üzerinden yeşil liste kaydı yapılabiliyor olmalıdır.
		2.P.11.5	Yan dal ve Ağız ve Diş Sağlığı polikliniklerinde ilk muayenesi yapılan hastanın, devam eden tedavi ve kontrol muayene randevuları MHRS'nin "Devam Eden Muayene" cetvelleri üzerinden verilmelidir.
		2.P.11.6	"Randevu Durum Bilgisi Bildirimi" aynı gün içinde en geç saat 23:59'a kadar yapılmalıdır.
		2.P.11.7	MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri yönetim tarafından SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
12	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2.P.12.0	Sağlık tesisinde diyabet okulu mevcut mu? (En az 3 iç hastalıkları uzmanı veya 1 endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)
		2.P.12.1	Diyabet okulu için 15-20 kişilik interaktif eğitime uygun bir eğitim odası/alanı kullanılmalıdır.
		2.P.12.2	Diyabet eğitim programı/takvimi oluşturulmalı ve eğitimlerde Bakanlığımız tarafından hazırlanan diyabet eğitim setleri kullanılmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.P.12.3	Diyabet okulu diploması alan hasta sayısı verisi ile TSİM' e aylık olarak girilen veri uyumlu olmalıdır.
		2.P.12.4	Yeni tanı alarak kliniklere yatışı gerçekleşen hastaları diyabet eğitim hemşiresi ziyaret ederek eğitim vermeli ve eğitimleri kayıt altına almalıdır.
13	<b>POLİKLİNİK HİZMETLERİ</b>	2.P.13.0	<b>Diş polikliniğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.P.13.1	Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine yeterli donanıma sahip ve çalışır durumda bir diş üniti tahsis edilmelidir.
		2.P.13.2	Diş üniti kompresörü tercihen oda dışında olmalı, aynı odada ise kompresörün yeterli ses izolasyonu sağlanmalıdır.
		2.P.13.3	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aerator başlığı, anguldruva, kavitron vb.) steril edilmelidir.
		2.P.13.4	Kullanılan ilaç ve sarf malzemelerin miat kontrolleri yapılmalıdır. Buzdolabında muhafaza edilmesi gereken ilaç ve sarf malzemeler (Estetik dolgu setleri, Bondingler, fissür koruyucular vb.) üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uygun olarak muhafaza edilmelidir.
		2.P.13.5	Diş polikliniği hizmeti veren sağlık tesisinde periapikal röntgen cihazı bulunmalı ve röntgen çekimleri diş polikliniği dışında ayrı alanda yapılmalıdır.
		2.P.13.6	Ölçülerin transferi, dezenfeksiyonu yapılmış halde ağız kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde (Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu barkod olacak şekilde) yapılmalıdır. Ölçülerin transferi hasta ve hasta yakını tarafından yapılmamalıdır.
		2.P.13.7	Protez işlemlerinin safhaları SBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt edilmelidir.
		2.P.13.8	Protez ve protez tamiri yapılan sağlık tesislerinde akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemleri bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.
14	<b>GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ</b>	2.G.1.0	<b>Radyoloji alanlarının işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.G.1.1	İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan birimlerde, aylık personel çalışma listeleri, personelin çalışma yeri ve radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir.
		2.G.1.2	Radyasyon görevlisi olan personele sağlık izni kullandırılması ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.
15	<b>GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ</b>	2.G.2.0	<b>Sağlık tesisinde USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayılarının takibi yapılıyor mu? (Radyoloji uzmanı bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)</b>
		2.G.2.1	Sağlık tesisinde bulunan klinisyen hekimlerin istemiş olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları ve oranları aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
16	<b>GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ</b>	2.G.3.0	<b>Radyoloji uzmanlarının raporlamış olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayılarının takibi yapılıyor mu?</b>
		2.G.3.1	Sağlık tesisinde görev yapan radyoloji uzmanlarının raporlamış olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir (Hizmet alımları için YTE ayrı bir sütun tanımlanmalıdır).

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
17	LABORATUVAR HİZMETLERİ	2.L.1.0	<b>Numunenin izlenmesine yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		2.L.1.1	Biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji laboratuvar sonuç çıktısında tetkikin istem zamanı, numune alma zamanı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı zaman tarih ve saat olarak belirtilmelidir.
		2.L.1.2	Numune alma ile laboratuvara kabul arasındaki süre ve laboratuvara kabul ile sonucun onaylandığı zaman arasındaki süreler ölçülerek SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
		2.L.1.3	Soğuk zincir sistemi ile taşınması gereken numuneler (etanöl, amonyak, ACTH, Renin vb) laboratuvar uzmanları tarafından belirlenmeli, SBYS üzerinde uyarıcı bilgilendirme mesajları olmalıdır.
18	LABORATUVAR HİZMETLERİ	2.L.2.0	<b>Laboratuvar malzeme ve kitlerinin muhafazasına yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		2.L.2.1	Laboratuvar kitleri ve antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		2.L.2.2	Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)
		2.L.2.3	Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
		2.L.2.4	Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır.
		2.L.2.5	Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.
19	LABORATUVAR HİZMETLERİ	2.L.3.0	<b>Sağlık tesisinde çalışılan laboratuvar tetkiklerinin takibi yapılıyor mu?</b>
		2.L.3.1	Her bir hekimin istemiş olduğu tetkik sayısı ile hasta başına istenen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayısı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
20	LABORATUVAR HİZMETLERİ	2.L.4.0	<b>Sağlık tesisinde “Akılcı Laboratuvar Kullanımı-Akılcı Test İstem Prosedürü” uygulanıyor mu?</b>
		2.L.4.1	SBYS’de “Laboratuvar Test İstemi Uyarı Sistemi” bulunmalıdır.
		2.L.4.2	SBYS’de oluşturulan test istem sayfası, her test için hastaya ait geçmiş en az son iki test sonucunu klinisyenin görebilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmelidir.
		2.L.4.3	Klinisyenin test istem periyodundan daha kısa sürede test istemesi durumunda SBYS ekranında “Test İstem Periyodu Uyarısı” gelmelidir.
21	LABORATUVAR HİZMETLERİ	2.L.5.0	<b>Sağlık tesisinde çalışılan patoloji tetkiklerinin sonuç verme sürelerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?</b>
		2.L.5.1	Sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.L.5.2	Sağlık tesisi tarafından belirlenen sitoloji ve biyopsi sonuç verme süresinin aşılması halinde ilgili patoloji uzmanına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.
		2.L.5.3	Aylık olarak sonuç verme süresi aşılan tetkik sayılarının analizi hekim bazlı yapılmalı, SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.L.5.4	Hastaya patoloji sonuç raporunun hazır olduğuna dair SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.
		2.L.5.5	Dış laboratuvara gönderilen numunelerin numune alma ile dış laboratuvara gönderilmesi arasındaki süre ve dış laboratuvardan sonucun onaylandığı zaman arasındaki süreler ölçülerek SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
22	LABORATUVAR HİZMETLERİ	2.L.6.0	<b>Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numuneler uygun şekilde transfer ediliyor mu?</b>
		2.L.6.1	Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden (Endoskopi Laboratuvarı, Ameliyathane, Poliklinikler vb.) patoloji laboratuvarına numunelerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalı ve transferler bu düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.
		2.L.6.2	Biyopsi ve doku numuneleri kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta ve numune bilgilerini içeren etiket/barkod bulunmalıdır.
		2.L.6.3	Patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin teslim tutanaklarında (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası, tarih ve saat bulunmalıdır.
23	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.1.0	<b>Acil serviste hizmet alanları ile ilgili fiziki düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.AS.1.1	Acil serviste görüntüleme ünitesi, laboratuvar, pansuman, enjeksiyon, EKG, alçı odası vb. alanlar hasta sirkülasyonunu kolaylaştıracak şekilde konumlandırılmalı ve bu birimlere hastanın kolay ulaşımı sağlanmalıdır.
		2.AS.1.2	Acil servisten hastanenin diğer alanlarına geçişler kontrollü olmalıdır.
24	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.2.0	<b>Acil serviste daimi ve vardiya usulü çalışanlarla ilgili tebliğe uygun düzenleme yapılmış mı?</b>
		2.AS.2.1	Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenmelidir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunmalıdır.
25	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.3.0	<b>Acil serviste triyaj etkin olarak yapılıyor mu? (2.Seviye acil serviste değerlendirilecektir)</b>
		2.AS.3.1	İkinci seviye acil serviste etkin triyaj uygulaması hasta mahremiyeti gözetilerek yapılmalıdır.
