



**MANİSA**  
**CELAL BAYAR**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
**HAFSA SULTAN HASTANESİ**

**2019**  
**HASTANE**  
**FAALİYET RAPORU**



Hastane Faaliyet Raporu  
Kalite Hizmetleri Müdürlüğü tarafından hazırlanmıştır.  
[cbu.hastane.edu.tr](http://cbu.hastane.edu.tr)  
[hkyb.cbu.edu.tr](http://hkyb.cbu.edu.tr)



*Hiçbir zafer amaç değildir. Zafer, ancak kendisinden daha büyük bir amacı elde etmek için belli başlı bir vasıtaadır.*

*K. Atatürk*



## YÖNETİCİ SUNUŞU

Hasta, çalışan güvenliği ve memnuniyetini hedefleyen Hafsa Sultan Hastanesi, yeniliklere açık ve girişimci olmakla birlikte tüm süreçleri, etkin, etkili ve verimli yürütmeyi amaçlamaktadır.

Hafsa Sultan Hastanesi, yüzyılın gerektirdiği teknolojik gelişmelerin ve yönetim biçimlerinin, yakından takip edilerek, tüm çalışanlarımızın katılımı ile bilimsel temellere dayalı, kaliteli hizmet sunumu için gayret göstermektedir.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinde, kalitenin yükseltilmesi ve “Sağlık Turizmi Projesi” nin hayata geçirilmesi çalışmalarında Üniversite Hastanelerinin önemli bir görevi bulunmaktadır. Bize düşen bu süreçteki çalışmalara ortak olmak ve öncülük etmektir.

Bu rapor; 2019 yılında, Hafsa Sultan Hastanesi'nin gerçekleştirmiş olduğu faaliyetlerin, saydamlık ve hesap verilebilirliğinin gereği olarak hazırlanmıştır.

2019 yılı faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde katkısı olan tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**Prof. Dr. Seyhun Kürşat**  
**Başhekim**

# İçindekiler Tablosu

<b>Yönetici Sunuşu</b> .....	iv
<b>1.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Misyon ve Vizyon</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Görev Yetki ve Sorumluluklar</b> .....	<b>1</b>
<b>1.3 Organizasyon Şeması</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 Fiziksel Yapı</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5 Tesis Yönetimi</b> .....	<b>5</b>
1.5.1 Validasyon Sistemi .....	6
1.5.2 Asansör Sistemi .....	6
1.5.3 Temiz ve Atık Su Sistemi.....	7
1.5.4 Elektrik Sistemi.....	7
1.5.5 Medikal Gaz Sistemi .....	8
1.5.6 Havalandırma Sistemi .....	8
1.5.7 Teknik Servis İstatistikleri.....	9
<b>1.6 Bilgi ve Teknolojik Altyapı</b> .....	<b>9</b>
<b>1.7 İnsan Kaynakları</b> .....	<b>10</b>
1.7.1 Akademik Personelin Görev Dağılımı.....	10
1.7.2 İdari Personelin Görev Dağılımı.....	10
1.7.3 İdari Personelin Yaş Dağılımı .....	11
1.7.4 İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı.....	11
1.7.5 İdari Personelin Hizmet Süresi Dağılımı .....	12
1.7.6 İdari Personelin Eğitim Durumu .....	12
1.7.7 Sürekli İşçilerin Görev Dağılımı.....	13
1.7.8 Sürekli İşçilerin Yaş Dağılımı .....	13
1.7.9 Sürekli İşçilerin Cinsiyet Dağılımı.....	14
1.7.10 Sürekli İşçilerin Eğitim Durumu .....	14
1.7.11 Hastanede Görev Yapan Öğrenci Dağılımı .....	15
1.7.12 Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü kapsamında Personel Sayı/Oranları .....	15
1.7.12.1 Hemşirelik Hizmetleri .....	15
1.7.12.2 Biyolog/ Teknisyen/Tekniker Sayıları .....	15
1.7.12.3 Temizlik Personeli.....	15
<b>1.8 Sağlık Hizmetleri</b> .....	<b>16</b>
1.8.1 Poliklinik Hasta Sayısı .....	16
1.8.2 Yatan Hasta Sayıları(Toplam Hasta Sayısı) .....	16
1.8.3 Görüntüleme Hizmetleri .....	16
1.8.4 Tahlil Sayıları .....	16
1.8.5 Patoloji Laboratuvarı Analizi .....	17

1.8.6 Diğer Hizmetler .....	17
1.8.6.1Göz Bankası İstatistikleri .....	17
1.8.6.2 Beyin Ölümü ve Organ Çıkarımı İstatistikleri .....	17
1.8.6.3 Kozmetoloji Sayıları.....	17
<b>1.9 Yönetim ve Kontrol Sistemleri .....</b>	<b>18</b>
1.9.1Toplantı Analizi .....	19
1.9.2 Komite ve Ekip Toplantıları .....	19
1.9.3 İç ve Dış Kontrol .....	20
<b>1.10 Kalite Yönetim Birimi 2019 yılı Değerlendirme Raporu .....</b>	<b>22</b>
<b>2.AMAÇ ve HEDEFLER.....</b>	<b>23</b>
<b>3. HASTANE BÜTÇE ve MALİYETLER .....</b>	<b>24</b>
3.1 Gelirler.....	24
3.2 Giderler.....	24
3.2.1Hizmet Alımı Yapılan Cihazlar .....	24
3.2.2Bakım Onarım Giderleri .....	24
3.2.3 Elektrik, Su, Doğalgaz ve Telefon Giderleri .....	25
3.2.4 Araç ve Jeneratör Yakıt Kullanımı .....	25
<b>4. GÖSTERGE YÖNETİMİ .....</b>	<b>26</b>
<b>5. KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....</b>	<b>27</b>
<b>6.ÖNERİ ve TEDBİRLER .....</b>	<b>29</b>
<b>7.EKLER .....</b>	<b>30</b>
<b>7.1 İç Kontrol Güvence Beyanı .....</b>	<b>31</b>

# 1.GENEL BİLGİLER

## 1.1 Misyön ve Vizyon

### Misyön

Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi olarak medikal bakım kalitesinde sürekliliği sağlayarak hastalarımızın tanı ve tedavi algılamalarına yaşam kalitesine ve sağlığına değer katmak.

Toplumsal sorumluluğumuz kurumlar arası iş birliği ile uluslararası standartlarda eğitim ve bilimsel araştırma altyapısı ile sağlıkla ilgili yeni uygulamaların gelişmesini destekleme de örnek bir kurum olarak hizmet sunmak.

Mesleki ve kurumsal etik değerlere duyarlı, hasta haklarına saygılı, kendini sürekli geliştiren çalışanlarımızla sürekli hizmet üretmek.

### Vizyon

Celal Bayar Üniversitesi hastanesi insan kaynakları teknolojik kapasitesi ve medikal bakım kalitesi ile uluslararası düzeyde tanınan, hasta beklentilerini karşılayan, çalışanlarına ergonomik çalışma ortamı sağlayan, kurumsal etik değerlere duyarlı, sosyal sorumluluk, çevresel değerlere önem veren akredite üniversite hastanesi olmaktadır.

## 1.2 Yetki, Görev ve Sorumluluklar

Kurumumuz yetki, görev ve sorumlulukları, **05 Kasım 2009 tarih ve 27397 sayılı** resmi gazetede yayınlanan yönetmelik ile Üniversitemiz Senatosunun **10.02.2010 tarih ve 2010/1 sayılı toplantısında** alınan karar gereği Celal Bayar Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) Çalışma Yönergesi doğrultusunda:

- a) Sağlık hizmeti almak için başvuran kişilere nitelikli, çağdaş, bilimsel ve güvenilir sağlık hizmeti sunmak,
- b) Yeni teknolojik gelişmeleri ve bilgi faaliyetlerini takip ederek, sağlık alanında standartları en üst seviyeye çıkarmak,
- c) Bilimsel eğitim-öğretim, araştırma ve uygulamalar için Tıp fakültesinin tüm birimleri ile koordinasyon içinde çalışmasını sağlamak,
- ç) Tıp Fakültesi öğrencileri, tıpta uzmanlık öğrencileri, sağlıkla ilgili enstitülerin lisansüstü eğitim öğrencileri, araştırma görevlileri, Sağlık Yüksekokulu öğrencileri, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin hastanede yapacakları eğitim-öğretim faaliyetleri için gerekli niteliklerde alt yapıyı hazırlamak,
- d) Tıp Fakültesine ait klinik anabilim dallarının sağlık konusundaki akademik araştırma ve çalışmaları için gerekli alt yapıyı sağlamak,
- e) Ulusal ve uluslararası kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarına merkezin amaçları doğrultusunda projeler hazırlamak, eğitim programları düzenlemek, bilimsel görüş ve benzeri hizmetleri vermek,
- f) Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi amacıyla kitap, dergi, broşür ve benzeri yayınlar yapmak, yazılı ve görsel basın organlarında programlar düzenlemek,
- g) İlgili diğer mevzuatla verilen diğer faaliyetlerde bulunmak.

### Merkez Müdürü

Merkez Müdürü (Başhekim); Hastanede uygulamalı eğitim yapan ve tam gün statüsünde çalışan öğretim üyeleri arasından üç yıl için Rektör tarafından görevlendirilir. Süresi biten Merkez Müdürü yeniden görevlendirilebilir. Rektör gerekli gördüğü hallerde Merkez Müdürünü süresinden önce değiştirebilir.

