

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI             | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|-----------------------|----------|---|
| 1            | POLİKLİNİK HİZMETLERİ | 3.P.1.0  | <b>Hastaların sağlık tesisi hizmet alanlarına kolay erişimi için düzenleme yapılmış mı?</b>   |
|              |                       | 3.P.1.1  | Sağlık tesisinin web sitesinde;<br>-Hastane iletişim bilgileri ve ulaşım linki,<br>-Hastanenin hizmet verdiği bölüm, branş ve farklı hizmetlere yönelik bilgilendirme,<br>-Hekimlerin adı-soyadı, unvanı, uzmanlık alanı<br>-Güncel günlük ve/veya aylık hekim çalışma listesi,<br>-Randevu alma alanı,<br>-Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri ile ziyaret saatleri,<br>-Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan bulunmalıdır. |
|              |                       | 3.P.1.2  | Sağlık tesisinin web sayfasının tasarımı Bakanlık tarafından yayınlanan web sitesi tasarımlarına uygun olmalıdır.   |
|              |                       | 3.P.1.3  | Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde de nöbet polikliniğinin yerini gösteren yönlendirme levhaları bulunmalıdır.   |
|              |                       | 3.P.1.4  | Poliklinik bina ve kat girişleri ile hastanenin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhaları yeterli ve işlevsel olmalıdır.   |
| 2            | POLİKLİNİK HİZMETLERİ | 3.P.2.0  | <b>Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?</b>   |
|              |                       | 3.P.2.1  | Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi kolaylıkla sağlayacak biçimde düzenlenmelidir. Hastanın oturabileceği sandalye/koltuk olmalıdır.   |
|              |                       | 3.P.2.2  | Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.   |
| 3            | POLİKLİNİK HİZMETLERİ | 3.P.3.0  | <b>Poliklinik muayene ve tetkik birimlerinde hastanın sırasını bildiren düzenlemeler yapılmış mı?</b>   |
|              |                       | 3.P.3.1  | Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın sıra numarası, öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri, MHRS randevu durumunun görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.   |
|              |                       | 3.P.3.2  | Sağlık tesisinde görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, DHBS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.   |
| 4            | POLİKLİNİK HİZMETLERİ | 3.P.4.0  | <b>Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla fiziki düzenlemeler yapılmış mı?</b>   |
|              |                       | 3.P.4.1  | Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinik odaları birbirlerine yakın konumlandırılmamalıdır.  |
|              |                       | 3.P.4.2  | Hasta sayısı fazla olan bir branşa ait poliklinik odası/odaları, sağlık tesisinin dinlenme alanları ve koridoru en geniş alanında konumlandırılmalıdır.   |
|              |                       | 3.P.4.3  | Poliklinikler, kendi branşları ile ilgili birimlerle (Örneğin: Endodonti ve cerrahi kliniği-Radyoloji ile , Protez Kliniği- Protez lab ile vb. ) yakın alanlarda konumlandırılmalıdır.  |
| 5            | POLİKLİNİK HİZMETLERİ | 3.P.5.0  | <b>Polikliniklerde muayeneye erişim süresi ölçülüyor mu?</b>  |
|              |                       | 3.P.5.1  | Poliklinik muayenesi için kayıt işlemi yapılan hastanın hangi saat diliminde muayene olacağı bilgisi hastaya verilen barkod üzerinde belirtilmelidir.   |
|              |                       | 3.P.5.2  | Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama muayeneye erişim süresi yönetim tarafından aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.  |
| 6            | POLİKLİNİK HİZMETLERİ | 3.P.6.0  | <b>Poliklinik hizmetlerinin başlama/bitiş zamanı ile muayene sayısı takip ediliyor mu?</b>  |
|              |                       | 3.P.6.1  | Her branşa ait poliklinikte gün içerisinde yapılan ilk muayene zamanı, son muayene zamanı ve muayene sayısı DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.  |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI                    | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|------------------------------|----------|--|
|              |                              | 3.P.6.2  | Sağlık tesisi yönetimi tarafından polikliniklerin başlama zamanı belirlenmeli ve belirlenen zamandan gecikme olan polikliniklerin aylık olarak analizi yapılarak kayıt altına alınmalıdır.               |
|              |                              | 3.P.6.3  | Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirimi SMS ile ilgili sorumlulara yapılmalıdır.  |
| 7            | <b>POLİKLİNİK HİZMETLERİ</b> | 3.P.7.0  | <b>Sağlık tesisinde çalışan aktif diş hekimleri için poliklinik odası ve yeterli donanım sağlanmış mı?</b>   |
|              |                              | 3.P.7.1  | Sağlık tesisinde bulunan poliklinik odaları bir veya iki diş hekiminin birlikte hizmet verebileceği şekilde düzenlenmelidir.   |
|              |                              | 3.P.7.2  | Poliklinik yapan her diş hekimine bir diş üniti tahsis edilmelidir.  |
|              |                              | 3.P.7.3  | Her poliklinik odasında diş hekimlerinin kullanımına tahsis edilen endodontik döner alet, kavatron ve uçları, amalgamatör, ışıklı dolgu cihazı vb.cihaz ve donanımlar yeterli sayıda olmalıdır.          |
|              |                              | 3.P.7.4  | Hasta yoğunluğu ve her hastadan sonra aeratör başlığının steril edilmesi göz önüne alınarak her diş hekimi için yeterli sayıda mikromotor ve aeratör başlığı bulunmalıdır.                               |
|              |                              | 3.P.7.5  | Poliklinik oda sayısının hekim sayısına oranı ve donanımı yönetim tarafından takip edilmelidir.  |
| 8            | <b>POLİKLİNİK HİZMETLERİ</b> | 3.P.8.0  | <b>Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) üzerinden yapılıyor mu?</b>   |
|              |                              | 3.P.8.1  | Hastanın anamnez bilgileri DHBS' de kayıt edilmelidir.   |
|              |                              | 3.P.8.2  | Sağlık tesisinde ve diğer sağlık tesislerinden istenilen konsültasyonların istem zamanı, gerçekleşme zamanı ve konsültasyon sonuçları DHBS 'de kayıt altına alınmalıdır.                                 |
|              |                              | 3.P.8.3  | Konservatif tedavi, endodontik tedavi, protez vb. tedaviler için randevu verme süreleri cihaz ve personel durumu gözönüne alınarak sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.                             |
|              |                              | 3.P.8.4  | Sağlık tesisinde randevu gerçekleşme süreleri DHBS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
| 9            | <b>POLİKLİNİK HİZMETLERİ</b> | 3.P.9.0  | <b>Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları yönetim tarafından takip ediliyor mu?</b>   |
|              |                              | 3.P.9.1  | Sağlık tesisinde görev yapan her bir hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı aylık olarak takip edilmelidir.   |
| 10           | <b>POLİKLİNİK HİZMETLERİ</b> | 3.P.10.0 | <b>Sağlık tesisinde MHRS süreçlerinin takibi yapılıyor mu?</b>   |
|              |                              | 3.P.10.1 | MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerini beklemeden yapabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.   |
|              |                              | 3.P.10.2 | MHRS' ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin en az 30 günlük tanımlı çalışma cetvelleri olmalıdır.  |
|              |                              | 3.P.10.3 | Uzman Diş Polikliniklerine hastanın yönlendirilmesi halinde "Takip Gerektiren Hasta Listesi (Yeşil Liste)"ne kaydı yapılmalıdır.   |
|              |                              | 3.P.10.4 | Ağız ve Diş Sağlığı polikliniklerinde ilk muayenesi yapılan hastanın, devam eden tedavi ve kontrol muayene randevuları hekim tarafından MHRS'nin "Devam Eden Muayene" cetvelleri üzerinden verilmelidir. |
|              |                              | 3.P.10.5 | "Randevu Durum Bilgisi Bildirimi" aynı gün içinde en geç saat 23:59'a kadar yapılmalıdır.  |
|              |                              | 3.P.10.6 | MHRS'ye ait sağlık tesisi verileri yönetim tarafından DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.   |
| 11           | <b>POLİKLİNİK HİZMETLERİ</b> | 3.P.11.0 | <b>Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?</b>  |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI               | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|-------------------------|-----------|---|
|              |                         | 3.P.11.1  | Sağlık tesisinde yapılan dolgu sayıları ve tekrarlanan dolgu sayıları DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
| 12           | POLİKLİNİK HİZMETLERİ   | 3.P.12.0  | Sağlık tesisinde yapılan diş çekim sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?  |
|              |                         | 3.P.12.1  | Sağlık tesisinde yapılan diş çekimi sayıları ile kanal tedavisi sonrası çekilen diş sayıları DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.                   |
| 13           | POLİKLİNİK HİZMETLERİ   | 3.P.13.0  | Sağlık tesisinde Cerrahi Polikliniklerde gerçekleştirilen işlemler ile ilgili verilerin takibi yapılıyor mu?  |
|              |                         | 3.P.13.1  | Sağlık tesisinde görev yapan her bir diş hekiminin yaptığı "Cerrahi işlem sayısı" aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.                 |
| 14           | POLİKLİNİK HİZMETLERİ   | 3.P.14.0  | Hastaların tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre, tedavi planı hazırlanıyor ve tedavisinin sürekliliği sağlanıyor mu?  |
|              |                         | 3.P.14.1  | Diş hekimi muayenesi sonucu hastaların klinik durumlarını gösteren bulgular (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) DHBS'de ağız şeması üzerinde kayıt altına alınmalıdır. |
| 15           | POLİKLİNİK HİZMETLERİ   | 3.P.15.0  | Tedavi yapılan her hasta sonrası diş üniti ve kullanılan ekipmanlar çapraz kontaminasyonu önleyecek şekilde temizleniyor ve dezenfekte ediliyor mu?                                 |
|              |                         | 3.P.15.1  | Diş ünitesinin her hastadan sonra dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.   |
|              |                         | 3.P.15.2  | Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeratrör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir.                                  |
|              |                         | 3.P.15.3  | Hava-su sprej başlıkları steril edilmelidir.  |
| 16           | GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  | 3.G.1.0   | Sağlık tesisinde röntgen bekleme sürelerinin takibi yapılıyor mu?   |