		2.AS.3.2	İkinci seviye acil serviste triyaja ayrılan alanda yeşil, sarı ve kırmızı alan ayrımı yapılmalıdır.
		2.AS.3.3	Triyaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesinde yapılmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.AS.3.4	Sağlık personeli tarafından hastanın vital bulguları (ateş, kan basıncı ve nabız kontrolü) ile yeşil, sarı ve kırmızı alan hastası olduğuna dair bilgisi hasta gözlem formuna kaydedilmelidir.
26	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.4.0	<b>Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?</b>
		2.AS.4.1	Resüsitasyon için ayrı bir oda düzenlenmiş olmalıdır.
		2.AS.4.2	Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.
		2.AS.4.3	Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın yerde olmalıdır.
		2.AS.4.4	<u>Acil tebliği ve seviyesine göre</u> resüsitasyon odasında bulunması gerekli tıbbi donanım (laringoskop, defibrilatör, aspirator, laringoskop, pulse oksimetre, monitör, End tidal CO2 monitörü, LMA veya EOA, Combitube, 2.5-8.5 mm iç çaplı, kafalı ve kafsız endotrakeal tüpler, NG sonda ve Aspirasyon tüpleri, Kapalı göğüs drenaj seti, Trakeostomi seti ve malzemeleri, Santral venöz kateterleri vb.), kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		2.AS.4.5	Resüsitasyon odasında bulunan acil müdahale arabasındaki ilaçların ve malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri günlük yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
27	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.5.0	<b>Sağlık tesisinde acil servis başvuru sayılarının takibi yapılıyor mu?</b>
		2.AS.5.1	Acil servis başvuru sayıları aylık olarak yönetim tarafından SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.AS.5.2	Yoğunluğu azaltmak için acil servis yeşil, sarı ve kırmızı alan başvurularının saatlik dilimlere göre analizi yapılarak en yoğun zaman dilimlerinde uygun sayıda personel desteği sağlanmalıdır.
		2.AS.5.3	Polikliniklerden acil servise yönlendirilen hasta sayıları takip edilmelidir..
28	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.6.0	<b>Acil serviste hastaların ortalama muayeneye erişim süresi takip ediliyor mu? (2. Seviye Acil servislerde değerlendirilecektir.)</b>
		2.AS.6.1	Acil serviste hastaların "hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama muayeneye erişim süresi" yönetim tarafından aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir (2. Seviye Acil servislerde değerlendirilecektir.)
29	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.7.0	<b>Hastaların müşahede odasında kalış süreleri takip ediliyor mu? (2. seviye acil servislerde değerlendirilecektir.)</b>
		2.AS.7.1	Hastanın acil servise başvuru zamanı, muayene zamanı, müşahedeye giriş zamanı, müşahededen çıkış zamanı SBYS tarafından ayrı ayrı kayıt altına alınmalıdır.
		2.AS.7.2	Hastanın müşahede odasına giriş ve çıkış zamanı anlık olarak SBYS'de kayıt altına alınmalıdır.
		2.AS.7.3	Hastaların müşahede odasında ortalama kalış süresi yönetim tarafından SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
30	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.8.0	Acil serviste hastanın takip ve tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde kullanılarak muhafaza ediliyor mu?
		2.AS.8.1	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki ya da elektronik (SBYS) olarak arşivlenmelidir.
		2.AS.8.2	Acil serviste hastalara kullanılan ilaç, malzeme ve hizmetler vb. eksiksiz şekilde SBYS'ye girişi yapılmalıdır.
31	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.9.0	Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu? (D ve E1 rolü hastaneler muaftr.)
		2.AS.9.1	Acil serviste konsültasyonun istem zamanı ve konsültasyonun gerçekleşme zamanı SBYS'de kayıt altına alınarak "Uzman Hekim Konsültasyon Gerçekleştirme Süreleri Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.AS.9.2	Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajı gönderilmelidir.
32	ACİL SERVİS HİZMETLERİ	2.AS.10.0	Acil serviste istenen tetkiklerin sonuç verme süreleri ölçülüyor mu? (D ve E1 rolü hastaneler muaftr.)
		2.AS.10.1	Acil serviste istenen tetkiklerin (Hemogram, Biyokimya, TİT, kardiyak enzimler, USG, BT, direkt grafi vb.) sonuç verme süreleri, SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir
33	SERVİS HİZMETLERİ	2.S.1.0	Yataklı servis konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu? (D ve E1 rolü hastaneler muaftr.)
		2.S.1.1	Servislerden istenen konsültasyonların gerçekleşme süreleri her bir hekim ve branş için aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.S.1.2	Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb.yöntemler ile gönderilmelidir.
34	SERVİS HİZMETLERİ	2.S.2.0	Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?
		2.S.2.1	Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.
		2.S.2.2	Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.S.2.3	Sağlık tesisinde palyatif bakım hizmetlerine ait veriler aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
35	PALYATİF BAKIM	2.PB.1.0	Palyatif bakım hizmetlerinin etkinliğine yönelik düzenlemeler yapılıyor mu?
		2.PB.1.1	Sağlık tesisinde palyatif bakımlara ait istatistiki veriler SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.PB.1.2	Palyatif bakım hastalarının en uzun ve en kısa yatış sürelerinin 3 aylık analizi yapılarak yönetimle paylaşılmalıdır.



SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.PB.1.3	Sağlık tesisi yönetimi, palyatif bakım işleyiş süreçlerinin takip edilmesi ve sorunlarının tespiti amacıyla palyatif bakım sorumlu hekim ve hemşiresi ile ayda bir kez toplantı yapmalı ve toplantı tutanakları kayıt altına alınmalıdır.
		2.PB.1.4	Sağlık tesisinde bulunan palyatif bakımlarda gerekli durumlarda sosyal çalışmacıdan “Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formu” doldurularak destek alınmalıdır (Sosyal çalışmacı bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)
		2.PB.1.5	Palyatif bakımlarda hastaların tedavi sürecine fizik tedavi kliniğinin katılımı sağlanmalı, yapılan uygulamalar ve tedaviler palyatif bakım hasta takip formunda kayıt altına alınmalıdır.
		2.PB.1.6	Palyatif bakımda bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında devreden ve devralan hekim adı soyadı/kaşesi ile devir tarih ve saati belirtilerek palyatif bakım hasta gözlem/takip formunun imzalanması suretiyle kayıt altına alınmalıdır. Palyatif bakım hemşirelerinin vardiya/nöbet devirleri de benzer şekilde yapılmalıdır.
		2.PB.1.7	Palyatif bakım hastaları için öncelikli yatış sistemi oluşturulmalıdır.
36	PALYATİF BAKIM	2.PB.2.0	<b>Sağlık tesisinde palyatif bakım konsültasyon ekibi oluşturulmalıdır.</b>
		2.PB.2.1	Sağlık tesisinde palyatif bakım konsültasyon ekibi oluşturulmalıdır.
		2.PB.2.2	Palyatif bakım konsültasyon ekibi diğer kliniklerde yatarak tedavi edilen ve palyatif bakım gereksinimi olan hastalara hizmet sunmalıdır.
37	PALYATİF BAKIM	2.PB.3.0	<b>Palyatif bakımda multidisipliner ekip aktif rol almalıdır.</b>
		2.PB.3.1	Palyatif bakımda diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, manevi bakım hizmeti aktif rol almalı ve hasta ziyareti gerçekleştirerek ziyaretine yönelik gerekli kayıtları tutmalıdır.
		2.PB.3.2	Palyatif bakım multidisipliner ekibin hastaya ayırdığı zaman Yönetici Takip Ekranı ile takip edilmelidir.
38	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	2.YB.1.0	<b>Yoğun bakım hizmetlerinin etkinliğine yönelik düzenlemeler yapıyor mu?</b>
		2.YB.1.1	Sağlık tesisinde bulunan tüm yoğun bakımlara ait istatistik veriler SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
		2.YB.1.2	Yoğun bakımda bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında devreden ve devralan hekim adı soyadı/kaşesi ile devir tarih ve saati belirtilerek yoğun bakım hasta gözlem/takip formunun imzalanması suretiyle kayıt altına alınmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin vardiya/nöbet devirleri de benzer şekilde yapılmalıdır.
39	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	2.YB.2.0	<b>Yoğun bakımlarda konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapıyor mu?</b>
		2.YB.2.1	Yoğun bakımlardan istenen konsültasyonların gerçekleşme süreleri her bir hekim ve branş için aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
		2.YB.2.2	Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb.yöntemler ile gönderilmelidir.