Merkez Müdürünün önerisiyle, Hastanede uygulamalı eğitim yapan ve tam gün statüsünde çalışan öğretim üyeleri arasından en az iki en çok altı kişi, müdür yardımcısı (başhekim yardımcısı) olarak Rektör tarafından görevlendirilir. Müdür yardımcılarının görev süresi Merkez Müdürünün görev süresiyle aynıdır. Merkez Müdürünün görevi başında bulunmadığı zamanlarda yerine, Rektörün onayı ile müdür yardımcılarında biri vekalet eder. Vekalet süresi altı ayı geçemez.

### Merkez Müdürünün Görevler

Merkez Müdürünün görevleri şunlardır:

- a) Yönetim Kurulunun önerileri doğrultusunda, ilgili mevzuata uygun olarak, Hastane hizmetlerini yönetmek,
- b) Hastanenin gelişmesi için gerekli tedbirleri almak ve düzenlemeleri yapmak,
- c) Hastanenin gelişmesi için gerekli planları hazırlayarak veya hazırlatarak, Yönetim Kuruluna getirmek,
- ç) Hastanede, eğitim işlerinin koordineli şekilde yürütülmesini sağlamak; idari-mali, sağlık ve teknik olmak üzere tüm Hastane personelinin yönetim, denetim ve genel gözetimini yapmak,
- d) Merkezde, ilgili mevzuata uygun olarak hastaların ayakta veya yatarak tanı ve tedavisinde, taburcu işlemlerinde ve ölümlerinde, sağlık raporlarının düzenlenmesinde uygulanacak esasları tespit etmek ve bu esasların uygulanmasını sağlamak,
- e) Hastane personelinin istihdamı, çalışma düzeni, nöbeti, kıyafeti, disiplini, başarılarının değerlendirilmesi ve terfi esaslarını ilgili mevzuat hükümlerine göre tespit etmek ve uygulamak,

- f) Sağlık alanlarındaki hizmetlerin koordinasyonunu sağlamak; Hastanenin klinik, poliklinik, acil servis, ameliyathane, eczane ve laboratuvarlarından en iyi şekilde yararlanmak için gerekli tedbirleri almak,
- g) Hastane sağlık hizmetleriyle ilgili nöbet ve çalışma düzeni hakkında kliniklerin görüşlerini aldıktan sonra karar vermek,
- ğ) Hastanın iâşe ve diyetleri ile ilgili esasları belirlemek ve uygulanması için gerekli tedbirleri almak,
- h) Hastanenin, temizlik, onarım, bakım, resepsiyon, emniyet ve teknik hizmetleri ile ilgili esasları tespit etmek,
- ı) Hasta arşivlerinin düzenli tutulması için gerekli kararları almak ve uygulamak,
- i) Hastane Bilgi İşlem Merkezinin otomasyon sisteminin geliştirilmesini sağlamak.

Merkez Müdürü; Hastane işleyişinin etkin ve verimli bir şekilde sağlanması için görev ve yetkilerinden uygun gördüklerini müdür yardımcılarına devrederek uygulanmasını sağlar, kontrol ve denetimini gerçekleştirir. İzinli olduğu dönemlerde, Rektörlüğün onayı ile müdür yardımcılarında birine vekalet verebilir.

#### **Yönetim Kurulu**

Yönetim Kurulu; Hastane hizmetlerinin planlanması ile ilgili bir Kurul olup, aşağıdaki üyelere oluşur:

- a) Merkez Müdürü,  
b) Müdür yardımcıları,  
c) Dekan Yardımcısı,  
ç) Dahili ve cerrahi tıp bilimleri bölüm başkanları,  
d) Merkez Müdürü tarafından; iki yıllığına, Hastanede rutin hizmetleri olan temel tıp anabilim dallarındaki öğretim üyelerinden olan ve laboratuvar hizmetlerinden sorumlu olan profesör veya doçentler arasından belirlenen bir öğretim üyesi,  
e) Hastane Başmüdürü,  
f) Hemşirelik Hizmetleri Müdürü.

Yönetim Kurulu; Merkez Müdürü başkanlığında, ayda en az bir kez olağan ve gerektiğinde Merkez Müdürünün talebi üzerine olağanüstü olarak toplanır. Yönetim Kurulu toplantısına Rektörün katılması halinde, Kurula Rektör başkanlık eder. Yönetim Kurulunun raportörlüğünü Hastane Başmüdürü yapar.

#### **Yönetim Kurulunun Görevleri**

Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

- a) İlgili mevzuat ve Danışma Kurulunun tavsiyeleri ışığında, Hastanenin yönetim ve işletilmesi için gerekli stratejik planlamaları yapmak ve Hastane yönetiminde Merkez Müdürüne yardım etmek,  
b) Hastanede faaliyette bulunan klinik ve laboratuvar birimlerinin, idari ünitelerin, ortak kullanım sahalarının ve yeni kurulan ünitelerin rasyonel çalışması için yerleşim planlarını, sorumlularını belirlemek ve koordinasyonunu yapmak,  
c) Hastanenin kadro ihtiyacı ve bütçe tasarısı hakkında görüş hazırlamak,  
ç) Merkez Müdürünce hazırlanan çalışma raporlarını, istatistiki verilere göre değerlendirmek,  
d) Yıllık faaliyet raporunun hazırlanmasında Merkez Müdürüne yardım etmek.

#### **Danışma Kurulu Ve Görevleri**

Danışma Kurulu, Rektör başkanlığında aşağıda belirtilen üyelere oluşur:

- a) Dekan,  
b) Merkez Müdürü,  
c) Müdür yardımcıları,  
ç) Dahili, cerrahi ve temel tıp bilimleri bölüm başkanları,  
d) Cerrahi ve dahili tıp bilimleri bölümlerindeki aynı anabilim dalından olmak üzere, profesör ve doçentlerin kendi aralarından seçeceği birer üye,  
e) Hastane Başmüdürü,  
f) Döner Sermaye İşletme Müdürü veya vekili,  
g) Hemşirelik Hizmetleri Müdürü,  
ğ) Merkezde, 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olarak çalışanların kendi aralarından seçecekleri bir temsilci.

Seçimle gelen üyelerin görev süreleri iki yıldır. Üyelerden birinin görevden ayrılması halinde, yeni seçilen üye önceki üyenin süresini tamamlar.

Danışma Kurulu; yılda en az iki kez Rektör veya Dekanın başkanlığında olağan veya gerektiğinde olağanüstü toplanarak Kurul üyelerinden gelen önerileri değerlendirir, bunlar arasında Merkezin amaçlarına ve faaliyetlerine uygun olanlar ile Hastane hizmetleri açısından yararlı bulunan konularda gerekli kararları alır.





## 1.4 Fiziksel Yapı

Genel Alan Ölçüleri;

Hastane Alanları	(m <sup>2</sup> )
Kapalı alan	47.720
Açık alan	194.830
Personel kullanım alanı	2.885
Sosyal alanlar	194.330
Sirkülasyon alanları(Merdiven, WC, vb.)	14.882
Eğitim alanı	8.600
<b>TOPLAM</b>	<b>463.247</b>

Bölüm Bazlı Alan Ölçüleri;

Bölüm	Sayı(Adet)	Alan (m <sup>2</sup> )
Acil Servis	2	2847
Yoğun Bakım	6	2400
Ameliyathane Masası	15	2600
Doğumhane	1	75
Koroner Anjiyografi	1	200
Klinik	23	28408
Laboratuvar	4	3000
Endoskopi	1	375
Eczane	1	290
Görüntüleme Alanı	1	1800
Nükleer Tıp Alanı	1	1850
Sterilizasyon Alanı	1	95
Teknik Servis	1	180
Poliklinikler	93	3600

Diğer Alanlar;

Bölüm	Sayı(Adet)	Alan (m <sup>2</sup> )
Ambar Alanları	6	1800
Arşiv	3	850
Atölye	1	200
Medikal Mühendislik	1	175
Bilgi İşlem (Donanım)	1	100