|              |                         | 3.G.1.1   | Sağlık tesisinde röntgen bekleme süreleri aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.   |
| 17           | GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  | 3.G.2.0   | Sağlık Tesisinde çekilen ve tekrar edilen röntgen sayılarının takibi yapılıyor mu?  |
|              |                         | 3.G.2.1   | Sağlık Tesisinde röntgen teknisyenleri tarafından çekilen ve tekrar edilen röntgen sayısı ve oranları DHBS 'de oluşturulacak yönetici takip ekranı ile takip edilmelidir.           |
| 18           | DİŞ PROTEZ LABORATUVARI | 3.DPL.1.0 | Sağlık Tesisinde protez ölçü bekleme süresi ve ölçü kabulü ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?   |
|              |                         | 3.DPL.1.1 | Protez laboratuvarına gelen her ölçü numunesinin üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalı ve barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.                           |
|              |                         | 3.DPL.1.2 | Protez laboratuvarına kabul edilmeyen ölçüler, sağlık tesisi tarafından takip edilmelidir.  |
|              |                         | 3.DPL.1.3 | Ortalama ölçü bekleme süreleri DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.   |
| 19           | DİŞ PROTEZ LABORATUVARI | 3.DLP.2.0 | Sağlık Tesisinden protez teslim sürelerinin takibi yapılıyor mu?  |
|              |                         | 3.DLP.2.1 | Protezlerin teslim süreleri DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
| 20           | DİŞ PROTEZ LABORATUVARI | 3.DPL.3.0 | Sağlık tesisinde yapılan protez sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?   |
|              |                         | 3.DPL.3.1 | Sağlık tesislerinde tekrar edilen protezler için komisyon oluşturulmalı ve en az altı aylık dönemlerde analizler yapılmalıdır.  |
|              |                         | 3.DPL.3.2 | Sağlık tesisinde yapılan protezler ve tekrar edilen protez sayıları Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS )'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.             |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI                | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------------|-----------|--|
| 21           | DİŞ PROTEZ LABORATUVARI  | 3.DPL.4.0 | Sağlık tesisinde yer tutucu, çocuk protez ve ortodontik aparey sayılarının takibi yapılıyor mu?  |
|              |                          | 3.DPL.4.1 | Sağlık tesisinde yapılan yer tutucu, çocuk protezleri ve ortodontik aparey sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.   |
| 22           | DİŞ PROTEZ LABORATUVARI  | 3.DPL.5.0 | Sağlık Tesisinde teknisyen bazlı protez ve tamir işlem sayılarının takibi yapılıyor mu?  |
|              |                          | 3.DPL.5.1 | Teknisyen bazlı protez ve tamir işlem sayıları DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.  |
| 23           | DİŞ PROTEZ LABORATUVARI  | 3.DPL.6.0 | Kaybolan protez, alçı model ve ölçülerin takibine yönelik düzenleme var mı?  |
|              |                          | 3.DPL.6.1 | Poliklinikte kaybolan protezler, alçı model ve ölçüler ile ilgili kayıtlar ve düzenlemeler olmalıdır.  |
| 24           | SERVİS HİZMETLERİ        | 3.S.1.0   | Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?  |
|              |                          | 3.S.1.1   | Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.  |
|              |                          | 3.S.1.2   | Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.   |
| 25           | SERVİS HİZMETLERİ        | 3.S.2.0   | Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?  |
|              |                          | 3.S.2.1   | Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir. Epikrizde;<br>a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,<br>b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular,<br>c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,<br>d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar,<br>e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,<br>f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,<br>g) Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır. |
|              |                          | 3.S.2.2   | Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.  |
| 26           | AMELİYATHANE HİZMETLERİ  | 3.A.1.0   | Sağlık Tesisinde yapılan ameliyatlara ilişkin verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?  |
|              |                          | 3.A.1.1   | Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS ’de kayıt altına alınmalıdır  |
|              |                          | 3.A.1.2   | Sağlık tesisi tarafından ameliyat masası başına düşen işlem sayısı aylık olarak takip edilmelidir.   |
|              |                          | 3.A.1.3   | Sağlık Tesisinde Yapılan Ameliyat ve İşlem Sayısı aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.  |
| 27           | STERİLİZASYON HİZMETLERİ | 3.ST.1.0  | Sağlık tesisinde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu? (ADSH’larda değerlendirilecektir.)   |
|              |                          | 3.ST.1.1  | Muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların sterilizasyonu veya dezenfeksiyonu yapılmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.1.2  | Kullanılan yüksek düzey dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalı, etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.  |
| 28           | STERİLİZASYON HİZMETLERİ | 3.ST.2.0  | Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI                | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------------|----------|--|
|              |                          | 3.ST.2.1 | Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.  |
|              |                          | 3.ST.2.2 | Vakum kaçak testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.2.3 | Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.2.4 | Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.2.5 | Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından "Steril Malzeme Uygunsuzluk Takip Tablosu" ile DHBS üzerinden üçer aylık dönemler halinde takip edilmelidir. |
|              |                          | 3.ST.2.6 | Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır. (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).                          |
| 29           | STERİLİZASYON HİZMETLERİ | 3.ST.3.0 | <b>Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?</b>  |
|              |                          | 3.ST.3.1 | Steril malzeme deposu toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.3.2 | Steril malzeme deposunda bulunan steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavandan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.3.3 | Steril malzemeler toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen alanlarda uygun şekilde muhafaza edilmelidir.  |
|              |                          | 3.ST.3.4 | Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.  |
|              |                          | 3.ST.3.5 | Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.   |
| 30           | STERİLİZASYON HİZMETLERİ | 3.ST.4.0 | <b>Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?</b>  |
|              |                          | 3.ST.4.1 | Sterilizasyon ünitesinde malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.  |
|              |                          | 3.ST.4.2 | Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.4.3 | Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.4.4 | Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.   |
|              |                          | 3.ST.4.5 | Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.  |
| 31           | STERİLİZASYON HİZMETLERİ | 3.ST.5.0 | <b>Başlık bakım otoklavlarının temizlik-bakımları ve indikatör takipleri yapılıyor mu?</b>   |
|              |                          | 3.ST.5.1 | Başlık bakım otoklavları sağlık tesisindeki sterilizasyon ünitelerinde veya kliniklerde bulunmalıdır.  |
|              |                          | 3.ST.5.2 | Başlık bakım otoklavlarının temizlik ve bakımları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.  |
|              |                          | 3.ST.5.3 | Sağlık tesisinde kullanılan başlıkların (acratör, mikromotor, anguldruva vb.) sterilizasyon ünitesine teslim edildiğine dair hekim bazlı kayıtları olmalıdır.  |
|              |                          | 3.ST.5.4 | Başlık bakım otoklavlarında kullanılan günlük / haftalık indikatör ve test sonuçları kayıt altına alınmalıdır.   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI           | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|---------------------|----------|---|
|              |                     | 3.ST.5.5 | Tüm kayıt sonuçları enfeksiyon komitesi tarafından değerlendirilmelidir   |
| 32           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.1.0 | <b>Sağlık tesisine ait verilerin “Dinamik Veri Giriş Platformuna” uygun şekilde girişi yapıyor mu?</b>  |
|              |                     | 3.GD.1.1 | Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce belirlenen parametrelere ait veriler, sağlık tesisi tarafından “Dinamik Veri Giriş Platformuna” aylık olarak girilmelidir.   |
|              |                     | 3.GD.1.2 | Sağlık tesisi yönetimi kendi bünyesinde oluşan verilerin bakanlığa bildirilmesinden sorumlu bir asil, bir yedek olmak üzere iki personel görevlendirmelidir.  |
|              |                     | 3.GD.1.3 | Dinamik veri giriş platformuna girilen veriler ile Yönetici Takip Ekranlarında oluşan veriler uyumlu olmalıdır.   |
| 33           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.2.0 | <b>Sağlık tesisinde Yönetici Takip Ekranlarının etkin kullanımı ile ilgili düzenleme yapıyor mu?</b>  |
|              |                     | 3.GD.2.1 | Sağlık tesisinde oluşturulan Yönetici Takip Ekranları, başhekim dahil olmak üzere diğer yöneticiler ve ilgili birim sorumlularının erişimine açılmalıdır.   |
| 34           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.3.0 | <b>Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?</b>   |
|              |                     | 3.GD.3.1 | Sağlık tesisi üst yönetimi ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.3.2 | Sağlık tesisinde görev yapan her bir yönetici kendisine bağlı birimlerin sorumluları ile ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalıdır.  |
| 35           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.4.0 | <b>Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapıyor mu?</b>   |
|              |                     | 3.GD.4.1 | Sağlık tesisi üst yönetimi tarafından mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirilmesi yapılmalıdır.  |