40	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	2.YB.3.0	<b>Yoğun bakımlarda bası yarası ile ilgili verilerin takibi yapıyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.YB.3.1	Bası yarası oluşum risk değerlendirmesi için standart bir ölçek kullanılmalı, bası yarası varsa; lokalizasyonu, evre ve ebatları kayıt edilmelidir.
		2.YB.3.2	Yoğun bakım hastalarında bası yarasının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı ve her pozisyon verildiğinde yoğun bakım hasta takip/gözlem formuna kaydedilmelidir.
		2.YB.3.3	Bası yarası gerçekleşen hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ve seansları kayıt altına alınmalıdır.
41	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	2.YB.4.0	<b>Yoğun bakımlar ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.YB.4.1	Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme (yatak düzenlemesi, merkezi monitorizasyon sistemi vb.) yapılmalıdır.
		2.YB.4.2	Yenidoğan yoğun bakımlarda gürültü seviyesi ölçülmeli, ölçüm sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		2.YB.4.3	Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunmalı ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmemelidir.
		2.YB.4.4	Yenidoğan yoğun bakımlarda uygun şartlarda anne uyum odası oluşturulmalıdır.
42	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	2.YB.5.0	<b>İl Sağlık Müdürlüğü tarafından periyodik aralıklarla erişkin yoğun bakım ünitelerinin denetimleri yapılıyor mu?</b>
		2.YB.5.1	İl Sağlık Müdürlüğü tarafından periyodik aralıklarla yapılan erişkin yoğun bakım ünitelerinin denetimleri sonucu oluşturulan raporlar yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
		2.YB.5.2	Sağlık tesisi, erişkin yoğun bakım boş yatak sayıları ASOS (Acil Sağlık Otomasyon Sistemi) ile uyumlu olmalıdır.
43	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	2.D.1.0	<b>Sağlık tesisinde gerçekleşen doğumların takibi yapılıyor mu?</b>
		2.D.1.1	Sağlık tesisinde görev yapan her bir kadın doğum uzmanının gerçekleştirdiği primer sezaryen sayısı ve oranı aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.D.1.2	Sağlık tesisinde görev yapan her bir ebeğin gerçekleştirdiği/eşlik ettiği doğum sayısı SBYS üzerinde oluşturulacak olan "Yönetici Takip Ekranı" ile aylık olarak takip edilmelidir.
		2.D.1.3	Normal doğum sonrası ile sezaryenle doğum sonrası kalış sürelerinin takibi SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile yapılmalıdır.
44	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	2.D.2.0	<b>Sağlık tesisinde doğan bebekler için aileye yenidoğan tarama testleri vb. konularda bilgilendirme yapılıyor mu?</b>
		2.D.2.1	Sağlık tesisinde doğan bebekler için aileye yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı hakkında SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.
45	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	2.A.1.0	<b>Sağlık tesisinde gerçekleşen ameliyatlara ilişkin verilerin takibi yapılıyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.A.1.1	Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı" ve ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
46	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	2.ST.1.0	<b>Sağlık tesisinde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyon ve dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?</b>
		2.ST.1.1	Poliklinik, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, servislerde vb muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
		2.ST.1.2	Kullanılan yüksek düzey dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı, etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
47	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	2.ST.2.0	<b>Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?</b>
		2.ST.2.1	İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.
		2.ST.2.2	Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.
		2.ST.2.3	Vakum kaçak testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		2.ST.2.4	Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		2.ST.2.5	Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.
		2.ST.2.6	Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından "Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu" ile SBYS üzerinden üçer aylık dönemler halinde takip edilmelidir.
48	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	2.ST.3.0	<b>Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?</b>
		2.ST.3.1	Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposu toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır.
		2.ST.3.2	Sterilizasyon ünitesi ve/veya ameliyathane ana steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		2.ST.3.3	Acil servis, diş, cerrahi polikliniği vb. gibi birimlerde kullanımda olan steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir.
		2.ST.3.4	Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.
		2.ST.3.5	Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.
49	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.1.0	<b>Sağlık tesisine ait verilerin "Dinamik Veri Giriş Platformuna" uygun şekilde girişi yapılıyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.GD.1.1	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nce belirlenen parametrelere ait veriler, sağlık tesisi tarafından "Dinamik Veri Giriş Platformuna" aylık olarak girilmelidir.
		2.GD.1.2	Sağlık tesisi yönetimi kendi bünyesinde oluşan verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu bir asil, bir yedek olmak üzere iki personel görevlendirmelidir.
		2.GD.1.3	Dinamik veri giriş platformuna girilen veriler ile Yönetici Takip Ekranlarında oluşan veriler uyumlu olmalıdır.
50	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.2.0	<b>Sağlık tesisinde Yönetici Takip Ekranlarının etkin kullanımı ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?</b>
		2.GD.2.1	Sağlık tesisinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açılmalıdır.
51	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.3.0	<b>Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini artırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?</b>
		2.GD.3.1	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.
		2.GD.3.2	Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve şikayetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
		2.GD.3.3	Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.
		2.GD.3.4	Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
52	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.4.0	<b>Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizler yapılıyor mu?</b>
		2.GD.4.1	Hasta ve yakınlarının talep ve önerileri sağlık tesisi tarafından değerlendirilerek analizi yapılmalıdır. Değerlendirme sonuçları üst yönetim ile paylaşılmalıdır.
53	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.5.0	<b>Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?</b>
		2.GD.5.1	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır. Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.
		2.GD.5.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.
54	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.6.0	<b>Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?</b>
		2.GD.6.1	Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		2.GD.6.2	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
55	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.7.0	<b>Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?</b>
		2.GD.7.1	Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırılmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.
56	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.8.0	<b>Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?</b>
		2.GD.8.1	Tehlikeli ve tıbbi atık torbaları üzerinde hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalıdır. Tehlikeli atıklar (EWC kod bazında) ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (SBYS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.
		2.GD.8.2	Birim bazlı tıbbi atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.
		2.GD.8.3	EWC kod bazında tehlikeli atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.
		2.GD.8.4	Tıbbi ve Tehlikeli Atıkların maliyeti yönetim tarafından takip edilmelidir.
		2.GD.8.5	Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı, diyaliz seans sayısı vb parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.
57	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.9.0	<b>Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapılıyor mu?</b>
		2.GD.9.1	Sağlık tesisinde uygulanacak tam kan ve eritrosit konsantrisi cross-match sayısının transfüzyon sayısına oranı takip edilmelidir.
		2.GD.9.2	Kan ve kan bileşenleri imha oranları takip edilmelidir.
58	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.10.0	<b>Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.GD.10.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahripine karşı tedbirler alınmalıdır.
		2.GD.10.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		2.GD.10.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		2.GD.10.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
59	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.11.0	<b>Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?</b>
		2.GD.11.1	Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
60	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.12.0	Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?
		2.GD.12.1	Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.
		2.GD.12.2	Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescili olmalıdır.
		2.GD.12.3	Evde sağlık hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.
		2.GD.12.4	Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.
		2.GD.12.5	Evde sağlık hizmeti verileri SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.GD.12.6	Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
61	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.13.0	Sağlık tesisinde hasta taburcu işlemleri ile Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri uygun şekilde yapılıyor mu?
		2.GD.13.1	Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir. Epikrizde; a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular, c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, g) Taburcu olan anneye; yenidoğan bakımı, yenidoğan taramaları, anne sütü, üreme sağlığı ile ilgili verilen eğitim kayıtları ve ğ)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır
		2.GD.13.2	Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
		2.GD.13.3	Klinik kodlayıcılar TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan hasta dosyalarının analizini yapmalıdır.
		2.GD.13.4	Klinikler/servislerde aylık taburcu olan hasta sayısı ve TİG veri sistemine kaydedilen hasta sayısı takip edilmelidir.
		2.GD.13.5	Sağlık tesisi yönetimi tarafından yapılan analizler SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile değerlendirilmelidir.
62	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.14.0	Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.GD.14.1	Mesai ve nöbet takip sistemi SBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.
		2.GD.14.2	Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.
63	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.15.0	<b>Sağlık tesisinde sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu? (Sağlık Turizmi Yetki Belgesi bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)</b>
		2.GD.15.1	Sağlık tesisinde Uluslararası Sağlık Turizmi Birimi oluşturulmalıdır.
		2.GD.15.2	Sağlık tesisinde ihtiyaç duyulan yabancı dillerde tercüman bulunmalıdır.