## 1.5 Tesis Yönetimi

TEMİZ-ATIK SU SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF Numaraları
Su Deposu	1	✓	✓	✓
Kanalizasyon	52	✓		
Arıtma Sistemi	1			
ELEKTRİK SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Jenaratör	6	✓	✓	
Trafolar	5	✓	✓	
UPS	12	✓	✓	
Bölgesel kontrol kat panoları				
İzolasyon panoları	47	✓	✓	
GAZ SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Likid Oksijen Tankı	2		✓	
Merkezi Vakum Sistemi	8	✓	✓	✓
Azot Protoksit(Narkoz)Tüpleri	2			
Yedek Oksijen Tüpleri	2		✓	
Seyyar oksijen tüpleri				
Basınçlı Hava Komprasörleri	6	✓	✓	
HAVALANDIRMA				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Soğutma Grupları	12	✓	✓	
Isıtma kazanları	4	✓	✓	
Hijyenik Klima Santrali	16	✓	✓	✓
Havalandırma Sistemi	32	✓	✓	✓
Func-Öil	3600	✓	✓	
PNÖMATİK				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Pnömatik Sistemi Ana Santral	4	✓	✓	
Pnömatik İstasyonları	33	✓	✓	
TV SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Merkezi Sistem	1			
TV'ler	482			
TAŞITLAR				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Ambulans	1			
Binek Araçlar	3			
ASANSÖR SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Öğretim Üyesi 10 durak TİSEN	2			
Ziyaretçi 10 durak Prizma	4			
Ameliyathane sedye 11 durak TİSEN	1			
Ziyaretçi 11 durak TİSEN	2			
Acil servis-ameliyathane-yb 4 durak OTİS	2			
Poliklinik Asansörü 4 durak TİSEN	2			
Gastroloji 4 durak BETA	2			
Kardiyoloji 4 durak BİZİM	2			
Başhekimlik 2 durak VERTAYM	2			
VALIDASYON TESTLERİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Merkez ameliyathane	1	1 kez		
Anestezi YB	1	2 kez		
Cerrahi YB	1	3 kez		
GKDC Ameliyathane	1	4 kez		
GKDC YB	1	5 kez		
Anestezi YB 2	1	6 kez		
Çocuk YB	1	7 kez		
YedniDoğan YB	1	8 kez		
Tüp Bebek Merkezi	1	9 kez		
Kemik İliği Merkezi	1	10 kez		
OTOMATİK KARTLI GEÇİŞ SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF ihtiyacı
Merkezi Sistem	1			✓
otomatik kapı	45			

## Tesis Yönetimi Bakım Planları;

### 1.5.1 Validasyon Sistemi

VALIDASYON SİSTEMİ											
Sistem Adı	2018	2019		2020		2021		2022		2023	
Merkez ameliyathane	29.07.2018	29.07.2019		29.07.2020		29.07.2021		29.07.2022		29.07.2023	
Anestezi YB	27.07.2018	27.07.2019		27.07.2020		27.07.2021		27.07.2022		27.07.2023	
Cerrahi YB	27.07.2018	27.07.2019		27.07.2020		27.07.2021		27.07.2022		27.07.2023	
GKDC Ameliyathane	7.07.2018	7.07.2019		7.07.2020		7.07.2021		7.07.2022		7.07.2023	
GKDC YB	7.07.2018	7.07.2019		7.07.2020		7.07.2021		7.07.2022		7.07.2023	
Anestezi YB 2	7.07.2018	7.07.2019		7.07.2020		7.07.2021		7.07.2022		7.07.2023	
Çocuk YB	7.07.2018	7.07.2019		7.07.2020		7.07.2021		7.07.2022		7.07.2023	
YedniDoğan YB	7.07.2018	7.07.2019		7.07.2020		7.07.2021		7.07.2022		7.07.2023	
Tüp Bebek Merkezi	12.07.2018	2.03.2019	2.09.2019	2.03.2020	2.09.2020	2.03.2021	2.09.2021	2.03.2022	2.09.2022	2.03.2023	2.09.2023
Kemik İliği Merkezi	27.02.2018	27.02.2019		27.02.2020		27.02.2021		27.02.2022		27.02.2023	

Test yapıldı, uygunsuzluk tespit edilmedi

Sorumlu

Mehmet Akif Tüysüz

İbrahim Durmaz

Sonay Kaynak

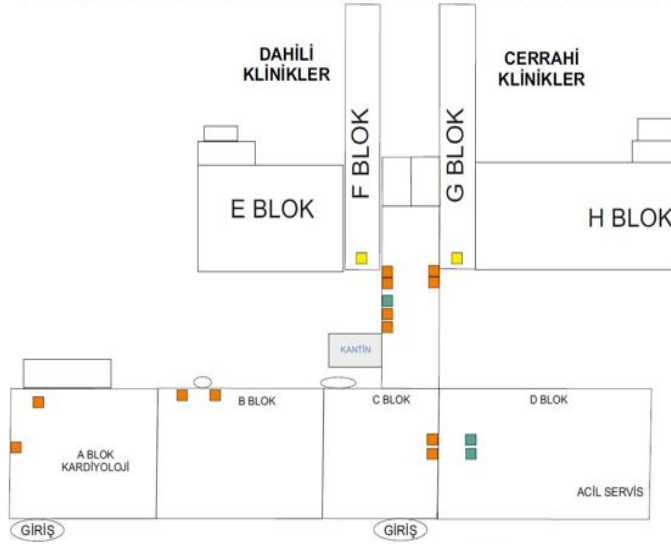
Mehmet Cabbar Balıççı

Harun Duracak

### 1.5.2 Asansör Sistemi

#### ASANSÖR SİSTEMİ

Sistem Adı	Adet	RİSK ETİKETİ	ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	AÇIKLAMA
Öğretimi Üyesi 10 durak TİSEN	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü, Günlük asansör takip formu kontrolü
Ziyaretçi 10 durak Prizma	4														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Ameliyathane sedye 11 durak TİSEN	1														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Ziyaretçi 11 durak TİSEN	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Acil servis-ameliyathane-yb 4 durak OTIS	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Poliklinik Asansörü 4 durak TİSEN	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Gastroloji 4 durak BETA	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Kardiyoloji 4 durak BİZİM	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Başhekimlik 2 durak VERTAYM	2														Hizmet almı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü



RİSK ETİKETİ
ÇOK GÜVENLİ
GÜVENLİ
AZ GÜVENLİ
GÜVENSİZ

Sorumlu
Ahmet Tarmaz
Serdar Yorulmaz
Ermin Çelik
Emre Sağ
Mehmet Cabbar Balıççı
Harun Duracak

### 1.5.3 Temiz ve Atık Su Sistemi

Temiz Su ve Atık Su SİSTEMİ																		
Sistem Adı	Sıra Mevki	HAT	Risk Durumu	Yıllık Bakım Planı												Açıklama	DİR NO	
				ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık			
Su Deposu																	Yıllık bakımı (Firma, Belediye, kendi bünyemizde) limitsiz yapacaktır yönetimin tarafında karar verilecek (Tutarak ile kayıt altına alınacak)	
Kanalizasyon	G-H Blok	12 Adet Loger (1-12)															Belirli periyotlarda firma bakım yapacaktır (Bakım işleri dosyalanacaktır)	
	E-F Blok	14 Adet (13-26)																
	A-B-C blok	15 Adet (27-41)																
	D blok	12 Adet (41-52)																
Kanalizasyon toplama (Pansiyon)																	Alık Su Hattı Sızdırmazlığı (Tutarak ile kayıt)	
Arıtma Sistemi																	Hafızada bir klor ölçümü (Form ile takip)	
Nükleer Tip Atık Toplama Tankları																	Nükleer Tip Periyotları ile görülecektir	

<span style="background-color: red; color: white;">■</span> Risk durumu yüksek DİF çalışması var, risk aralıkları bakım ihtiyacı var
<span style="background-color: orange; color: black;">■</span> Bakım zamanları

SORUMLU	<table border="1"> <tr><td>Harun Duracak</td></tr> <tr><td>Mehmet Cabbar Balıççı</td></tr> <tr><td>Saffet Öğer</td></tr> <tr><td>Samet Kahraman</td></tr> <tr><td>Mustafa Özçelikbaş</td></tr> </table>	Harun Duracak	Mehmet Cabbar Balıççı	Saffet Öğer	Samet Kahraman	Mustafa Özçelikbaş
Harun Duracak						
Mehmet Cabbar Balıççı						
Saffet Öğer						
Samet Kahraman						
Mustafa Özçelikbaş						

### 1.5.4 Elektrik Sistemi

ELEKTRİK SİSTEMİ															
Sistem Adı	Sıra No	Yıllık Bakım Planı												Açıklama	
		ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık		
Jenarator	6														Haftalık kontroller yapılarak (Yağ, su seviyesi, akü, yakıt, temizlik, haftada bir kez 15 dk çalıştırma) 6 aylık servis bakımı hizmet alımı
Trafo'lar	5														Yıllık bakım hizmet alımı ile yapılmakta kayıtlar Rektörlük Yapı İşleri Daire Başkanlığında
UPS	12														Haftalık kontroller (Çalışma durumu, akülerin ısı kont rolü)
Bölgesel kontrol kat panoları															Arıza durumunda müdahale
İzolasyon panoları	47														Haftalık kontroller (Çalışma durumu)

## 1.5.5 Medikal Gaz Sistemleri

MEDİKAL GAZ SİSTEMİ															
Sistem Adı	SİSTEM GRUBU	Risk Durumu	Yıllık Bakım Planı										Açıklama		
			ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim		Kasım	Aralık
Likid Oksijen Tankı	H Blok arkasında 10 ve 20 tonluk														Günlük bakım tankın basınç ve seviye göstergesi kontrolü yapılıyor
Merkezi Vakum Sistemi	H blok koridorunda zemin E blok koridorunda zemin														Haftalık (yağ seviyesi kontrolü) Yıllık yağ ve yağ filtresi değişimi
Azot Protokolü(Narkoz)Tüpüleri	H blok arkasında zemin E blok koridorunda zemin														Günlük takip formu (Seviyeleri kontrol edilecek)
Yedek Oksijen Tüpüleri	H blok arkasında zemin E blok koridorunda zemin														
Sevyaer oksijen tüpüleri	H blok önünde zemin														
Basıncı Hava Kompresörleri	H blok koridorunda zemin E blok koridorunda zemin														Haftalık(hava filtresi, yağlama suyu tahliyesi, basınç kontrolleri) Yıllık ( yağ filtresi, hava filtresi, basınç hortumları,