| 36           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.5.0 | <b>Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?</b>   |
|              |                     | 3.GD.5.1 | Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.5.2 | Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve şikayetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.5.3 | Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.5.4 | Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır. |
| 37           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.6.0 | <b>Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizler yapıyor mu?</b>   |
|              |                     | 3.GD.6.1 | Hasta ve yakınlarının talep ve önerileri sağlık tesisi tarafından değerlendirilerek analizi yapılmalıdır. Değerlendirme sonuçları üst yönetim ile paylaşılmalıdır.  |
| 38           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.7.0 | <b>Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?</b>   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI           | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|---------------------|-----------|---|
|              |                     | 3.GD.7.1  | Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır. Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.7.2  | Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.  |
| 39           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.8.0  | <b>Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?</b>  |
|              |                     | 3.GD.8.1  | Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.8.2  | Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.   |
| 40           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.9.0  | <b>Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?</b>  |
|              |                     | 3.GD.9.1  | Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır   |
| 41           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.10.0 | <b>Atıkların miktar takibi yapılıyor mu?</b>  |
|              |                     | 3.GD.10.1 | Tehlikeli ve tıbbi atık torbaları üzerinde hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalıdır. Tehlikeli atıklar (EWC kod bazında) ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (DHBS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir. |
|              |                     | 3.GD.10.2 | Birim bazlı tıbbi atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.  |
|              |                     | 3.GD.10.3 | EWC kod bazında tehlikeli atık miktarı yönetim tarafından takip edilmelidir.  |
|              |                     | 3.GD.10.4 | Tıbbi ve Tehlikeli Atıkların maliyeti yönetim tarafından takip edilmelidir.   |
|              |                     | 3.GD.10.5 | Tıbbi atıklar sağlık tesisine başvuran hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ünit başına üretilen tıbbi atık miktarı vb parametrelere göre yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.   |
| 42           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.11.0 | <b>Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmuş mu? ADŞH'larda değerlendirilecektir)</b>  |
|              |                     | 3.GD.11.1 | Sağlık tesisinde İletişim ve Tanıtım Birimi kurulmalı, iletişim ve tanıtımdan sorumlu yönetici birim sorumlusu ve birim çalışanı/çalışanları belirlenmeli, görevlendirmeler ilgili personele resmi yazı ile tebliğ-tebellüğ edilmelidir.  |
| 43           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.12.0 | <b>Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>   |
|              |                     | 3.GD.12.1 | Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.12.2 | Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.12.3 | Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.12.4 | Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.   |
| 44           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.13.0 | <b>Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?</b>   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI           | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|---------------------|-----------|--|
|              |                     | 3.GD.13.1 | Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.   |
| 45           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.14.0 | <b>Evde sağlık hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>  |
|              |                     | 3.GD.14.1 | Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği bir birim oluşturulmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.14.2 | Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin tescili olmalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.14.3 | Evde sağlık hizmetlerini yürütmek üzere oluşturulan ekiplerde Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen özelliklerde personel görev yapmalıdır.  |
|              |                     | 3.GD.14.4 | Evde Sağlık Hizmeti Birimine tahsisli ulaşım aracı ve şoför sağlanmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.14.5 | Evde sağlık hizmeti verileri DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
|              |                     | 3.GD.14.6 | Sağlık tesisinin web sitesinden evde sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.  |
| 46           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.15.0 | <b>Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?</b>  |
|              |                     | 3.GD.15.1 | Mesai ve nöbet takip sistemi DHBS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.  |
|              |                     | 3.GD.15.2 | Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.  |
| 47           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.16.0 | <b>Dijital hastane geçiş süreci ile ilgili asgari düzenlemeler yapılıyor mu?</b>   |
|              |                     | 3.GD.16.1 | Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere DHBS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.  |
|              |                     | 3.GD.16.2 | e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.   |
|              |                     | 3.GD.16.3 | Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.  |
| 48           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.17.0 | <b>Nöbet hizmeti süresince güvenlik hizmeti veriliyor mu?</b>  |
|              |                     | 3.GD.17.1 | Sağlık tesisinde aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir.   |
|              |                     | 3.GD.17.2 | Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.   |
|              |                     | 3.GD.17.3 | Kamera sistemi sağlık tesisi giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır. |
|              |                     | 3.GD.17.4 | Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.   |
| 49           | GENEL DEĞERLENDİRME | 3.GD.18.0 | <b>Nöbet hizmetlerinin başvuru yoğunluğu takip ediliyor mu?</b>  |



| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI            | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|----------------------|-----------|--|
|              |                      | 3.GD.18.1 | Sağlık tesisinde nöbet hizmetleri başvuru yoğunluğu yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.   |
| 50           | GENEL DEĞERLENDİRME  | 3.GD.19.0 | Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi ve analizi yapılıyor mu?   |
|              |                      | 3.GD.19.1 | Sağlık tesisinde yapılan ek ödemeye esas girişimsel işlemlerin takibi aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı (YTE)" ile takip edilmelidir.  |
| 51           | GENEL DEĞERLENDİRME  | 3.GD.20.0 | Sağlık Tesisi dışında yapılan ameliyatlara ilişkin verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?   |
|              |                      | 3.GD.20.1 | Ameliyat randevuları DHBS üzerinden verilmeli ve ameliyat bekleyen hastaların listesi DHBS 'de kayıt altına alınmalıdır.   |
|              |                      | 3.GD.20.2 | Sağlık tesisi dışında ameliyat yapan her bir diş hekiminin yaptığı "Ameliyat ve İşlem sayısı" aylık olarak DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
| 52           | GENEL DEĞERLENDİRME  | 3.GD.21.0 | Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden patoloji laboratuvarına gönderilen numuneler uygun şekilde transfer ediliyor mu?  |
|              |                      | 3.GD.21.1 | Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerden (Cerrahi klinikler, Ameliyathane, Poliklinikler vb.) patoloji laboratuvarına numunelerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalı ve transferler bu düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır.   |
|              |                      | 3.GD.21.2 | Biyopsi ve doku numuneleri kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta ve numune bilgilerini içeren etiket/barkod bulunmalıdır.  |
|              |                      | 3.GD.21.3 | Patoloji laboratuvarına gönderilen numunelerin teslim tutanaklarında (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası, tarih ve saat bulunmalıdır.  |
| 53           | ECZACILIK HİZMETLERİ | 3.EH.1.0  | 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.)   |
|              |                      | 3.EH.1.1  | İlaç ve tıbbi sarf malzemeler konusunda sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir;<br>*Akılcı ilaç kullanımı,<br>*İlaçların stabilitesi,<br>*İlaç geçimsizliği,<br>*İlaç-ilaç etkileşimi,<br>*Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar,<br>*Tehlikeli ilaçların güvenli uygulamaları,<br>*İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimleri,<br>*Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar,<br>*Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimleri,<br>*İlaç hazırlama teknikleri,<br>*Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.)<br>*İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları,<br>*Akılcı antibiyotik kullanımı. |
|              |                      | 3.EH.1.2  | Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç - tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.   |
|              |                      | 3.EH.1.3  | Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.   |
| 54           | ECZACILIK HİZMETLERİ | 3.EH.2.0  | Eczanede ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun olarak gerçekleştiriliyor mu?  |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI    | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|--------------|----------|---|
|              |              | 3.EH.2.1 | Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak gerçekleştirilmelidir.   |
|              |              | 3.EH.2.2 | Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak gerçekleştirilmelidir.   |
|              |              | 3.EH.2.3 | İlaç hazırlama ve uygulama sürecinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.  |