		2.GD.15.3	Sağlık tesisinde sağlık turizmine yönelik fiyatlandırma, muhasebeleştirme gibi iş ve işlemlerin girişlerinin yapılması için SBYS’de ayrı bir alan tanımlanmalıdır.
		2.GD.15.4	Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastaların kayıt süreçlerinde; Yabancı Hasta Türü sisteminden, statüleri kapsamında sağlık turizmi veya turistin sağlığı butonu seçilmek sureti ile hasta kayıt süreci başlatılmalıdır.
		2.GD.15.5	Sağlık tesisinde sağlık turizmine yönelik yabancı dilde web sitesi hazırlanmalıdır.
		2.GD.15.6	Sağlık tesisi, Sağlık Turizmi Yetki Belgesi başvuru tarihinden / denetimden önce yapılan, son sağlıkta kalite standartları değerlendirmesinden, asgari 85 puan almış olmalıdır.
		2.GD.15.7	Uluslararası sağlık turistinin sağlık hizmet ödemelerini sağlık tesisine ulaşmadan önce (Yurt dışı dahil) depozito olarak hastanenin hesabına yatırabileceği uluslararası açık hesap oluşturulmalıdır.
		2.GD.15.8	Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, Bakanlıkça yayımlanan “Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi” /“Uluslararası Sağlık Turizmi Ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik” Kapsamındaki Kişilere Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırma Usul Ve Esaslarına ( Ek-2A) uygun fiyatlandırılmalıdır.
64	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.16.0	<b>Dijital hastane geçiş süreci ile ilgili asgari düzenlemeler yapılıyor mu?</b>
		2.GD.16.1	Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere SBYS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.
		2.GD.16.2	e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.
		2.GD.16.3	Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.
65	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.17.0	<b>Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi yapılıyor mu?</b>
		2.GD.17.1	Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.GD.17.2	Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler ilgili branş hekimi tarafından gerçekleştirilmelidir
		2.GD.17.3	Sağlık tesisinden kurum dışı yapılan sevkler Acil servis sorumlu başhekim yardımcısının bilgisi dahilinde yapılmalıdır.
		2.GD.17.4	Mesai saatleri dışında gerçekleştirilen sevklerde nöbetçi idari hekim sevk sürecine dahil olmalıdır.
		2.GD.17.5	Yoğun Bakım boş dolu yatak sayıları acil servis sorumlu hekimi ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından takip edilmelidir.
66	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.18.0	<b>Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi yapılıyor mu?</b>
		2.GD.18.1	Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı (YTE)" ile takip edilmelidir.
67	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.19.0	<b>Sağlık Kurulu Birimine erişim kolay olmalıdır.</b>
		2.GD.19.1	Sağlık kurulu birimine erişim kolay olmalıdır
		2.GD.19.2	Sağlık kurulu biriminde hasta kayıt kabul alanı oluşturulmalıdır.
		2.GD.19.3	Hasta kayıt alanında hasta WEBCAM görüntüleme işlemi (fotoğraf çekme)kimlik eşleştirmesi yapılmalıdır. Fotoğrafi çekilmiş hastanın Odyoloji, SFT, görüntüleme,kan alma gibi hizmetlerde görüntülü kimlik eşleştirmesi sisteme entegre edilmelidir.
		2.GD.19.4	Sağlık kurulu biriminin bulunduğu alanda ilgili sağlık personelinin (hekim, fizyoterapist, ergoterapist, odyolog, psikolog, sosyal çalışmacı ve ilgili meslek personeli) değerlendirme ve görüşmelerini yapabileceği bir oda düzenlenmelidir (Çocuk özel gereksinim raporu düzenlenen hastaneler için değerlendirme yapılmalıdır)
		2.GD.19.5	Sağlık kurulu biriminin konumlandırıldığı alanda dinlenme alanı düzenlenmelidir.
		2.GD.19.6	Sağlık tesisi yönetimi Ulusal Engelliler Veri Bankası kullanıcıları tanımlanmalıdır.
68	GENEL DEĞERLENDİRME	2.GD.20.0	<b>İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlık tesislerinin periyodik aralıklarla Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirilmesi yapılıyor mu?</b>
		2.GD.20.1	İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlık tesislerinin periyodik Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirmesi yapılmalıdır.
		2.GD.20.2	Temizlik Hizmetleri Yerinde Değerlendirme raporundan en az 85 puan almış olmalıdır.
69	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.1.0	<b>Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?</b>
		2.EH.1.1	Sağlık tesisi eczanesinde aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.



SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
70	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.2.0	<b>Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?</b>
		2.EH.2.1	Sağlık tesisi envanteri dahilinde bölünebilir ve ezilebilir ilaç listesi oluşturulmalıdır. Bölünme veya ezilme sonrası ilaçların stabilite bilgileri, muhafaza koşulları ve özellikle bölünüp ezilemeyen ilaçlara ilişkin bilgi listede yer almalıdır. Sağlık personeli listelere erişimi sağlayabilmelidir.
		2.EH.2.2	Tabletlerde doz ayarlamasının yapılması veya yutulamayan tabletlerin toz haline getirilmesi için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet kesme ve ezme aparatları bulundurulmalı ve kullanılmalıdır. Aparatların temizlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.
71	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.3.0	<b>Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hastalara ilaç kullanımı konusunda bilgi veriliyor mu?</b>
		2.EH.3.1	Yatan hastalara eczacı tarafından özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.
		2.EH.3.2	Eczacılar tarafından servislerde ilaç tedavisi izlem ve değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
		2.EH.3.3	Sağlık ile ilgili önemli gün ve haftalarda (Diyabet Günü, Ulusal Kanser Haftası, Dünya Astım Günü, vb.) hastane içerisinde hasta ve hasta yakınlarının ulaşabileceği yerlerde o güne özel belirlenen konu ile ilgili afiş, broşür vb. dokümanlar (tercihen dijital ortamda olmak üzere) ile eczacı tarafından ilaç danışmanlığı, bilgilendirme ve eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
72	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.4.0	<b>Soğuk zincire tabi olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Soğuk Zincire Tabi İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Yönetim Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?</b>
		2.EH.4.1	Sağlık tesisi envanteri dahilinde soğuk zincire tabi ilaç listesi oluşturulmalı ve liste envantere yeni eklenen ilaçlar doğrultusunda güncellenmelidir. Sağlık personeli listelere erişimi sağlayabilmelidir.
		2.EH.4.2	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte ilaçların soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.
		2.EH.4.3	Soğuk zincire tabi ilaçlar; hastane eczanesinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında gerçek zamanlı uyarı veren (sesli, görsel ve mesaj yoluyla) dijital dereceler/sistemler gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital veri aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir.
		2.EH.4.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar; sağlık tesisi içinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda transfer edilmelidir. Soğuk zincire tabi ilaçların transferi sırasında, uyarı veren dijital derece/indikatörlü etiket gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		2.EH.4.5	Sağlık tesisinin stok fazlası, ihtiyaç fazlası olarak gönderdiği veya kabul ettiği soğuk zincire tabi ilaçların transferi, soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital derece gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		2.EH.4.6	Sağlık tesisleri arasında soğuk zincire tabi ilaç transferi kargo firması aracılığı ile gerçekleştiriliyorsa firma kaynaklı soğuk zincirin kırılması durumunda kamu zararının oluşmaması için, kargo firması ile yapılacak anlaşmada zararın firmaya rücu edileceği belirtilmelidir.
73	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.5.0	<b>İlaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun olarak gerçekleştiriliyor mu?</b>
		2.EH.5.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
		2.EH.5.2	Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına” uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
		2.EH.5.3	İlaç hazırlama ve uygulama sürecinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “İlaç Geçimsizliği Talimatına” uygun hareket edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.EH.5.4	Narkotik (Kırmızı) ve Psicotrop (Yeşil) ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psicotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		2.EH.5.5	Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		2.EH.5.6	Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçlara ait sistem üzerinden yapılan bildirimler, SBYS eczane modülünde servis, birim bazlı ve toplam olarak görülmeli, SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
74	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.6.0	<b>Eczacı İnsan Kaynağı Platformuna veri girişi yapıyor mu?</b>
		2.EH.6.1	Sağlık tesisinde görev yapan tüm eczacıların verileri Eczacı İnsan Kaynağı Platformu'na girilmelidir.