**Risk durumu yüksek DÖF çalışması var, sık aralıklarla bakım ihtiyacı var**

**Bakım zamanları**

Gerçekleştirilen bakım

Sorumlu

Mehmet Akif Tüysüz
İbrahim Durmaz
Sonay Kaynak
Mehmet Cabbar Balıççı
Harun Duracak

## 1.5.6 Havalandırma Sistemleri

HAVALANDIRMA SİSTEMİ															
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı										Açıklama			
		ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim		Kasım	Aralık	
Soğutma Grupları	12														Yaz bakımı(Hava separatorlarının kimyasal madde ve su ile yıkanması) kış bakımı ( filtreler kontrolü suyun boyalıları temizliği doldurulması)(Tutarak ile kayıt)
Isıtma kazanları	4														Isıtma kazanlarının yıllık bakımı(baca analizi, duman borularının temizlenmesi, caherneamlığın temizlenmesi) Tutarak ile kayıt
Hijyenik Klima Santrali	Ameliyathane HKS 1														Haftalık (Kaba filtre değişimi), Aylık(Sentel içi temizliği, Alkol ile silinmesi)6 aylık(Torba ve Kompakt filtre değişimi) Yıllık valdasyon testi
	Ameliyathane HKS 2														
	Ameliyathane HKS 3														
	Ameliyathane HKS 4														
	Ameliyathane HKS 5														
	Ameliyathane HKS 6														
	Anestezi izole oda HKS 7														
	Acil ameliyathane ve röntgen HKS 8														
	Yenidoğan YB HKS 9														
	Kök Hücre HKS 10														
	Tıp Bebek HKS 11														
	Çocuk YB HKS 12														
	Kalp Damar Ameliyathane HKS 13														
	Koronar YB HKS 14														
	Kalp Damar YB HKS 15														
	Anestezi YB 2 HKS 16														
	Koronar Anjiyo HKS 17														
	Radyasyon Onk. Linsak odaları HKS 18														
	Radyasyon Onk. Tomografi HKS 19														
Havalandırma Sistemi	32														6 aylık ( Kaba filtre temizliği, kayar kanak kontrolü, Separator kimyasal madde ve su ile yıkama) 6 aylık (
Func Ölç	3600														

Sorumlu

Mehmet Akif Tüysüz
İbrahim Durmaz
Sonay Kaynak
Mehmet Cabbar Balıççı
Harun Duracak



### 1.5.7 Teknik Servis istatistikleri;

Bölüm	Arıza Bildirim Sayısı	Giderilen Arıza Oranı	Tamamlanamayan Arıza Oranı
Atölye	6.497	%96,53	%3,46
Bilgi İşlem Donanım	1.339	%98,73	%1,26
Medikal Mühendislik	1.901	%77,16	%22,83



\*Gizli Kahramanlar

### 1.6 Bilgi ve Teknolojik Altyapı

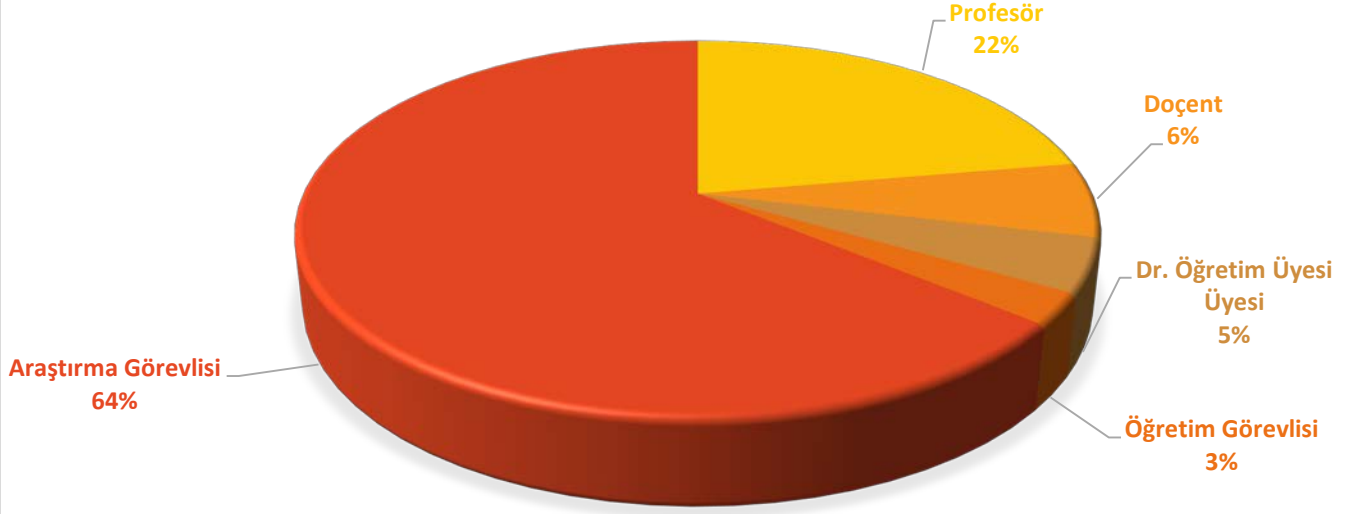
Bilgisayar	634
Yazıcı	365
Projeksiyon	23
Barkot Okuyucu	97
Baskı makinası	2
Fotokopi makinası	35
Fax cihazı	6
Fotoğraf makinası	9
Televizyon	394
Tarayıcı	19
Barkot yazıcı	175
<b>TOPLAM</b>	<b>1759</b>

Toplam Tıbbi Cihaz Sayısı	Sayı
2018	14.450
2019	14.678

## 1.7 İnsan Kaynakları

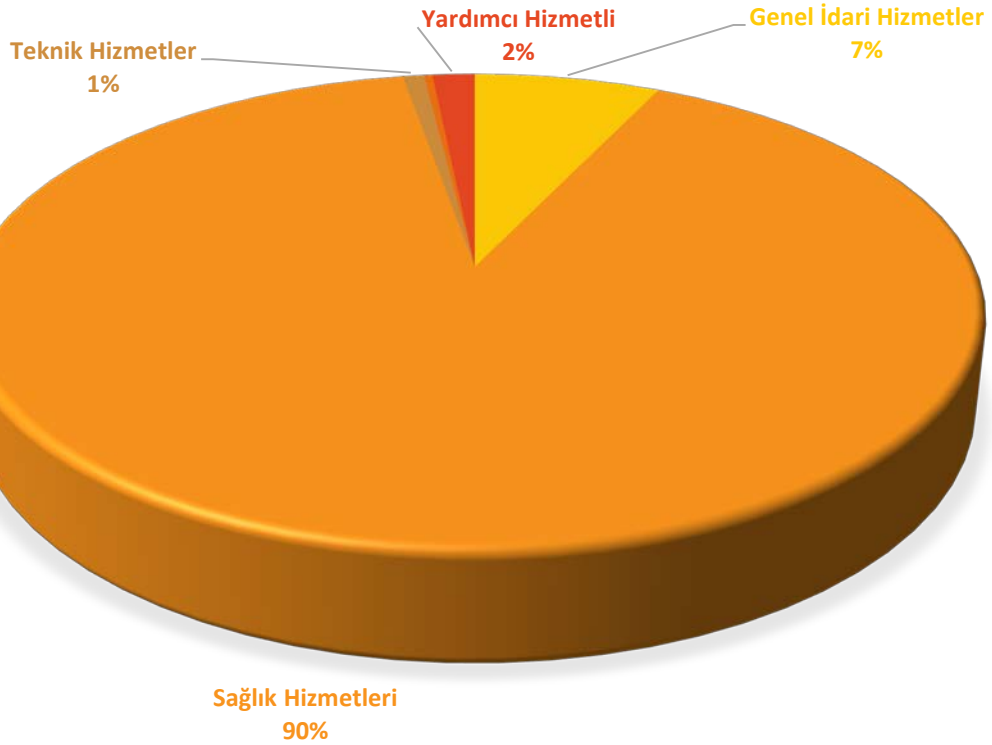
### 1.7.1 Akademik Personelin Görev Dağılımı

	Profesör	Doçent	Dr. Öğretim Üyesi	Öğretim Görevlisi	Araştırma Görevlisi
Kişi	135	39	28	16	388
Yüzde%	%22,27	%6,43	%4,62	%2,64	%64,02