|              |              | 3.EH.2.4 | Narkotik (Kırmızı) ve Psicotrop (Yeşil) ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psicotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır.   |
|              |              | 3.EH.2.5 | İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.  |
|              |              | 3.EH.2.6 | Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.   |
|              |              | 3.EH.2.7 | Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilite süresi dolan ilaçlara ait sistem üzerinden yapılan bildirimler, DHBS eczane modülünde servis, birim bazlı ve toplam olarak görülmeli, DHBS' de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
|              |              | 3.EH.2.8 | Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS ) üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS ) eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır. |
| 55           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.1.0 | <b>Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>  |
|              |              | 3.MD.1.1 | Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır. Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personele tebliğ edilmelidir.  |
| 56           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.2.0 | <b>MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?</b>  |
|              |              | 3.MD.2.1 | Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç ve sarf malzeme listeleri bulunmalıdır. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.  |
| 57           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.3.0 | <b>Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılıyor mu?</b>  |
|              |              | 3.MD.3.1 | Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.   |
|              |              | 3.MD.3.2 | Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar hakkında ilgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire, vb.) eğitim verilmelidir. Bir malzemeden kaynaklanan olumsuz olayın meydana gelmesi durumunda yapılacak olumsuz olay bildirim işlemi bilinmelidir.   |
|              |              | 3.MD.3.3 | Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır   |
| 58           | MEDİKAL DEPO | 3.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>   |
|              |              | 3.MD.4.1 | Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.  |
| 59           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.5.0 | <b>İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?</b>  |
|              |              | 3.MD.5.1 | İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, DHBS sistemine girişi yapılmalı, stok seviyesi, minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde DHBS sistemi uyarı vermelidir.   |
|              |              | 3.MD.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/Başhekim SMS vb. yöntemlerle bildirilmelidir.  |
| 60           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.6.0 | <b>Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?</b>   |
|              |              | 3.MD.6.1 | Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI    | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------|-----------|--|
| 61           | MEDİKAL DEPO | 3.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 yapılıyor mu?</b>   |
|              |              | 3.MD.7.1  | Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.7.2  | Medikal depodan; Nöbet Hizmet Alanı, Servis, Ameliyathane, Polikliniklere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.7.3  | Medikal depolarında yapılan (giriş, toplu çıkış, devir (stok, ihtiyaç fazlası) vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olması, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.7.4  | Depo Sorumlusu/Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.   |
| 62           | MEDİKAL DEPO | 3.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? (İlaç, tıbbi sarf malzemeler vb.)</b>   |
|              |              | 3.MD.8.1  | Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.   |
| 63           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.9.0  | <b>Medikal depolarında yapılan kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>  |
|              |              | 3.MD.9.1  | Yapılacak her kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.9.2  | Taşınır türüne göre tutanak ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.9.3  | Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.9.4  | Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.  |
|              |              | 3.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. |
| 64           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.10.0 | <b>Sağlık tesisi bünyesinde "İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulmuş mu?</b>  |
|              |              | 3.MD.10.1 | Sağlık tesisi bünyesinde "İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir.  |
| 65           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.11.0 | <b>Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi talimata uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?</b>   |
|              |              | 3.MD.11.1 | Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.  |
|              |              | 3.MD.11.2 | Tehlikeli maddelerin dökülmesi, saçılması ve maruz kalınması durumunda yapılacaklar bilinmeli, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.   |
| 66           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.12.0 | <b>Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?</b>   |
|              |              | 3.MD.12.1 | Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.12.2 | Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.12.3 | Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.12.4 | Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikle fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.12.5 | Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.   |
| 67           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.13.0 | <b>Medikal depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?</b>   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI    | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|--------------|-----------|---|
|              |              | 3.MD.13.1 | Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.13.2 | Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.   |
|              |              | 3.MD.13.3 | Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.13.4 | Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.13.5 | Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)   |
| 68           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.14.0 | <b>Medikal depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?</b>  |
|              |              | 3.MD.14.1 | Medikal depolarda/eczane de ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.14.2 | Medikal depolarda, sıcaklık ve nem referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren (sesli, görsel, mesaj ve elektronik posta) veri aktarımı yapabilen dijital derece/sistemler yoluyla gerçek zamanlı olarak bildirim yapılmalıdır. Dijital derece/sistemlerden rapor alınabilmeli ve elektronik olarak arşivlenmelidir.   |
|              |              | 3.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.) |
|              |              | 3.MD.14.4 | Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır. Listeler güncel tutulmalıdır.  |
| 69           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.15.0 | <b>Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?</b>   |
|              |              | 3.MD.15.1 | Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) uyarı vermemelidir.   |
|              |              | 3.MD.15.2 | Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.   |
|              |              | 3.MD.15.3 | Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) eczane modülünde özellikli birimlerin (Nöbet hizmetleri, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları DHBS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.  |
|              |              | 3.MD.15.4 | Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) 'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerden yapılan toplu istemlerde ilgili değerleri göz önünde alınarak yönlendirme yapılmalıdır.  |
|              |              | 3.MD.15.5 | Diş Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (DHBS) 'de son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler tespit edilebilmeli ve rapor alınabilmelidir. Bu ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketilmeme sebepleri araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.  |
| 70           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.16.0 | <b>Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?(Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)</b>   |
|              |              | 3.MD.16.1 | İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.  |
|              |              | 3.MD.16.2 | Kısmi doza konu olan ilaçlar yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Servis ve birimlerde açıldıktan sonra stabilize süresi dolan ilaçların yapılan bildirimleri DHBS eczane modülünde servis, birim bazlı ve toplam olarak görülmelidir.   |
|              |              | 3.MD.16.3 | İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.   |
|              |              | 3.MD.16.4 | İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.   |
|              |              | 3.MD.16.5 | İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.   |
|              |              | 3.MD.16.6 | İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.   |
| 71           | MEDİKAL DEPO | 3.MD.17.0 | <b>Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi mevzuata uygun yapılıyor mu? (Nöbet hizmet alanı, poliklinikler, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)</b>  |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI        | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|------------------|-----------|---|
|              |                  | 3.MD.17.1 | Tıbbi sarf deposundan; ilgili birim ve servislere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.  |
|              |                  | 3.MD.17.2 | Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.   |
|              |                  | 3.MD.17.3 | Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.   |
|              |                  | 3.MD.17.4 | Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Bildirimler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır. Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır. |
|              |                  | 3.MD.17.5 | Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)   |