75	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.7.0	<b>Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler konusunda; sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda İl Sağlık Müdürlüğünde veya bağlı sağlık tesislerinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)</b>
		2.EH.7.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemeler konusunda sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir; *Akılcı ilaç kullanımı, *İlaçların stabilitesi, *İlaç geçimsizliği, *İlaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, *Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar, *Tehlikeli ilaçların güvenli uygulamaları, *İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimi, *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, *Pediatriye güvenli ilaç uygulamaları, *Gebelik ve laktasyonda ilaç uygulamaları, *Geriatride güvenli ilaç uygulamaları, *Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimi, *İlaç Hazırlama Teknikleri, *Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.), *Nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri, *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları, *Akılcı antibiyotik kullanımı.
		2.EH.7.2	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç - tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		2.EH.7.3	Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.
76	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.8.0	<b>SBYS' de ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.EH.8.1	İlaç-ilaç etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir.
		2.EH.8.2	Albumin kullanım ikazları SBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.
		2.EH.8.3	Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre hastaya uygulanabilmesi için rapor gerektiren ilaçların ve rapor türünün (tek hekim raporu, sağlık raporu vs.) listesi oluşturulmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir.
		2.EH.8.4	Gebelik ve emzirme döneminde kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp SBYS'ye entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
		2.EH.8.5	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar SBYS eczane modülünde görülmelidir.
		2.EH.8.6	Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve SBYS' ye entegre edilmelidir.
		2.EH.8.7	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için SBYS uyarı vermelidir.
		2.EH.8.8	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.EH.8.9	Özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.EH.8.10	SBYS eczane modülünde hastane eczanesinden servise çıkılan ilaç/tıbbi sarf malzemeleri için hekim bazlı sınıflandırma yapılarak rapor alınabilmelidir.
		2.EH.8.11	İlaçların günlük kullanılacak maksimum dozları sistemde belirlenmeli ve doz aşımı olması durumunda onay ekranında eczacıya uyarı vermelidir.
		2.EH.8.12	SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin hastane/servis/özellikli birimler için günlere/aylara göre; order sayısı, etken madde bazlı order ortalama ilaç sayısı, etken madde bazlı ilaç order edilme oranı, vb. bilgiler görülebilmeli ve tüketim bilgilerine göre servis/özellikli birimler karşılaştırılabilmelidir.
		2.EH.8.13	SBYS'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Medikal depo/eczanedan yapılan toplu istemlerde belirlenen 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzeme miktarı doğrultusunda istem karşılama modülünde yönlendirme yaparak uyarı vermelidir.
		2.EH.8.14	Son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
77	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.9.0	<b>İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun yapıyor mu?</b>
		2.EH.9.1	SBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halinde kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi SBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.
		2.EH.9.2	Servis ve özellikli birimlerden yapılan ilaç order iadeleri SBYS' de oluşturulacak "Order İade Oranı Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.EH.9.3	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzeme iade oranları düşürmek için gerekli önlemler alınmalıdır.
78	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.10.0	<b>Order onaylanması ve hasta bazlı ilaç hazırlama işlemi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?</b>
		2.EH.10.1	İlaç orderları eczacı tarafından gözden geçirilmeli; değişiklik önerisi varsa hekime SBYS üzerinden geri bildirimde bulunmalı, değişiklik önerisi yoksa onaylamalıdır.
		2.EH.10.2	İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		2.EH.10.3	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi, servis ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır
		2.EH.10.4	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		2.EH.10.5	Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa bu kriter muafır.)
		2.EH.10.6	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
79	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.11.0	<b>Antienfektif İlaçların tüketim takibi yapılıyor mu? (D ve E1 rolü hastanelerde Muaf tutulacaktır)</b>
		2.EH.11.1	Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci SBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir.)
		2.EH.11.2	Sağlık tesisinde ATC 2. Düzey Grubu J01 ve J02 olan ilaçların bölüm bazlı tüketimleri SBYS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.
		2.EH.11.3	Sağlık tesisinde ATC 2. Düzey Grubu J01 ve J02 olan ilaçların bölüm bazlı tüketimleri Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.
80	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.12.0	<b>Sağlık tesisinde ilaç yönetimi mevzuatlara uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)</b>
		2.EH.12.1	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.
		2.EH.12.2	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.
		2.EH.12.3	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.
		2.EH.12.4	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.EH.12.5	Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçların bildirim SBYS üzerinden Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.
		2.EH.12.6	İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi erişim sağlanabilmeli ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		2.EH.12.7	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		2.EH.12.8	İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		2.EH.12.9	İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve SBYS'de görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		2.EH.12.10	İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		2.EH.12.11	Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		2.EH.12.12	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
81	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.13.0	<b>Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi mevzuatlara uygun yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)</b>
		2.EH.13.1	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.
		2.EH.13.2	Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve SBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.
		2.EH.13.3	Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		2.EH.13.4	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.
		2.EH.13.5	Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesisleri bu kriterden muaf tutulacaktır.)
82	ECZACILIK HİZMETLERİ	2.EH.14.0	<b>Hastane eczanesinden ilgili birimlere (servis, yoğun bakım vb.) gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olacak şekilde muhafaza ediliyor mu?</b>
		2.EH.14.1	Hastane eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		2.EH.14.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
83	MEDİKAL DEPO	2.MD.1.0	<b>Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.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.
84	MEDİKAL DEPO	2.MD.2.0	<b>MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?</b>
		2.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.
85	MEDİKAL DEPO	2.MD.3.0	<b>Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapıyor mu?</b>
		2.MD.3.1	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.
		2.MD.3.2	Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar hakkında ilgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire, vb.) eğitim verilmelidir. Bir malzemedeki kaynaklı olumsuz olayın meydana gelmesi durumunda yapılacak olumsuz olay bildirim işlemi bilinmelidir.
		2.MD.3.3	Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.
86	MEDİKAL DEPO	2.MD.4.0	<b>Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?</b>
		2.MD.4.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
87	MEDİKAL DEPO	2.MD.5.0	<b>İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?</b>
		2.MD.5.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, SBYS sistemine girişi yapılmalıdır. Stok seviyesi, minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde SBYS sistemi uyarı vermelidir.
		2.MD.5.2	Sağlık tesisi özelinde kritik öneme sahip ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin belirlenen stok seviyelerinin altına düşmesi durumunda, depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS ile bildirilmelidir.
88	MEDİKAL DEPO	2.MD.6.0	<b>Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?</b>
		2.MD.6.1	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
89	MEDİKAL DEPO	2.MD.7.0	<b>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?</b>
		2.MD.7.1	Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
		2.MD.7.2	Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
		2.MD.7.3	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.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.MD.7.4	Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
90	MEDİKAL DEPO	2.MD.8.0	<b>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.)</b>
		2.MD.8.1	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile SBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.
91	MEDİKAL DEPO	2.MD.9.0	<b>Medikal depolarında yapılan kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>
		2.MD.9.1	Yapılacak her kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.
		2.MD.9.2	Taşınır türüne göre tutanak ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.
		2.MD.9.3	Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		2.MD.9.4	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		2.MD.9.5	Kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
92	MEDİKAL DEPO	2.MD.10.0	<b>Sağlık tesisi bünyesinde "İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulmuş mu?</b>
		2.MD.10.1	Sağlık tesisi bünyesinde "İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir.
93	MEDİKAL DEPO	2.MD.11.0	<b>Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi talimata uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?</b>
		2.MD.11.1	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		2.MD.11.2	Tehlikeli maddelerin dökülmesi, saçılması ve maruz kalınması durumunda yapılacaklar bilinmeli, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
94	MEDİKAL DEPO	2.MD.12.0	<b>Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan rehber ve talimatlarda belirtilen fiziki koşullara sahip mi?</b>
		2.MD.12.1	Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.
		2.MD.12.2	Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		2.MD.12.3	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.



SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.MD.12.4	Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		2.MD.12.5	Medikal depoların temizliği, Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
95	MEDİKAL DEPO	2.MD.13.0	<b>Medikal depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.MD.13.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		2.MD.13.2	Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.
		2.MD.13.3	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		2.MD.13.4	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		2.MD.13.5	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
96	MEDİKAL DEPO	2.MD.14.0	<b>Medikal depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?</b>
		2.MD.14.1	Medikal depolarda/eczanede ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		2.MD.14.2	Medikal depolarda, sıcaklık ve nem referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren (sesli, görsel, mesaj ve elektornik posta) veri aktarımı yapabilen dijital derece/sistemler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. Dijital derece/sistemlerden rapor alınabilmeli ve elektronik olarak arşivlenmelidir.
		2.MD.14.3	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.)