### 1.7.2 İdari Personelin Görev Dağılımı

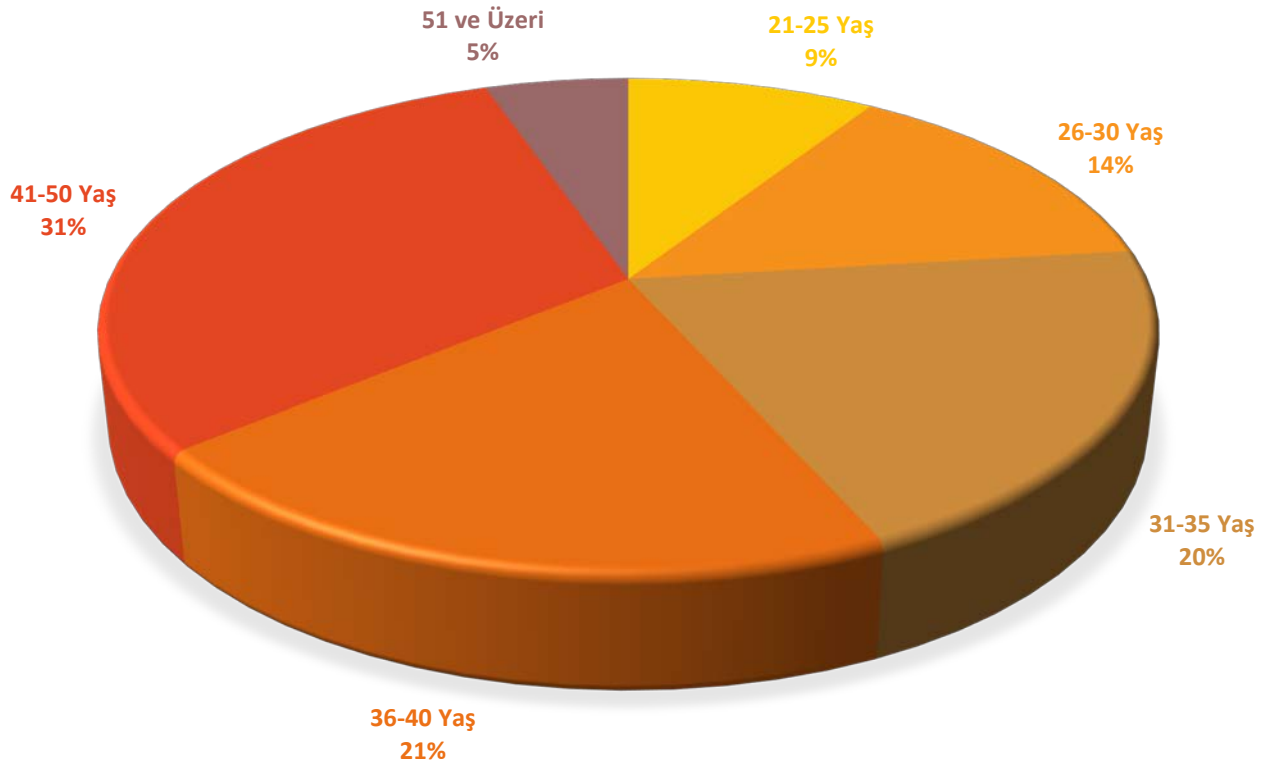
	Genel İdari Hizmetler	Sağlık Hizmetleri	Teknik Hizmetler	Din Hizmetleri	Yardımcı Hizmetli
Kişi	44	561	5	2	10
Yüzde%	7,07	90,19	0,80	0,32	1,60





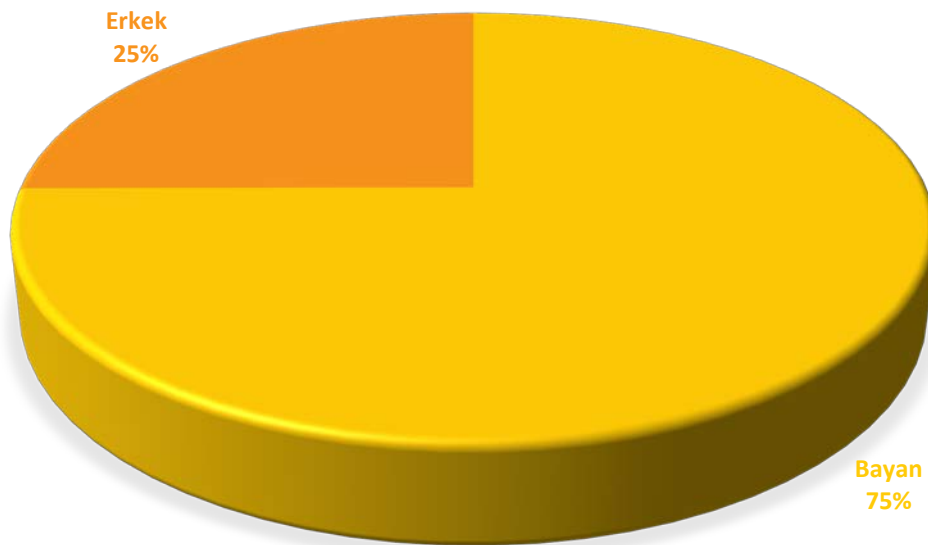
### 1.7.3 İdari Personelin Yaş Dağılımı

	21-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş	51 ve Üzeri
<b>Kişi</b>	45	69	100	102	152	26
<b>Yüzde%</b>	9,10	13,96	20,24	20,64	30,76	5,26



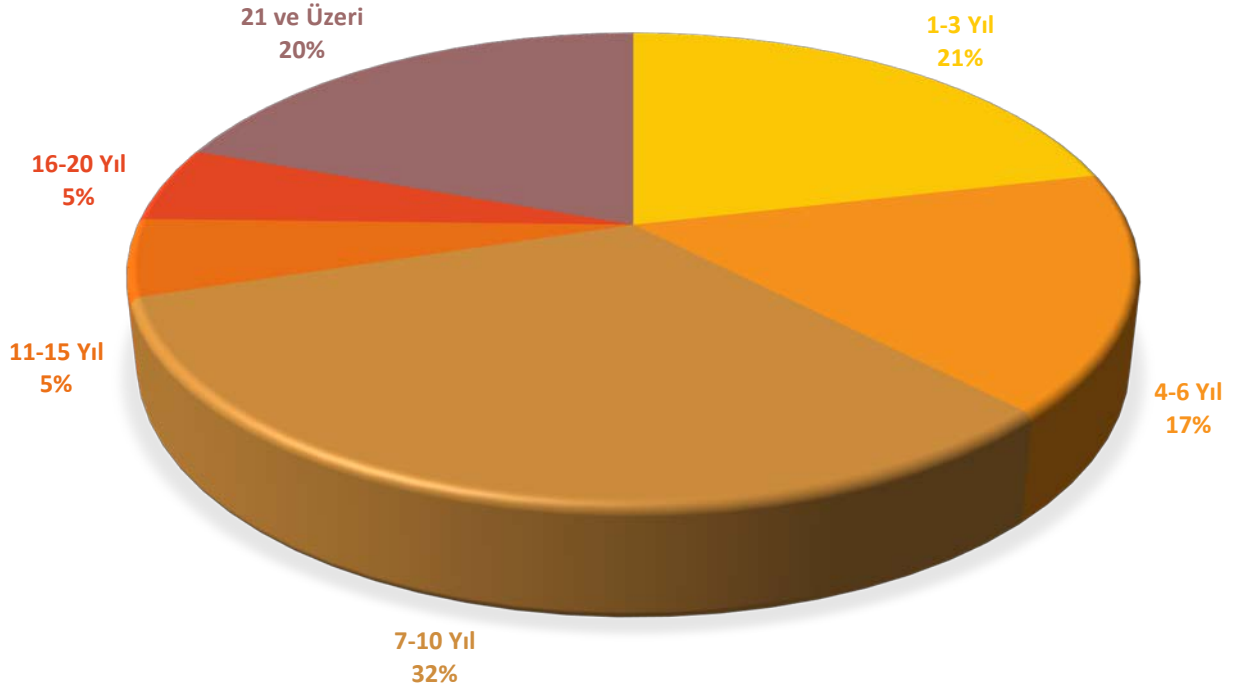
### 1.7.4 İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı

	Bayan	Erkek
<b>Kişi</b>	466	156
<b>Yüzde%</b>	%74,9	25,08



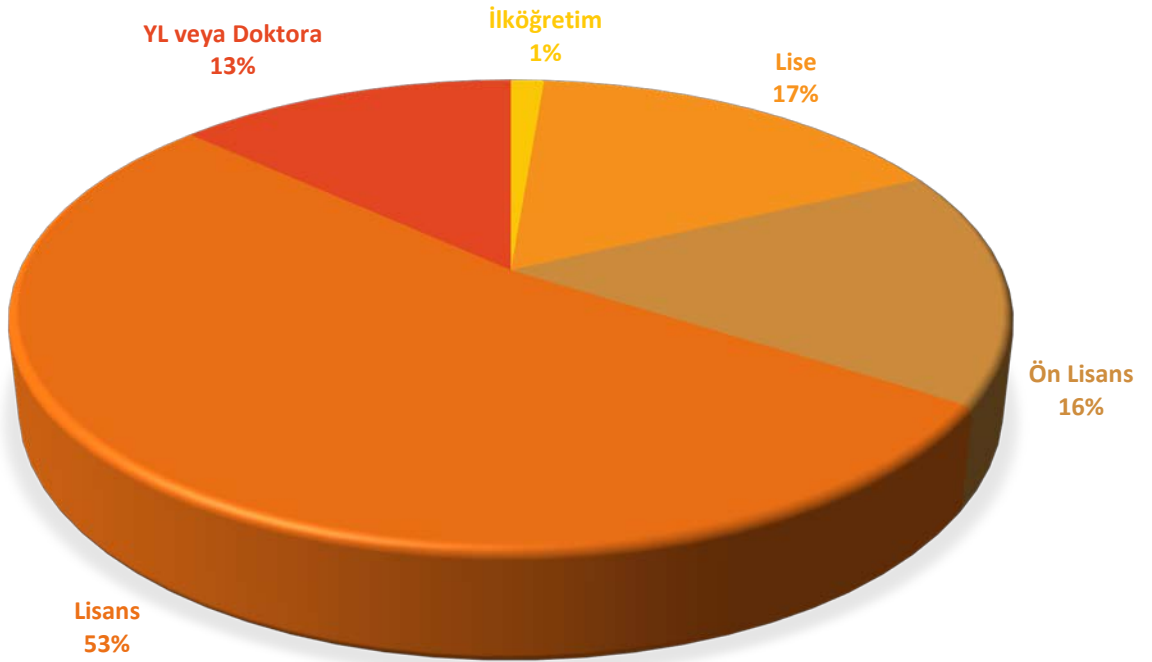
### 1.7.5 İdari Personelin Hizmet Süresi Dağılımı