| 72           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.1.0  | <b>Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>  |
|              |                  | 3.TH.1.1  | Enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.1.2  | Günlük kontrollere ait formlar tutulmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.1.3  | Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.  |
| 73           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.2.0  | <b>Havalandırma sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>  |
|              |                  | 3.TH.2.1  | Merkezi havalandırma sistemlerinin, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.2.2  | Duvar ve salon tipi klimaların, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.  |
| 74           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.3.0  | <b>Asansörlerin, güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?</b>  |
|              |                  | 3.TH.3.1  | Yeni veya mevcut asansörlerin, ilgili idare (belediye - il özel idaresi) tarafından düzenlenmiş tescil belgesi olmalıdır.   |
|              |                  | 3.TH.3.2  | Yılda en az bir kez A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılması gereken uygunluk kontrolüne göre, güncel tarihli periyodik kontrol (uygunluk) belgesi bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.3.3  | Kimlik numarasını gösteren gri renkli etiketler, kabin içerisine yapıştırılmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.TH.3.4  | Kontrol (uygunluk) belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisine ve durak kapısı kasasının üzerine rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.TH.3.5  | Etiket tarihinden itibaren kırmızı renkli asansörlerin 60 gün, sarı renkli asansörlerin ise 120 gün içerisinde uygunsuzlukları giderilmiş olmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.3.6  | Günlük kontrol ve periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait formlar bulunmalıdır.   |
|              |                  | 3.TH.3.7  | Arızada kalma sürelerini gösteren formlar tutulmalıdır.   |
| 75           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.4.0  | <b>Sağlık tesisinde elektrik, su ve yakıt giderlerinin takibi yapılıyor mu?</b>   |
|              |                  | 3.TH.4.1  | Enerji Tüketim Takip Modülüne elektrik, su ve yakıt faturalarının veri girişleri düzenli olarak yapılmış olmalıdır.   |
| 76           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.5.0  | <b>Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>  |
|              |                  | 3.TH.5.1  | Periyodik dönemlerde yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.5.2  | Merkezi UPS'lerin bulunduğu oda sıcaklığı 20°- 25° arasında olmalı ve sıcaklık değerleri günlük kontrol çizelgeleri ile takip edilmelidir.  |
| 77           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.6.0  | <b>Medikal gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI        | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|------------------|----------|--|
|              |                  | 3.TH.6.1 | Oksijen, azot, vakum ve medikal kuru havanın basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.6.2 | Olumsuz durumlarda sorumlu teknisyenler ve nöbetçi personeller tarafından rahatlıkla görülebilecek ve duyulabilecek mesafede, işitsel ve görsel uyarı veren aktif alarm sistemleri bulunmalıdır.   |
|              |                  | 3.TH.6.3 | Merkez ve kat kontrol panolarının, periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.6.4 | Medikal hava kompresörleri ve vakum pompalarının, periyodik dönemlerde yapılmış bakımlarına ait teknik servis formları bulunmalıdır.   |
| 78           | TEKNİK HİZMETLER | 3.TH.7.0 | <b>Validasyon hizmeti kapsamında yapılan işlemler standartlara uygun mu?</b>   |
|              |                  | 3.TH.7.1 | Ameliyathane validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (asgari ISO Class 7 sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmeli, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır. |
|              |                  | 3.TH.7.2 | Biyogüvenlik kabinlerinin validasyon işlemleri TS EN 12469/ NSF/ANSI 49 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında asgari olarak hava akış hızı, hepa ve ulpa filtre sızdırmazlık, hava akış yönünün görselleştirme testleri ve alarm ve diğer fonksiyonların kontrolü yapılmalı, ölçüm sonuçları istenilen değer aralıklarında olmalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.7.3 | Hepa filtre kullanılan alanlarda filtre sızdırmazlık testi ve partikül ölçüm sonuçlarına göre filtre değişimi yapılmalıdır. Filtre sızdırmazlık testi ve görsel muayenesinde sorun olmayan filtrelerin değişimi yapılmamalıdır.  |
|              |                  | 3.TH.7.4 | Validasyon ölçümleri yapan referans donanımlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır. Validasyon raporlarında cihazların marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.   |
| 79           | AYNIYAT DEPO     | 3.AD.1.0 | <b>Ayniyat depolarında Demirbaş Varlık Yönetimi (DVYS) olarak kullanılan yazılımlar, Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde aktif mi?</b>  |
|              |                  | 3.AD.1.1 | Ayniyat demirbaş depolarında MKYS'ye entegre olarak kullanılan yazılımlar, KTS Demirbaş Varlık Yönetim Sistemi'nde belirtilen aktif DVYS firmalarından olmalıdır.  |
| 80           | AYNIYAT DEPO     | 3.AD.2.0 | <b>Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?</b>  |
|              |                  | 3.AD.2.1 | Ayniyat depolarında yapılan ve muhasebe birimlerine gönderilmesi gereken (giriş, devir, hurda vb.) işlemlere ait taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.   |
| 81           | AYNIYAT DEPO     | 3.AD.3.0 | <b>Ayniyat depolarında yapılan hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>   |
|              |                  | 3.AD.3.1 | Yapılacak her hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi ve komisyon kurulması için, sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.AD.3.2 | İşlem ve taşınır türüne göre tutanak, teknik rapor ve durum tespit raporu düzenlenmiş olmalıdır.   |
|              |                  | 3.AD.3.3 | Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.AD.3.4 | Hurdaların teslimi için tür ve niteliğine göre; Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK), Milli Emlak Müdürlüğü, Valilik, Kaymakamlık veya Darphane gibi kuruluşlara resmi yazı yazılmış olmalıdır.  |
|              |                  | 3.AD.3.5 | Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.  |
|              |                  | 3.AD.3.6 | Teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş hurda teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.AD.3.7 | Ekonomik değeri olmayan, teknik, sağlık, güvenlik gibi nedenlerle imha edilen taşınırlara ait, komisyon tarafından düzenlenmiş imha tutanağı bulunmalıdır.   |
|              |                  | 3.AD.3.8 | Hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi, muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.   |
|              |                  | 3.AD.3.9 | Hurda teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemiş ve ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemiş olmalıdır.   |
| 82           | AYNIYAT DEPO     | 3.AD.4.0 | <b>Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene ve kabul komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?</b>  |
|              |                  | 3.AD.4.1 | Ayniyat depolarına (tüketim-demirbaş) girişi yapılacak taşınırların muayene ve kabul komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi üye olarak bulunmalıdır.  |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI    | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)  |
|--------------|--------------|-----------|---|
| 83           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.5.0  | <b>MKYS/Depo Tanımlama İşlemleri ekranında tanımlı taşınır kayıt yetkililerinin göreve başlama ve ayrılış tarihleri girilmiş mi?</b>  |
|              |              | 3.AD.5.1  | Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerinin, depo tanımlama işlemleri ekranındaki göreve başlama ve görevden ayrılış tarihleri il konsolide yetkilisi tarafından girilmiş olmalıdır.  |
| 84           | AYNİYAT DEPO | 3.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>   |
|              |              | 3.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.  |
|              |              | 3.AD.6.2  | Düzenlenecek eğitime dair; eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler vb. bilgilerin yer aldığı resmi yazı, il konsolide yetkilisi veya yardımcısı tarafından yeni görevlendirilen taşınır kayıt yetkililerinin bulunduğu sağlık tesislerine yazılmış olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.6.3  | Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.   |
| 85           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.7.0  | <b>Ayniyat depolarının yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>   |
|              |              | 3.AD.7.1  | Ayniyat depolarının yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Başkanlığı) iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.   |
| 86           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.8.0  | <b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve yardım işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?</b>  |
|              |              | 3.AD.8.1  | Sağlık tesisine yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.  |
|              |              | 3.AD.8.2  | Dilekçeye istinaden, bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.  |
|              |              | 3.AD.8.3  | Bağışın tutar ve miktarını belirten belge yok ise, sıfır tutarlı giriş yapılmayıp değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.8.4  | Bağış ve yardım işlemi genel bütçe girişli ise taşınır işlem fişi üst yazı ekinde, döner sermaye girişli ise muhasebe işlem fişi ekinde ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.8.5  | Taşınır işlem fişlerinin 1 nüshası üst yazı ile bağış ve yardımı yapana gönderilmiş olmalıdır.  |
| 87           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.9.0  | <b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan tüketimlerin onaylı çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde muhasebe birimlerine gönderiliyor mu?</b>   |
|              |              | 3.AD.9.1  | Tüm depolara ait döner sermaye tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra, 1'er aylık dönemlerde ayın altısına kadar muhasebe işlem fişi ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.  |