97	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.1.0	<b>Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>
		2.TH.1.1	Enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.
		2.TH.1.2	Günlük kontrollere ait formlar tutulmalıdır.
		2.TH.1.3	Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.
98	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.2.0	<b>Havalandırma sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>



SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.TH.2.1	Merkezi havalandırma sistemlerinin, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.
		2.TH.2.2	Duvar ve salon tipi klimaların, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.
99	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.3.0	<b>Asansörlerin, güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		2.TH.3.1	Yeni veya mevcut asansörlerin, ilgili idare (belediye - il özel idaresi) tarafından düzenlenmiş tescil belgesi olmalıdır.
		2.TH.3.2	Yılda en az bir kez A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılması gereken uygunluk kontrolüne göre, güncel tarihli periyodik kontrol (uygunluk) belgesi bulunmalıdır.
		2.TH.3.3	Kimlik numarasını gösteren gri renkli etiketler, kabin içerisine yapıştırılmış olmalıdır.
		2.TH.3.4	Kontrol (uygunluk) belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisine ve durak kapısı kasasının üzerine rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.
		2.TH.3.5	Etiket tarihinden itibaren kırmızı renkli asansörlerin 60 gün, sarı renkli asansörlerin ise 120 gün içerisinde uygunsuzlukları giderilmiş olmalıdır.
		2.TH.3.6	Günlük kontrol ve periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait formlar bulunmalıdır.
		2.TH.3.7	Arızada kalma sürelerini gösteren formlar tutulmalıdır.
100	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.4.0	<b>Sağlık tesisinde elektrik, su ve yakıt giderlerinin takibi yapılıyor mu?</b>
		2.TH.4.1	Enerji Tüketim Takip Modülüne elektrik, su ve yakıt faturalarının veri girişleri düzenli olarak yapılmış olmalıdır.
101	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.5.0	<b>Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>
		2.TH.5.1	Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.
		2.TH.5.2	Merkezi UPS'lerin bulunduğu oda sıcaklığı 20°- 25° arasında olmalı ve sıcaklık değerleri günlük kontrol çizelgeleri ile takip edilmelidir.
102	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.6.0	<b>Medikal gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>
		2.TH.6.1	Oksijen, azot, vakum ve medikal kuru havanın basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.
		2.TH.6.2	Olumsuz durumlarda sorumlu teknisyenler ve nöbetçi personeller tarafından rahatlıkla görülebilecek ve duyulabilecek mesafede, işitsel ve görsel uyarı veren aktif alarm sistemleri bulunmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.TH.6.3	Merkez ve kat kontrol panolarının, periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.
		2.TH.6.4	Medikal hava kompresörleri ve vakum pompalarının, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.
103	TEKNİK HİZMETLER	2.TH.7.0	<b>Validasyon hizmeti kapsamında yapılan işlemler standartlara uygun mu?</b>
		2.TH.7.1	Ameliyathane validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (asgari ISO Class 7 sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmeli, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.
		2.TH.7.2	Yoğun Bakım validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (3. ve 4. düzey yoğun bakımlar asgari ISO Class 8 ve üzeri sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmelidir. İlgili ölçümler 3. ve 4. düzey yoğun bakımlarda aranacak olup bütün izole odaların (solunum ve temas) ölçümü yapılmalı, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.
		2.TH.7.3	Biyogüvenlik kabinlerinin validasyon işlemleri TS EN 12469/ NSF/ANSI 49 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında asgari olarak hava akış hızı, hepa ve ulpa filtre sızdırmazlık, hava akış yönünün görselleştirme testleri ve alarm ve diğer fonksiyonların kontrolü yapılmalı, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.
		2.TH.7.4	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.
		2.TH.7.5	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.
104	AYNİYAT DEPO	2.AD.1.0	<b>Ayniyat depolarında Demirbaş Varlık Yönetimi (DVYS) olarak kullanılan yazılımlar, Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde aktif mi?</b>
		2.AD.1.1	Ayniyat demirbaş depolarında MKYS'ye entegre olarak kullanılan yazılımlar, KTS Demirbaş Varlık Yönetim Sistemi'nde belirtilen aktif DVYS firmalarından olmalıdır.
105	AYNİYAT DEPO	2.AD.2.0	<b>Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?</b>
		2.AD.2.1	Ayniyat depolarında yapılan ve muhasebe birimlerine gönderilmesi gereken (giriş, devir, hurda vb.) işlemlere ait taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
106	AYNİYAT DEPO	2.AD.3.0	<b>Ayniyat depolarında yapılan hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>
		2.AD.3.1	Yapılacak her hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.
		2.AD.3.2	İşlem ve taşınır türüne göre tutanak, teknik rapor ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.AD.3.3	Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		2.AD.3.4	Hurdaların teslimi için tür ve niteliğine göre; Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK), Milli Emlak Müdürlüğü, Valilik, Kaymakamlık veya Darphane gibi kuruluşlara resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		2.AD.3.5	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		2.AD.3.6	Teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş hurda teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.
		2.AD.3.7	Ekonomik değeri olmayan, teknik, sağlık, güvenlik gibi nedenlerle imha edilen taşınırlara ait, komisyon tarafından düzenlenmiş imha tutanağı bulunmalıdır.
		2.AD.3.8	Hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi, muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
		2.AD.3.9	Hurda teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemiş ve ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemiş olmalıdır.
107	AYNİYAT DEPO	2.AD.4.0	<b>Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene ve kabul komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?</b>
		2.AD.4.1	Ayniyat depolarına (tüketim-demirbaş) girişi yapılacak taşınırların muayene ve kabul komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi üye olarak bulunmalıdır.
108	AYNİYAT DEPO	2.AD.5.0	<b>MKYS/Depo Tanımlama İşlemleri ekranında tanımlı taşınır kayıt yetkililerinin göreve başlama ve ayrılış tarihleri girilmiş mi?</b>
		2.AD.5.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerinin, depo tanımlama işlemleri ekranındaki göreve başlama ve görevden ayrılış tarihleri il konsolide yetkilisi tarafından girilmiş olmalıdır.
109	AYNİYAT DEPO	2.AD.6.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yeni göreve başlayan taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?</b>
		2.AD.6.1	Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) ilgili yıl içinde yeni görevlendirilen taşınır kayıt yetkililerine, göreve başlangıç tarihinden itibaren 1 ay içinde il konsolide yetkilisi veya yardımcısı tarafından ilgili eğitimler verilmiş olmalıdır.
		2.AD.6.2	Düzenlenecek eğitime dair; eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler vb. bilgilerin yer aldığı resmi yazı, il konsolide yetkilisi veya yardımcısı tarafından yeni görevlendirilen taşınır kayıt yetkililerinin bulunduğu sağlık tesislerine yazılmış olmalıdır.
		2.AD.6.3	Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.
110	AYNİYAT DEPO	2.AD.7.0	<b>Ayniyat depolarının yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>
		2.AD.7.1	Ayniyat depolarının yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Başkanlığı) iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.
111	AYNİYAT DEPO	2.AD.8.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve yardım işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.AD.8.1	Sağlık tesisine yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.
		2.AD.8.2	Dilekçeye istinaden, bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.
		2.AD.8.3	Bağışın tutar ve miktarını belirten belge yok ise, sıfır tutarlı giriş yapılmayıp değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.
		2.AD.8.4	Bağış ve yardım işlemi genel bütçe girişli ise taşınır işlem fişi üst yazı ekinde, döner sermaye girişli ise muhasebe işlem fişi ekinde ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.
		2.AD.8.5	Taşınır işlem fişlerinin 1 nüshası üst yazı ile bağış ve yardımı yapana gönderilmiş olmalıdır.
112	AYNİYAT DEPO	2.AD.9.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan tüketimlerin onaylı çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde muhasebe birimlerine gönderiliyor mu?</b>
		2.AD.9.1	Tüm depolara ait döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra, 1'er aylık dönemlerde ayın altısına kadar muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
		2.AD.9.2	Tüm depolara ait genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra, 3'er aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili defterdarlık veya malmüdürlüğüne gönderilmiş olmalıdır.
113	AYNİYAT DEPO	2.AD.10.0	<b>Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, kullanıma verme (zimmet) işlemleri güncel olarak yapılıyor mu?</b>
		2.AD.10.1	Dayanıklı taşınırlar kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.
		2.AD.10.2	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.
		2.AD.10.3	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.