	1-3 Yıl	4-6 Yıl	7-10 Yıl	11-15 Yıl	16-20 Yıl	21 ve Üzeri
<b>Kişi</b>	133	102	201	33	32	121
<b>Yüzde%</b>	21,38	16,39	32,31	5,30	5,14	19,45



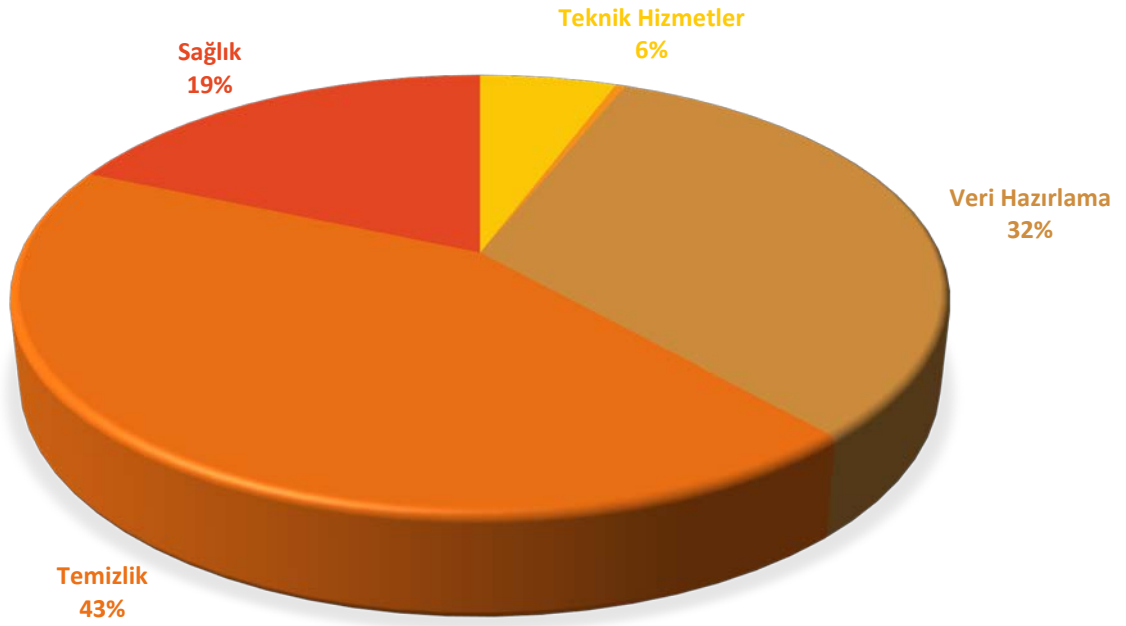
### 1.7.6 İdari Personelin Eğitim Durumu

	İlköğretim	Lise	Ön Lisans	Lisans	YL veya Doktora
<b>Kişi</b>	8	103	101	328	82
<b>Yüzde%</b>	1,2	16,55	16,23	52,73	13,8



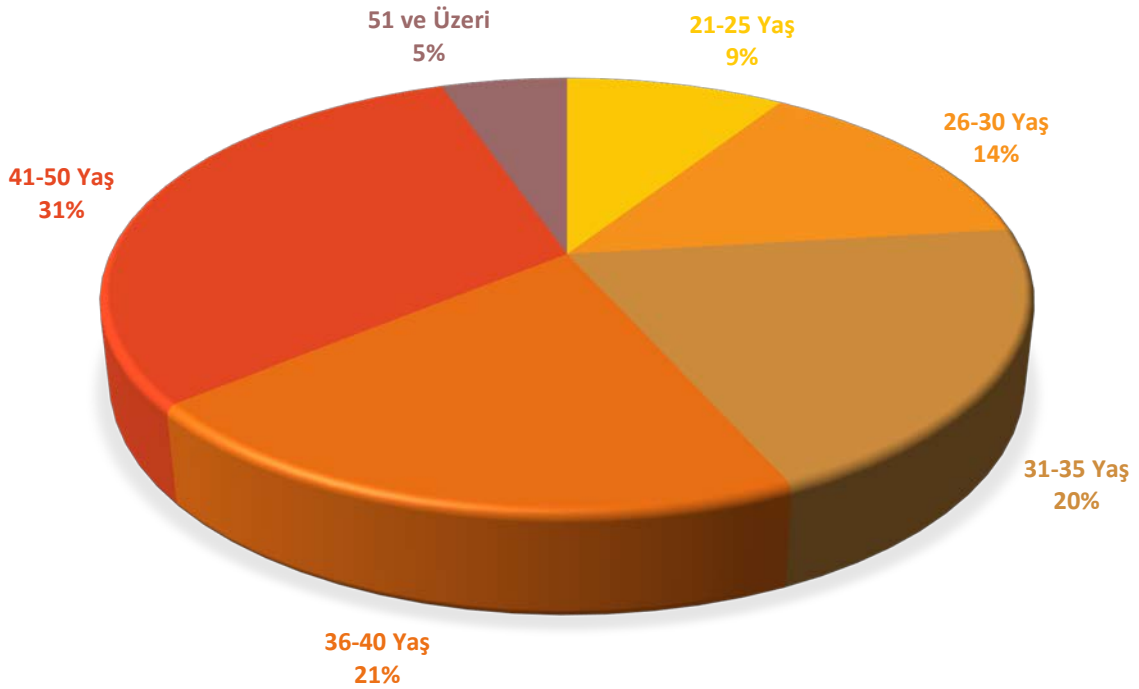
### 1.7.7 Sürekli İşçilerin Görev Dağılımı

	Teknik Hizmetler	Ulaşım	Veri Hazırlama	Temizlik	Sağlık
Kişi	28	2	160	213	91
Yüzde%	5,66	0,40	32,38	43,11	18,42



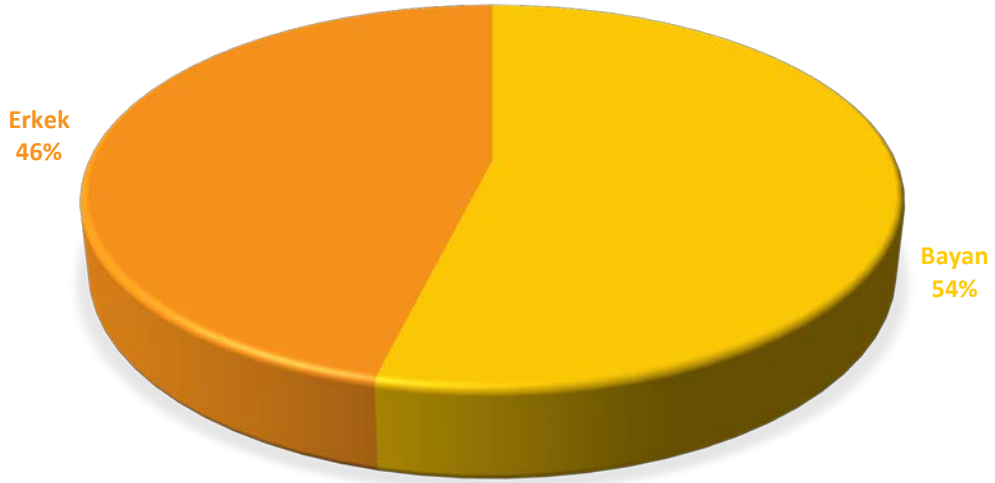
### 1.7.8 Sürekli İşçilerin Yaş Dağılımı

	21-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş	51 ve Üzeri
Kişi	45	69	100	102	152	26
Yüzde%	9,10	13,96	20,24	20,64	30,76	5,26