|              |              | 3.AD.9.2  | Tüm depolara ait genel bütçe tüketim çıkış bildirimleri taşınır kontrol yetkilisi onayından sonra, 3'er aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili defterdarlık veya malmüdürlüğüne gönderilmiş olmalıdır.  |
| 88           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.10.0 | <b>Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, kullanıma verme (zimmet) işlemleri güncel olarak yapılıyor mu?</b>  |
|              |              | 3.AD.10.1 | Dayanıklı taşınırlar kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.  |
|              |              | 3.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.   |
|              |              | 3.AD.10.3 | Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.   |
| 89           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.11.0 | <b>Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) MKYS/TDMS ve MKYS/YBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?</b>   |
|              |              | 3.AD.11.1 | Saymanlıklara bildirim yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.11.2 | Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildirim yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/YBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.  |
| 90           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.12.0 | <b>Yılsonu taşınır mal yönetim hesabı için, gerekli cetvel ve belgeler onaylı olarak düzenlenmiş mi?</b>  |
|              |              | 3.AD.12.1 | Döner sermaye ve genel bütçe taşınır mal yönetim hesabı için; yılsonu sayımına ilişkin sayım tutanağı, taşınır sayım ve döküm cetveli, harcama birimi taşınır mal yönetim hesabı cetveli ve yıl sonu itibarıyla en son düzenlenen taşınır işlem fişinin sıra numarasını gösterir tutanak onaylı olarak hazırlanmış olmalıdır. |
| 91           | AYNİYAT DEPO | 3.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 (ADSM/H)   |
|--------------|--------------|-----------|--|
|              |              | 3.AD.13.1 | Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.   |
| 92           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.14.0 | <b>Sağlık tesisinin tüm depolarında, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?</b>   |
|              |              | 3.AD.14.1 | Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.   |
|              |              | 3.AD.14.2 | Taşınırın 2. düzey hesap kodunda, fiyat veya miktarında yapılan düzeltme işlemlerine ait taşınır işlem fişleri; genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır. |
| 93           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.15.0 | <b>Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?</b>   |
|              |              | 3.AD.15.1 | Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.   |
| 94           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.16.0 | <b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?</b>  |
|              |              | 3.AD.16.1 | Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırın stoğa yansımaları için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.  |
| 95           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.17.0 | <b>MKYS'de kayıtlı miktarlar ile depodaki fiili stoklar birbiri ile uyumlu mu?</b>   |
|              |              | 3.AD.17.1 | MKYS aynıyat depolarında kayıtlı stok miktarları ile, aynıyat depolardaki fiili stok miktarları birbiri ile uyumlu olmalıdır.  |
| 96           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.18.0 | <b>Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların, kayıtlara alınması için gerekli düzeltme işlemleri yapılmış mı?</b>  |
|              |              | 3.AD.18.1 | Düzeltilme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için sağlık tesisi yöneticisinden onay alınmış olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.18.2 | Değer tespit komisyonu tarafından tıbbi donanımların tutarları, edinim yılları dikkate alınarak belirlenmiş olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.18.3 | Tıbbi donanımların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar biyomedikal depoya kaydı yapılmış olmalıdır.  |
|              |              | 3.AD.18.4 | Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan tıbbi donanımların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile aynıyat demirbaş depoda yeniden kayıt altına alınmış olmalıdır.                       |
|              |              | 3.AD.18.5 | Yapılan işleme ait taşınır işlem fişleri genel bütçe kaynaklı ise üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı ise amortisman çıkış belgesi ve muhasebe işlem fişi ile birlikte ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.  |
| 97           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.19.0 | <b>Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?</b>  |
|              |              | 3.AD.19.1 | Aynıyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.  |
|              |              | 3.AD.19.2 | Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı/Detay Bilgileri ekranında aracın durumu (Faal/Faal Değil/Hurdaya Ayırma/Devredildi) ve faal değil ise çalışmama nedeni (Elektrik/Mekanik/Yakıt Arızası/Kaza Durumu/İklim Şartları/Personel Eksikliği/Muayene Sorunu) belirtilmiş olmalıdır.                    |
|              |              | 3.AD.19.3 | Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış ve ihale detay bilgileri girilmiş olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.19.4 | Maliye Bakanlığı Kamu Filo Yönetim Sistemine genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı araçların veri girişi için personel görevlendirilmiş olmalıdır.   |
|              |              | 3.AD.19.5 | MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş (özmül) ve hizmet alımı (geçici tahsis) araç verileri ile Kamu Filo Yönetim Sistemindeki veriler birbiriyle uyumlu olmalıdır.   |
| 98           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.20.0 | <b>Aynıyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, aynıyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?</b>   |
|              |              | 3.AD.20.1 | Aynıyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan aynıyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.  |
| 99           | AYNİYAT DEPO | 3.AD.21.0 | <b>Aynıyat dayanaklı taşınırın üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?</b>   |
|              |              | 3.AD.21.1 | Aynıyat dayanaklı taşınırlara; taşınırın adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler %90 oranının üzerinde yapılmış ve etiket bilgileri güncel olmalıdır.   |
| 100          | AYNİYAT DEPO | 3.AD.22.0 | <b>Aynıyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?</b>  |
|              |              | 3.AD.22.1 | Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.   |



| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI          | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------|-----------|--|
|              |                    | 3.AD.22.2 | Malzemelerin duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.   |
|              |                    | 3.AD.22.3 | Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.   |
|              |                    | 3.AD.22.4 | Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.   |
|              |                    | 3.AD.22.5 | Malzeme yerleşim listesi ve raf krokisi bulunmalı, güncel liste ve krokiye göre raflar etiketlenmiş olmalıdır.   |
| 101          | AYNIYAT DEPO       | 3.AD.23.0 | <b>Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?</b>  |
|              |                    | 3.AD.23.1 | Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.  |
|              |                    | 3.AD.23.2 | Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.  |
|              |                    | 3.AD.23.3 | Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.  |
|              |                    | 3.AD.23.4 | Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.  |
| 102          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.1.0  | <b>Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?</b>   |
|              |                    | 3.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)  |
|              |                    | 3.KM.1.2  | KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.1.3  | KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır. (İl Sağlık müdürlüğü tarafından ödemesi gerçekleştirilen KMBYS değerlendirmeye tabidir.)   |
| 103          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.2.0  | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS' de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.2.1  | Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren güncel etiketler %90 oranının üzerinde yapıştırılmış olmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.2.2  | Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kodu içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.  |
| 104          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.3.0  | <b>MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.3.1  | Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon vb.) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır. |
| 105          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.4.0  | <b>MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.4.1  | Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (Poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, görüntüleme, sterilizasyon vb.) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.        |
|              |                    | 3.KM.4.2  | MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde belirtilen 5 farklı biyomedikal cihazın verileri uyumlu olmalıdır.   |
| 106          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.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>   |
|              |                    | 3.KM.5.1  | Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.5.2  | Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.5.3  | Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.      |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI          | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------|-----------|--|
| 107          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.6.0  | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.6.1  | Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar; eğitim birimlerinde bulunmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.6.2  | Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar klinik mühendislik hizmet birimlerinde olmalıdır.  |
| 108          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.7.0  | <b>Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.7.1  | Sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri sorumlularına İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.               |