114	AYNİYAT DEPO	2.AD.11.0	<b>Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) MKYS/TDMS ve MKYS/YBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?</b>
		2.AD.11.1	Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		2.AD.11.2	Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/YBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
115	AYNİYAT DEPO	2.AD.12.0	<b>Yılsonu taşınır mal yönetim hesabı için, gerekli cetvel ve belgeler onaylı olarak düzenlenmiş mi?</b>
		2.AD.12.1	Döner sermaye ve genel bütçe taşınır mal yönetim hesabı için; yılsonu sayımına ilişkin sayım tutanağı, taşınır sayım ve döküm cetveli, harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetveli ve yıl sonu itibarıyla en son düzenlenen taşınır işlem fişinin sıra numarasını gösterir tutanak onaylı olarak hazırlanmış olmalıdır.
116	AYNİYAT DEPO	2.AD.13.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında, ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.AD.13.1	Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
117	AYNİYAT DEPO	2.AD.14.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?</b>
		2.AD.14.1	Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.
		2.AD.14.2	Taşınırların 2. düzey hesap kodunda, fiyat veya miktarında yapılan düzeltme işlemlerine ait taşınır işlem fişleri; genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.
118	AYNİYAT DEPO	2.AD.15.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?</b>
		2.AD.15.1	Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
119	AYNİYAT DEPO	2.AD.16.0	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?</b>
		2.AD.16.1	Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansımaları için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.
120	AYNİYAT DEPO	2.AD.17.0	<b>MKYS'de kayıtlı miktarlar ile depodaki fiili stoklar birbiri ile uyumlu mu?</b>
		2.AD.17.1	MKYS aynıyat depolarında kayıtlı stok miktarları ile, aynıyat depolardaki fiili stok miktarları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
121	AYNİYAT DEPO	2.AD.18.0	<b>Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların, kayıtlara alınması için gerekli düzeltme işlemleri yapılmış mı?</b>
		2.AD.18.1	Düzeltilme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.
		2.AD.18.2	Değer tespit komisyonu tarafından tıbbi donanımların tutarları, edinim yılları dikkate alınarak belirlenmiş olmalıdır.
		2.AD.18.3	Tıbbi donanımların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar biyomedikal depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		2.AD.18.4	Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan tıbbi donanımların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile aynıyat demirbaş depoda yeniden kayıt altına alınmış olmalıdır.
		2.AD.18.5	Yapılan işleme ait taşınır işlem fişleri genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.
122	AYNİYAT DEPO	2.AD.19.0	<b>Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?</b>
		2.AD.19.1	Aynıyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.AD.19.2	Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı/Detay Bilgileri ekranında aracın durumu (Faal/Faal Değil/Hurdaya Ayırma/Devredildi) ve faal değil ise çalışmama nedeni (Elektrik/Mekanik/Yakıt Arızası/Kaza Durumu/İklim Şartları/Personel Eksikliği/Muayene Sorunu) belirtilmiş olmalıdır.
		2.AD.19.3	Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış ve ihale detay bilgileri girilmiş olmalıdır.
		2.AD.19.4	Maliye Bakanlığı Kamu Filo Yönetim Sistemine genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı araçların veri girişi için personel görevlendirilmiş olmalıdır.
		2.AD.19.5	MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş (özmal) ve hizmet alımı (geçici tahsis) araç verileri ile Kamu Filo Yönetim Sistemindeki veriler birbiriyle uyumlu olmalıdır.
123	AYNİYAT DEPO	2.AD.20.0	<b>Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?</b>
		2.AD.20.1	Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.
124	AYNİYAT DEPO	2.AD.21.0	<b>Ayniyat dayanaklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?</b>
		2.AD.21.1	Ayniyat dayanaklı taşınırlara; taşınırın adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler %90 oranının üzerinde yapıştırılmış ve etiket bilgileri güncel olmalıdır.
125	AYNİYAT DEPO	2.AD.22.0	<b>Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?</b>
		2.AD.22.1	Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.
		2.AD.22.2	Malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		2.AD.22.3	Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.
		2.AD.22.4	Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.
		2.AD.22.5	Malzeme yerleşim listesi ve raf krokisi bulunmalı, güncel liste ve krokiye göre raflar etiketlenmiş olmalıdır.
126	AYNİYAT DEPO	2.AD.23.0	<b>Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?</b>
		2.AD.23.1	Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		2.AD.23.2	Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		2.AD.23.3	Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.AD.23.4	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
127	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.1.0	<b>Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?</b>
		2.KM.1.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirimini amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)
		2.KM.1.2	KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.
		2.KM.1.3	KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır. (İl Sağlık müdürlüğü tarafından ödemesi gerçekleştirilen KMBYS değerlendirmeye tabidir.)
128	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.2.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS' de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?</b>
		2.KM.2.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren güncel etiketler %90 oranının üzerinde yapıştırılmış olmalıdır.
		2.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.
129	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.3.0	<b>MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?</b>
		2.KM.3.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
		2.KM.3.2	Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.
130	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.4.0	<b>MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?</b>
		2.KM.4.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
		2.KM.4.2	MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde belirtilen 14 farklı biyomedikal cihazın verileri uyumlu olmalıdır.
131	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.5.0	<b>Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?</b>
		2.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.
		2.KM.5.2	Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.KM.5.3	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınlara 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.
132	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.6.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?</b>
		2.KM.6.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınlara yönelik kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar; eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		2.KM.6.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar klinik mühendislik hizmet birimlerinde olmalıdır.
133	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.7.0	<b>Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?</b>
		2.KM.7.1	Sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri sorumlularına İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.
		2.KM.7.2	Sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri sorumlularına İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.
		2.KM.7.3	Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.
134	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.8.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınlara ait aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?</b>
		2.KM.8.1	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınlara ait aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		2.KM.8.2	Biyomedikal dayanıklı taşınlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS' de güncel olmalıdır.
135	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.9.0	<b>Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınlara ait %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?</b>
		2.KM.9.1	Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınlara ait %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.
		2.KM.9.2	Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınlara ait garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.
		2.KM.9.3	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınlara ait aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
136	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.10.0	<b>Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınlara ait arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?</b>
		2.KM.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınlara ait arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.
137	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.11.0	<b>Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınlara ait kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?</b>



SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.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.
138	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.12.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?</b>
		2.KM.12.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		2.KM.12.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
139	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.13.0	<b>Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?</b>
		2.KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		2.KM.13.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		2.KM.13.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		2.KM.13.4	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen işlem tutarı ile TDMS 740.03.07.03.02.02.01 "Bakım Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
		2.KM.13.5	Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen "Arıza Sonrası Ölçümleme Hizmeti ve Periyodik Ölçümleme Hizmeti" toplam işlem tutarı ile TDMS 740.03.07.03.02.02.02 "Ölçümleme Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.
140	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.14.0	<b>Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?</b>
		2.KM.14.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		2.KM.14.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
141	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.15.0	<b>Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?</b>
		2.KM.15.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere klinik mühendislik hizmetleri personeli tarafından refakat edildiğine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.
142	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.16.0	<b>Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?</b>
		2.KM.16.1	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.
		2.KM.16.2	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.KM.16.3	Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
143	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.17.0	<b>Biyomedikal insan kaynakları yönetim platformuna veri girişi yapılıyor mu?</b>
		2.KM.17.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri birim personeli ve biyomedikal taşınır kayıt yetkililerinin verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu'na girilmelidir.
144	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.18.0	<b>Klinik Mühendislik Hizmetlerinin yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>
		2.KM.18.1	Klinik Mühendislik Hizmetlerinin yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.
145	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.19.0	<b>Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi uygun fiziki koşullara sahip mi? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftr.)</b>
		2.KM.19.1	Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, varsa borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.
		2.KM.19.2	Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.
		2.KM.19.3	Atölyede yeterli aydınlatma ve havalandırma sistemi olmalı, yangın tüpü bulunmalıdır.
		2.KM.19.4	Atölye çalışma tezgahı yanmaz, yüzeyi antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.
		2.KM.19.5	Atölye zemini PVC esaslı antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.
		2.KM.19.6	Atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.
146	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.20.0	<b>Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftr.)</b>
		2.KM.20.1	Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.
		2.KM.20.2	Bakım / onarımı yapılan cihazların sayısı, bakım /onarımını yapan personelin bilgisinin olduğu aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, hazırlanan bu rapor Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu – Klinik Mühendislik Hizmet Birimi Aylık Faaliyet Raporu' na işlenmelidir. Hazırlanan aylık faaliyet raporları üçer aylık dönemlerde harcama yetkilisine sunulmalıdır.