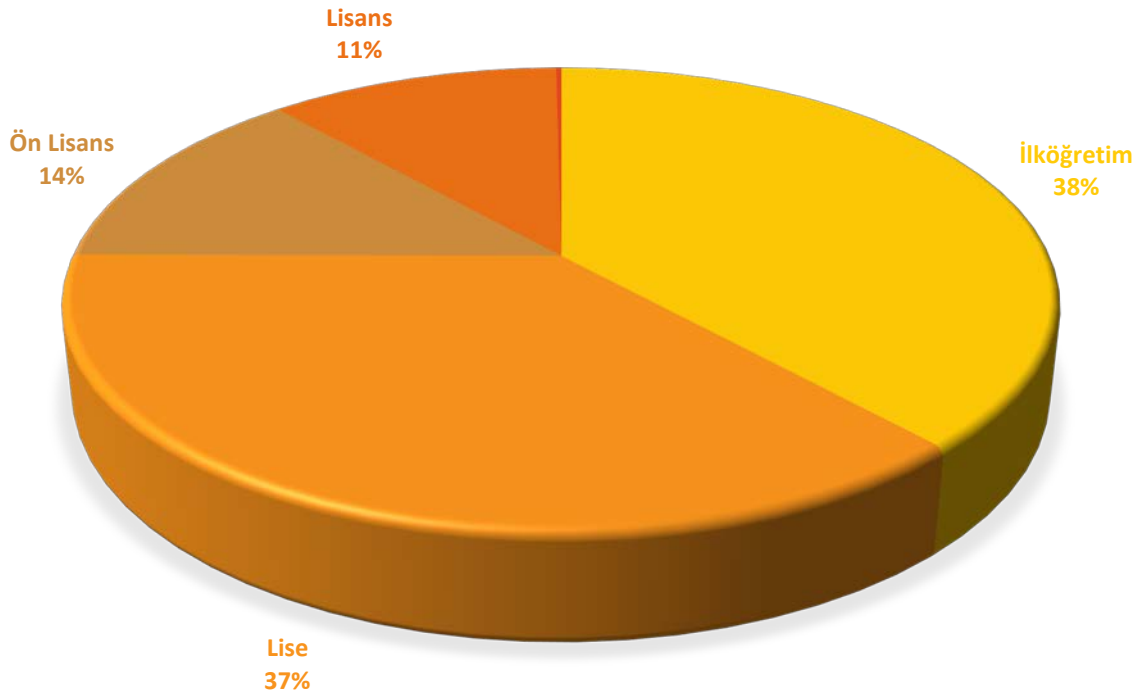
### 1.7.9 Sürekli İşçilerin Cinsiyet Dağılımı

	Bayan	Erkek
Kişi	266	228
Yüzde%	53,84	46,19



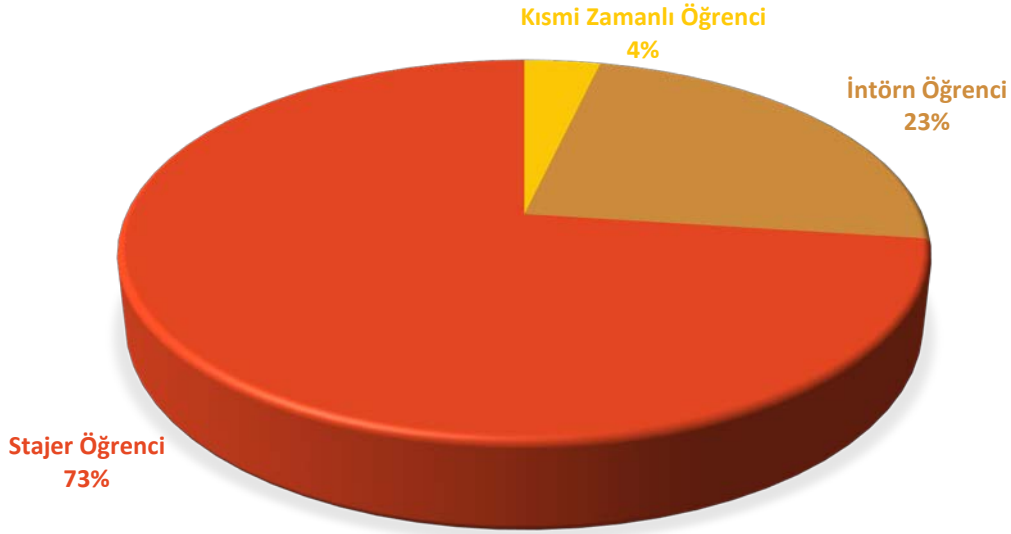
### 1.7.10 Sürekli İşçilerin Eğitim Durumu

	İlköğretim	Lise	Ön Lisans	Lisans	YL veya Doktora
Kişi	189	182	66	56	1
Yüzde%	38,2	36,8	13,36	11,33	0,31



### 1.7.11 Hastanede Görev Yapan Öğrencilerin Dağılımı

	Kısmi Zamanlı Öğrenci	İntörn Öğrenci	Stajyer Öğrenci
Kişi	78	503	1564
Yüzde%	%3,63	%23,44	%72,91



### 1.7.12.1 Hemşirelik Hizmetleri;

Bölüm	Hemşire Sayısı 2019	Yatak Sayısı 2019	Oran % 2019 (Hemşire/Yatak)	Oran % 2018 (Hemşire/Yatak)
Yoğun Bakım (7Adet)	125	77	1,62	1,68
Klinikler (25 Adet)	201	510	0,39	0,65
Acil Servis Hizmetleri (2Adet)	41	42	0,97	1,16
Ameliyathane (2 Adet)	36	14	2,57	3,21
Diğer Alanlar	100			
<b>TOPLAM</b>	<b>503</b>			

### 1.7.12.2 Biyolog/ Teknisyen/Tekniker Sayıları

	Bölüm	Alt Bölüm	Sayı	TOPLAM
Laboratuvar	Patoloji Laboratuvarı		11	63
	Merkez Laboratuvar	Mikrobiyoloji	19	
		Biyokimya	15	
	Kan Merkezi		8	
	Aferez/Terapötik Aferez		5	
	Genetik		3	
Görüntüleme	Hematoloji		2	29
	Radyoloji		24	
	Nükleer Tıp		5	
Diğer	Anestezi Teknisyeni		17	17
	Fizyoterapist		10	10
	Odyometre		3	3
	Tüp Bebek		1	1
<b>TOPLAM</b>				<b>123</b>

Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü <b>TOPLAM</b> Sayı	<b>626</b>
--	------------

### 1.7.12.3 Temizlik Personeli;

	Kapalı Alan (m <sup>2</sup> )	Personel Sayısı	Mahkum Sayısı	Toplam	Personel/kapalı alan m <sup>2</sup>
2018	62.902 m <sup>2</sup>	226	-	226	278,32 m <sup>2</sup>
2019	62.902 m <sup>2</sup>	220	35	255	246,67 m <sup>2</sup>

\*Temizlik personelleri hasta ve tıbbi malzeme transferi faaliyetlerini de yürütmektedir.



### 1.8 Sağlık Hizmetleri Hasta Sayıları

#### 1.8.1 Poliklinik hasta sayısı;

	Hasta Sayısı
2018	874.465
2019	969.565

#### 1.8.2 Yatan Hasta Sayıları (Toplam Hasta Sayısı);

Bölüm	Yatak Sayısı	Hasta sayısı
Acil Servis Hizmetleri	37	2.927
Yoğun Bakım	77	4.058
Klinik	556	29.864
Ameliyat Masası	15	27.774

\*2019 yılı içerisinde hastanemizde; yatan, ayaktan ve acil hastalar toplamı 976.550 olarak tespit edilmiştir.

#### 1.8.3 Görüntüleme Sayıları;

Bölüm	2018		2019	
	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı
Radyoloji	54.600	126.501	96.883	152.852
MR	34.162	44.184	32.087	42.844
Tomografi	49382	59.978	50.518	62.498
Girişimsel Radyoloji	706	851	1.057	1.418
Nükleer Tıp	11.000	14.053	9.448	10.489
PET-BT	2241	4.620	2.323	4.530
Radyasyon Onkolojisi	3814	19.719	3.854	26.985
Ultrason	29.351	51.897	35.805	53.153
<b>TOPLAM</b>	<b>185.256</b>	<b>321.803</b>	<b>231.975</b>	<b>354.769</b>

#### 1.8.4 Tahlil Sayıları;

	2018	2019
Biyokimya	5.621.887	8.677.933
Mikrobiyoloji	57.837	60.151
Kan Merkezi	19.408	20.182
Aferez	3.143	3.335
Terapötik Aferez	206	225



#### 1.8.5 Patoloji Laboratuvarı Analizi

	Hasta Kayıt	İşlem Sayısı
2018	15.307	58.468
2019	16.411	60.357



## 1.8.6 Diğer Hizmetler

### 1.8.6.1 Göz Bankası İstatistikleri

	Temin edilen kornea sayısı	Toplam nakil sayısı
2018	104	73
2019	73	57

### 1.8.6.2 Beyin ölümü ve Organ Çıkarımı İstatistikleri

	2016	2017	2018	2019
Beyin ölümü sayısı	16	23	29	18
Donör Sayısı	5	4	7	1
Çıkarım yapılan organ sayısı	19	21	29	5

### 1.8.6.3 Kozmetoloji İstatistikleri

	Hasta sayısı	İşlem sayısı
2018	560	2870
2019	927	3262





## 1.9 Yönetim Ve Kontrol Sistemleri

Yönetim; süreç ihtiyaçları göz önünde bulundurularak oluşturulan komite ve ekiplerin almış olduğu kararlar ve haftalık düzenlenen yönetim toplantı kararları göz önünde bulundurularak yürütülmektedir.