|              |                    | 3.KM.7.2  | Sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri sorumlularına İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.  |
|              |                    | 3.KM.7.3  | Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dokümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.  |
| 109          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.8.0  | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.8.1  | Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.8.2  | Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS' de güncel olmalıdır.  |
| 110          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.9.0  | <b>Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.9.1  | Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır. |
|              |                    | 3.KM.9.2  | Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.9.3  | Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.  |
| 111          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.10.0 | <b>Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreci Talimatı kullanılıyor mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.10.1 | Biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreci Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.   |
| 112          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.11.0 | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.11.1 | Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.11.2 | Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.   |
| 113          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.12.0 | <b>Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.12.1 | Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.12.2 | Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.12.3 | Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.12.4 | Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen işlem tutarı ile <b>740.03.07.03.02.02.01</b> "Bakım Onarım Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.12.5 | Teknik Hizmet Yönetim Ekranına Döner Sermaye Bütçe türü ile girilen "Arıza Sonrası Ölçümleme Hizmeti ve Periyodik Ölçümleme Hizmeti" toplam işlem tutarı ile TDMS <b>740.03.07.03.02.02.02</b> " Ölçümleme Giderleri" hesap kodu ile eşit olmalıdır.         |
| 114          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.13.0 | <b>Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?</b>   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI          | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------|-----------|--|
|              |                    | 3.KM.13.1 | Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.13.2 | Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.  |
| 115          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.14.0 | <b>Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.14.1 | Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere klinik mühendislik hizmetleri personeli tarafından refakat edildiğine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.   |
| 116          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.15.0 | <b>Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapıyor mu?</b>   |
|              |                    | 3.KM.15.1 | Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.15.2 | Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.15.3 | Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.  |
| 117          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.16.0 | <b>Biyomedikal insan kaynakları yönetim platformuna veri girişi yapılıyor mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.16.1 | Klinik Mühendislik Hizmetleri birim personeli ve biyomedikal taşınır kayıt yetkililerinin verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu'na girilmelidir.   |
| 118          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.17.0 | <b>Klinik Mühendislik Hizmetlerinin yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>   |
|              |                    | 3.KM.17.1 | Klinik Mühendislik Hizmetlerinin yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.  |
| 119          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.18.0 | <b>Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftır.)</b>  |
|              |                    | 3.KM.18.1 | Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.  |
|              |                    | 3.KM.18.2 | Bakım / onarımı yapılan cihazların sayısı, bakım /onarımını yapan personelin bilgisinin olduğu aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, hazırlanan bu rapor Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu – Klinik Mühendislik Hizmet Birimi Aylık Faaliyet Raporu'na işlenmelidir. Hazırlanan aylık faaliyet raporları üçer aylık dönemlerde harcama yetkilisine sunulmalıdır.  |
| 120          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.19.0 | <b>Garanti kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti hüküm ve süreleri takip ediliyor mu?</b>  |
|              |                    | 3.KM.19.1 | Sağlık tesisi tarafından temin edilen cihazlar ile il sağlık müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden gelen tüm Biyomedikal dayanıklı 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. |
| 121          | KLİNİK MÜHENDİSLİK | 3.KM.20.0 | <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>   |
|              |                    | 3.KM.20.1 | Biyomedikal dayanıklı taşınırlara alınacak satış sonrası teknik hizmet sözleşmelerinde (bakım,onarım) hizmet alımına ilişkin TS 13703 veya TS 12426 standartları bulunmalıdır.   |
|              |                    | 3.KM.20.2 | Satış sonrası teknik hizmet sözleşmesi imzalanan firmanın hizmet yeterlilik belgesi, TS 13703 veya TS 12426 standartlarına göre "Ürün/Hizmet/Laboratuvar Kapsamı" altında belirtilen içeriğe uygun olmalıdır.  |
| 122          | BİYOMEDİKAL DEPO   | 3.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>  |
|              |                    | 3.BD.1.1  | Biyomedikal depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS' den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.   |
| 123          | BİYOMEDİKAL DEPO   | 3.BD.2.0  | <b>Sağlık tesisinin biyomedikal depolarında yeni göreve başlayan taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitime yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?</b>   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI        | SORU KOD | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|------------------|----------|--|
|              |                  | 3.BD.2.1 | İlgili yıl içinde yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerine, depo yetkileri tanımlanma tarihinden itibaren 1 ay içinde İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik ilgili eğitimler verilmiştir.              |
|              |                  | 3.BD.2.2 | Düzenlenecek eğitimlere dair; eğitimin yeri, zamanı, içeriği, eğitime katılacak kişiler vb. bilgilerin yer aldığı resmi yazı, İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından yeni görevlendirilen biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerinin bulunduğu sağlık tesislerine yazılmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.BD.2.3 | Düzenlenen eğitimlere ait; sunumlar, dökümanlar, eğitimi veren ve eğitimi alan katılımcılara ait kayıtlar bulunmalıdır.  |
| 124          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.3.0 | <b>Biyomedikal depolarının yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>  |
|              |                  | 3.BD.3.1 | Biyomedikal depolarının yönetimine ilişkin oluşturulacak organizasyon şemasında; sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü - Strateji Geliştirme Başkanlığı) iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.  |
| 125          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.4.0 | <b>İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?</b>   |
|              |                  | 3.BD.4.1 | İstatistik birimi tarafından TSİM Uygulama Rehberi'nde belirtildiği şekilde kaydedilen (heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan heke işlemi başlatılmış cihazlar dışındaki) biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile MKYS' deki (aktif ve pasif toplam) biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır. (MKYS'de cihazın durumu heke sürecinde olanların verileri TSİM sayılarına dahil edilmeyecektir) |
| 126          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.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>  |
|              |                  | 3.BD.5.1 | Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış ve diğer depolardan devredilen malzemelerin taşınır kodları düzeltilmiş olmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.5.2 | Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.   |
| 127          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.6.0 | <b>Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?</b>   |
|              |                  | 3.BD.6.1 | Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "Özellikli Sağlık Aracı olmalıdır."  |
| 128          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.7.0 | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri, yönetmeliklere uygun yapıyor mu?</b>   |
|              |                  | 3.BD.7.1 | Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.BD.7.2 | H.E.K veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmelidir.  |
|              |                  | 3.BD.7.3 | Biyomedikal nitelikli dayanıklı taşınırların hurda, enkaz ve köhne (H.E.K.) süreçlerinde "Biyomedikal Teknik Servis ve Hurda İşlemlerinde Parasal Limitler" talimatına uygun hareket edilmelidir.  |
|              |                  | 3.BD.7.4 | Kayıttan düşme teklif onay tutanakları komisyon tarafından imzalanmış ve limitler dahilinde ilgili harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.7.5 | Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.   |
|              |                  | 3.BD.7.6 | Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.7.7 | Hurdaları teslim alan görevliler tarafından düzenlenmiş teslim tutanağı ve hurda miktarını belirten kantar tartı fişi bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.7.8 | Hurdaya ayırma veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ekinde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne, döner sermaye kaynaklı ise; kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.7.9 | Hurda teslimi gerçekleşmeden muhasebe işlem fişi düzenlenmemiş ve ilgili belgeler muhasebe birimlerine (saymanlık-defterdarlık) gönderilmemiş olmamalıdır.   |
| 129          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.8.0 | <b>Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?</b>  |