147	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.21.0	<b>Garanti kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti hüküm ve süreleri takip ediliyor mu?</b>
		2.KM.21.1	Sağlık tesisi tarafından temin edilen cihazlar ile il sağlık müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden gelen tüm Biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti hüküm ve süreleri takip edilmelidir. Takip formunda ihale kayıt numarası, garanti süresi, garanti başlangıç-bitiş tarihi (gün, ay ve yıl olarak), garanti hükümlerini sağlayacak firmanın teknik personel bilgileri ve resmi mail adresi olmalıdır.

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
148	KLİNİK MÜHENDİSLİK	2.KM.22.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik alınan teknik hizmetlerin (bakım,onarım) sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) TS 13703 veya TS 12426 standartları aranıyor mu?</b>
		2.KM.22.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara alınacak satış sonrası teknik hizmet sözleşmelerinde (bakım,onarım) hizmet alınmasına ilişkin TS 13703 veya TS 12426 standartları bulunmalıdır.
		2.KM.22.2	Satış sonrası teknik hizmet sözleşmesi imzalanan firmanın hizmet yeterlilik belgesi, TS 13703 veya TS 12426 standartlarına göre “Ürün/Hizmet/Laboratuvar Kapsamı” altında belirtilen içeriğe uygun olmalıdır.
149	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.1.0	<b>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.</b>
		2.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.
150	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.2.0	<b>Sağlık tesisinin biyomedikal depolarında yeni göreve başlayan taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?</b>
		2.BD.2.1	İlgili yıl içinde yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerine, depo yetkileri tanımlanma tarihinden itibaren 1 ay içinde İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik ilgili eğitimler verilmelidir.
		2.BD.2.2	Düzenlenecek eğitimlere dair; eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler vb. bilgilerin yer aldığı resmi yazı, İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerinin bulunduğu sağlık tesislerine yazılmış olmalıdır.
		2.BD.2.3	Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.
151	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.3.0	<b>Biyomedikal depolarının yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>
		2.BD.3.1	Biyomedikal depolarının yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Başkanlığı) iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.
152	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.4.0	<b>İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?</b>
		2.BD.4.1	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 hek sürecinde olanların verileri TSİM sayılarına dahil edilmeyecektir)
153	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.5.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?</b>
		2.BD.5.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.
		2.BD.5.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
154	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.6.0	<b>Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.BD.6.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi “Özellikli Sağlık Aracı olmalıdır.”
155	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.7.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>
		2.BD.7.1	Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.
		2.BD.7.2	H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmelidir.
		2.BD.7.3	Biyomedikal nitelikli dayanıklı taşınırların hurda, enkaz ve köhne (H.E.K.) süreçlerinde “Biyomedikal Teknik Servis ve Hurda İşlemlerinde Parasal Limitler” talimatına uygun hareket edilmelidir.
		2.BD.7.4	Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve limitler dahilinde ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		2.BD.7.5	Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		2.BD.7.6	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		2.BD.7.7	Hurdaları teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.
		2.BD.7.8	Hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
		2.BD.7.9	Hurda teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemiş ve ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemiş olmamalıdır.
156	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.8.0	<b>Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?</b>
		2.BD.8.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		2.BD.8.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
157	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.9.0	<b>Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?</b>
		2.BD.9.1	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınırın ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır ve bu alan istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		2.BD.9.2	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
158	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.10.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.
		2.BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede), tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TITUBB / ÜTS kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.
159	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.11.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?</b>
		2.BD.11.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		2.BD.11.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TITUBB / ÜTS barkod bilgisi bulunmalı, barkod bilgisi ile biyomedikal depo kayıtlarındaki cihaz bilgileri birbiri ile uyumlu olmalıdır.
160	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.12.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?</b>
		2.BD.12.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		2.BD.12.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
161	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.13.0	<b>Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” uygun yapılıyor mu?</b>
		2.BD.13.1	Biyomedikal Depo kapsamındaki tıbbi cihaz ve tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayların takibi için Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalı ve Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.
		2.BD.13.2	Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.
		2.BD.13.3	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.
162	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.14.0	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların taşınır teslim belgesi (zimmeth fişi) mevcut mu?</b>
		2.BD.14.1	Dayanıklı taşınırlar kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmethlenmiş olmalıdır.
		2.BD.14.2	Kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmeth sahibinde bulunmalıdır.
		2.BD.14.3	Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmeth) işlemleri, MKYS’de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		2.BD.14.4	Kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için Kullanıma Verme - Hasta Evde Bakım işlem türüyle yapılmış Taşınır Teslim Belgesi (zimmeth fişi) düzenlenmiş olmalıdır.
163	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.15.0	<b>Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS giriş işlemleri uygun mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.BD.15.1	Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS giriş işlem türü “Devir- Hudut Sahillerinden Devir” olmalıdır.
164	BİYOMEDİKAL DEPO	2.BD.16.0	<b>Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların sağlık tesisleri arasındaki devir işlemlerinde gerekli izinler alınmış mı?</b>
		2.BD.16.1	Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların başka sağlık tesislerine il içi /il dışı devir işlemlerinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımları Planlama Dairesi Başkanlığı’ndan izin alınmalıdır.
165	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.1.0	<b>Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapılıyor mu?</b>
		2.MBU.1.1	SBYS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları brans bazında aylık olarak takip edilmelidir.
		2.MBU.1.2	SBYS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları brans bazında aylık olarak takip edilmelidir.
		2.MBU.1.3	Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.
		2.MBU.1.4	Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)
		2.MBU.1.5	Sağlık tesisinde ayakta ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, yoğun bakım, acil servis vb.) aylık olarak yapılmalıdır.
		2.MBU.1.6	Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
166	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.2.0	<b>Sağlık tesisinde medikal gaz, elektrik, su, iletişim vb. giderlerinin takibi yapılıyor mu?</b>
		2.MBU.2.1	Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.
167	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.3.0	<b>Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13’üne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?</b>
		2.MBU.3.1	Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13’üne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmamalıdır.
168	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.4.0	<b>Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15’ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?</b>
		2.MBU.4.1	Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15’ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmamalıdır.
169	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.5.0	<b>Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5’ine kadar muhasebe birimine gönderiliyor mu?</b>

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.MBU.5.1	Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5' ine kadar muhasebe birimine gönderilmelidir.
170	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.6.0	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınıyor mu?
		2.MBU.6.1	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınmalıdır.
171	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.7.0	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılıyor mu?
		2.MBU.7.1	21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.
172	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.8.0	Alacak takipleri düzenli olarak yapılıyor mu? Tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmış mı?
		2.MBU.8.1	Alacak takipleri düzenli olarak yapılmalı ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmalıdır.
173	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.9.0	Temlikler ve icra takibi yapılıyor mu?
		2.MBU.9.1	Temlikler ve icra takibi yapılmalıdır.
174	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.10.0	Kişi ve iş avansları takip ediliyor mu?
		2.MBU.10.1	Kişi ve iş avansları takip edilmelidir.
175	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.11.0	TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim ediliyor mu?
		2.MBU.11.1	TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim edilmelidir.
176	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.12.0	TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılıp yükleniyor mu?
		2.MBU.12.1	TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılarak yüklenmelidir.
177	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.13.0	Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (C, D ve E1 ROLÜ HASTANELER)
		2.MBU.13.1	Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip edilmelidir.
178	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.14.0	<b>Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılıyor mu?</b>
		2.MBU.14.1	Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır.
179	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.15.0	<b>İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendiriliyor mu? Komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim ediliyor mu?</b>
		2.MBU.15.1	İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendirilmeli, komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim edilmelidir.
180	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.16.0	<b>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?</b>
		2.MBU.16.1	4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmeli ve bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmalıdır.
181	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.17.0	<b>Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?</b>
		2.MBU.17.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.
		2.MBU.17.2	TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır.
182	MUHASABE VE BÜTÇE UYGULAMALARI	2.MBU.18.0	<b>Merkezi izne tabi tıbbi cihazlarla ilgili mal ve hizmet alımlarında gerekli kontroller yapılıyor mu?</b>
		2.MBU.18.1	Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların satın alınması öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.
		2.MBU.18.2	Birim tahmini maliyeti Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2021/1 sayılı Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri konulu Genelgesinde belirtilen tutar üzerinde olan tıbbi cihazların satın alınması öncesinde Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu (TCDÖİK)'nden gerekli izin alınmalıdır.
		2.MBU.18.3	Merkezi izne tabi olan tıbbi hizmet alımları öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.