|              |                  | 3.BD.8.1 | Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI        | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|------------------|-----------|--|
|              |                  | 3.BD.8.2  | Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.   |
| 130          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.9.0  | <b>Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?</b>   |
|              |                  | 3.BD.9.1  | Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınım ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır ve bu alan istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.      |
|              |                  | 3.BD.9.2  | İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.   |
| 131          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.10.0 | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?</b>   |
|              |                  | 3.BD.10.1 | Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.   |
|              |                  | 3.BD.10.2 | Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede), tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TITUBB / ÜTS kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.   |
| 132          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.11.0 | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?</b>  |
|              |                  | 3.BD.11.1 | Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.11.2 | Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TITUBB / ÜTS barkod bilgisi bulunmalı, barkod bilgisi ile biyomedikal depo kayıtlarındaki cihaz bilgileri birbiri ile uyumlu olmalıdır.   |
| 133          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.12.0 | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?</b>  |
|              |                  | 3.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.  |
|              |                  | 3.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.                         |
| 134          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.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>  |
|              |                  | 3.BD.13.1 | Biyomedikal Depo kapsamındaki tıbbi cihaz ve tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayların takibi için Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalı ve Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir. |
|              |                  | 3.BD.13.2 | Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.13.3 | Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.   |
| 135          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.14.0 | <b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?</b>   |
|              |                  | 3.BD.14.1 | Dayanıklı taşınırlar kullanıma verildiği alandaki birim sorumluları veya kullanıcılarına zimmetlenmiş olmalıdır.   |
|              |                  | 3.BD.14.2 | Kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.  |
|              |                  | 3.BD.14.3 | Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de %90 oranı üzerinde güncel olarak yapılmış olmalıdır.  |
| 136          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.15.0 | <b>Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS giriş işlemleri uygun mu?</b>  |
|              |                  | 3.BD.15.1 | Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS giriş işlem türü “Devir- Hudut Sahillerinden Devir” olmalıdır.  |
| 137          | BİYOMEDİKAL DEPO | 3.BD.16.0 | <b>Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların sağlık tesisleri arasındaki devir işlemlerinde gerekli izinler alınmış mı?</b>  |
|              |                  | 3.BD.16.1 | Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların başka sağlık tesislerine iç ili /il dışı devir işlemlerinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımları Planlama Dairesi Başkanlığı’ndan izin alınmalıdır.   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI                      | SORU KOD  | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------------------|-----------|--|
| 138          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.1.0 | Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapılıyor mu?  |
|              |                                | 3.MBU.1.1 | DHBS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları brans bazında aylık olarak takip edilmelidir.   |
|              |                                | 3.MBU.1.2 | DHBS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları brans bazında aylık olarak takip edilmelidir.  |
|              |                                | 3.MBU.1.3 | Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.   |
|              |                                | 3.MBU.1.4 | Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir) |
|              |                                | 3.MBU.1.5 | Sağlık tesisinde ayakta ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, servis vb.) aylık olarak yapılmalıdır.   |
|              |                                | 3.MBU.1.6 | Analiz sonuçları yönetim tarafından DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.   |
| 139          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.2.0 | Sağlık tesisinde medikal gaz, elektrik, su, iletişim vb. giderlerinin takibi yapılıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.2.1 | Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak DHBS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.                          |
| 140          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.3.0 | Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13’üne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?  |
|              |                                | 3.MBU.3.1 | Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13’üne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.  |
| 141          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.4.0 | Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15’ine kadar tahakkuklaştırılıp Muhasebe Birimine ulaştırılıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.4.1 | Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15’ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.   |
| 142          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.5.0 | Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5’ine kadar muhasebe birimine gönderiliyor mu?  |
|              |                                | 3.MBU.5.1 | Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5’ine kadar muhasebe birimine gönderilmelidir.  |
| 143          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.6.0 | 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.6.1 | 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınmalıdır.   |
| 144          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.7.0 | 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.7.1 | 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.   |
| 145          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.8.0 | Alacak takipleri düzenli olarak yapılıyor mu? Tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmış mı?   |
|              |                                | 3.MBU.8.1 | Alacak takipleri düzenli olarak yapılmalı ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmalıdır.   |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI                      | SORU KOD   | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------------------|------------|--|
| 146          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.9.0  | Temlikler ve icra takibi yapılıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.9.1  | Temlikler ve icra takibi yapılmalıdır.   |
| 147          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.10.0 | Kişi ve iş avansları takip ediliyor mu?  |
|              |                                | 3.MBU.10.1 | Kişi ve iş avansları takip edilmelidir.  |
| 148          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.11.0 | TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim ediliyor mu?  |
|              |                                | 3.MBU.11.1 | TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim edilmelidir.  |
| 149          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.12.0 | TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılıp yükleniyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.12.1 | TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılarak yüklenmelidir.   |
| 150          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.13.0 | Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.13.1 | Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip edilmelidir.   |
| 151          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.14.0 | Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.14.1 | Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır.   |
| 152          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.15.0 | İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendiriliyor mu? Komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim ediliyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.15.1 | İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendirilmeli, komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim edilmelidir.  |
| 153          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.16.0 | 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? |
|              |                                | 3.MBU.16.1 | 4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmeli ve bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmalıdır.       |
| 154          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.17.0 | Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.17.1 | Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.   |
|              |                                | 3.MBU.17.2 | TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır.  |

| SORU SIRA NO | BÖLÜM ADI                      | SORU KOD   | VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ (ADSM/H)   |
|--------------|--------------------------------|------------|--|
| 155          | MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI | 3.MBU.18.0 | Merkezi izne tabi tıbbi cihazlarla ilgili mal ve hizmet alımlarında gerekli kontroller yapıyor mu?   |
|              |                                | 3.MBU.18.1 | Merkezi izne tabi olan tıbbi cihazların satın alınması öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.  |
|              |                                | 3.MBU.18.2 | Birim tahmini maliyeti Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 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. |
|              |                                | 3.MBU.18.3 | Merkezi izne tabi olan tıbbi hizmet alımları öncesinde Bakanlıktan gerekli izinler alınmalıdır.  |