### Komiteler ve Ekipler;

	Komite	Komite Başkanı
1	Kalite Komisyonu	Prof. Dr. Seyhun Kürşat
2	Hastane Yönetim Kurulu	Prof. Dr. Seyhun Kürşat
3	Çalışan Güvenliği Komitesi	Dr. Öğr. Üyesi Fatih Özcan
4	Hasta Güvenliği Komitesi	Doç. Dr. Mesut Mete
5	Eğitim Komitesi	Doç. Dr. Mesut Mete
6	Tesis Güvenliği Komitesi	Fatih Yıldırım
7	Emzirme Komitesi	Doç. Dr. Mesut Mete
8	Radyasyon Güvenliği Komitesi	Prof. Dr. İsmet Topçu
9	Kan Transfüzyon Komitesi	Prof. Dr. İsmet Aydoğdu
10	Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Prof. Dr. Banu Çetin
11	Klinik Kalite Veri İyileştirme Komitesi (Yeni)	Dr. Öğrt. Üyesi Fatih Özcan
12	Acil Durum Afet Ekibi	Prof. Dr. İsmet Topçu
13	Mavi Kod Ekibi	Prof. Dr. Gönül Tezcan Keleş
14	Atık Yönetim Ekibi	Fatih Yıldırım
15	Bilgi Güvenliği ve HBYS Ekibi	Fatih Yıldırım
16	Doku ve Organ Bağış Ekibi	Prof. Dr. Melek ÇİVİ
17	Hastane Bina Turu Ekibi	Harun Duracak
18	İlaç Yönetim Ekibi	Prof. Dr. İsmet Topçu
19	Nütrisyon Destek Ekibi	Prof. Dr. İsmet Topçu
20	Öneri/Şikayet Değerlendirme Kurulu	Dr. Öğrt. Üyesi Fatih Özcan
21	Öz Değerlendirme Ekibi	Dr. Öğrt. Üyesi Fatih Özcan
22	Palyatif bakım Ekibi	Prof. Dr. Alp Yentürk
23	Stok Yönetim Ekibi	Prof. Dr. İsmet Topçu
24	Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi	Prof. Dr. İsmet Topçu

Komite ve ekip toplantılarına yönelik süreç; yıllık toplantı planı, dönem toplantılarının düzenlenmesi, katılımların sağlanması ve toplantı kararlarına ilişkin sorumluların belirlenmesi, alınan kararlara yönelik faaliyetlerin takibi yapılarak yürütülmekte ve kayıt altına alınmaktadır.



### 1.9.1 2019 Yılı Toplantı Analizi

Hastane Yönetim Kurulu	Toplantı Sayısı	Alınan toplam karar sayısı
2018	12	69
2019	13	113

### 1.9.2 2018-2019 yılı Komite ve Ekip Toplantıları

Yıl	Yıl içerisinde düzenlenen toplam toplantı sayısı	Toplantılara katılan personel sayısı ve niteliği			Alınan toplam karar sayısı	Tamamlanan karar oranı	Tamamlanamayan karar oranı	Ek süre verilen karar oranı
		Hekim	İdari	Sağlık Per.				
2018	54	Hekim	İdari	Sağlık Per.	303	%54.45	%15.84	%29,71
		76	246	57				
2019	17	Hekim	İdari	Sağlık Per.	142	%40	%4	%56
		32	70	37				



### 1.9.3 İç ve Dış Kontrol

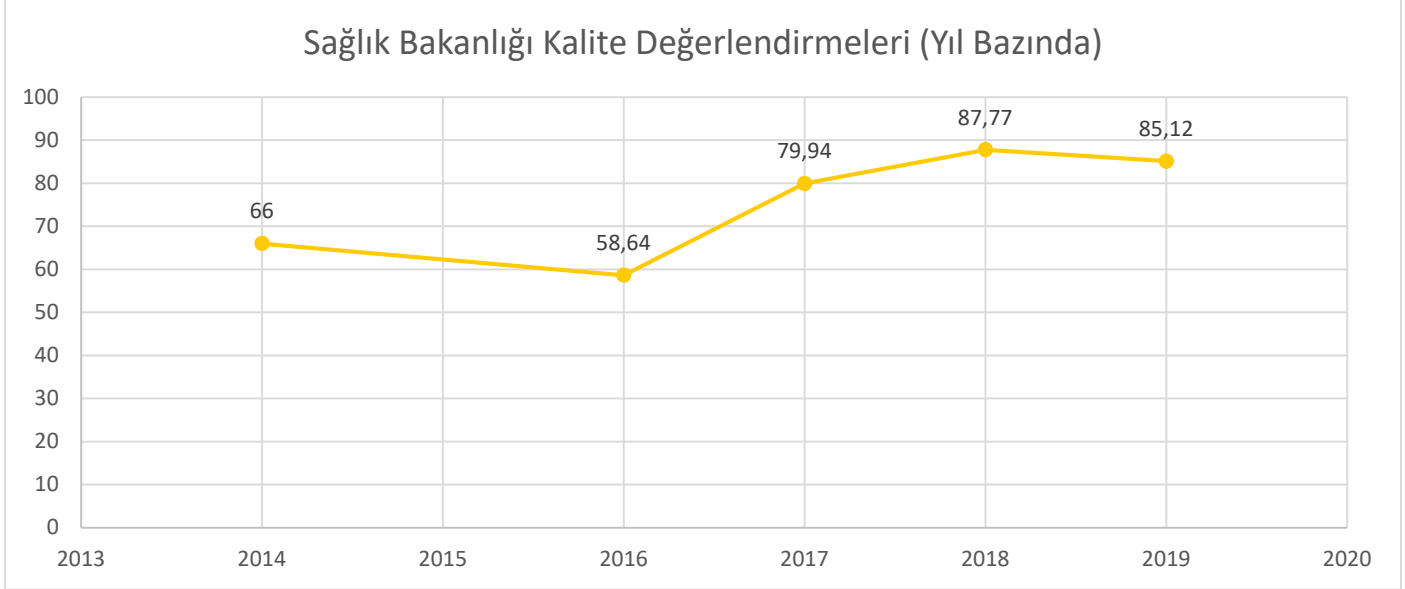
**İç Kontrol;** yılda bir kez olmak üzere “Öz Değerlendirme” planına uygun olacak şekilde yapılmaktadır. Öz değerlendirme ekibi; tüm meslek gruplarının katılımıyla, yetkin personellerden oluşmaktadır. Değerlendirme içeriği olarak Sağlık Bakanlığı Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı’ nın yayınlamış olduğu standartlar ve Türk Standartlar Enstitüsü ISO 9001 standartları göz önünde bulundurularak yürütülmektedir. Değerlendirme kapsamında tüm bölümler yer almaktadır.



**Dış kontrol;** Türk Standartları Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir.

TS EN ISO 9001:2015 belgelendirme sürecine ilişkin olarak TSE denetçileri tarafından, gözetim değerlendirilmesi yapılmış ve belgenin devamlılığına karar verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı düzeyinde yapılan değerlendirmelerde, 2019 yılında karşılanmayan standartlar üzerinden değerlendirme yapılmış olup, **karşılanmayan standartlar bazında %85' lik iyileşme olduğu görülmüştür.**



## 2019 yılı Değerlendirme Raporu

2019 yılı Kalite Yönetim Sistemi kapsamında gerçekleştirilen faaliyetlere ilişkin sayısal analizler aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

### 2018-2019 yılı hedeflerine ilişkin değerlendirme (KU,LS.03);

Yıl	Belirlenen Hedef Sayısı	Gerçekleşen Hedef Sayısı	Gerçekleşen Hedef Oranı	Kısmen Gerçekleştirilen Hedef Sayısı	Kısmen Gerçekleştirilen Hedef Oranı
2018	225	154	%68,44	-	-
2019	174	41	%23,56	22	%12

### 2018-2019 yılı Güvenlik Raporlama Sistemi Analizi;

Bildirim Yılı	Toplam Bildirim Sayısı	Sonuçlandırılan	Yeni Bildirim	DÖF atanan
2018	327	327	-	-
2019	450	447	-	7

### 2018-2019 yılı DÖF Sistemine yönelik analizi;

Bildirim Yılı	Bildirim Sayısı	Sonuçlandırılan DÖF Oranı	Tamamlanamayan DÖF Oranı	Ek süre verilen DÖF Oranı
2018	134	%64,17	%27,15	%8,68
2019	177	%23,16	%76,83	-

### 2018-2019 yılı Eğitim Yönetimi analizi;

Eğitim Yılı	Toplam Eğitim Sayısı	Gerçekleşen Eğitim Oranı	Plan dışı yapılan eğitim Oranı	Personelin Eğitime Katılım Oranı	Oryantasyon eğitimi verilen personel sayısı
2018	512	%87,69	%32,81	%85	26
2019	375	%65,06	%13,86	%70,43	120

**2018-2019 yılı Doküman Yönetimi Analizi;**

Yıl	Sisteme kayıtlı toplam doküman sayısı	Gözden Geçirilen Doküman Oranı	Yıl içerisinde düzenlenen toplam doküman sayısı	Revize edilen doküman sayısı	Toplam Basım Sayısı		
					Dış Matbaa	Rektörlük Matbaa	Hastane Matbaa
2018	1500	%85	495	41	-	-	-
2019	1985	%40,13	382	67	-	-	-

**2019 yılı doküman niteliği dağılımı;**

Rehber	9
Prosedür	66
Talimat	136
Plan	80
Form	697
Rıza Belgesi	493
Liste	88
Yardımcı Doküman	264
Gösterge Yönetimi Dokümanları	152
<b>TOPLAM</b>	<b>1985</b>
<b>Revize edilen Doküman Sayısı</b>	<b>153</b>

**2018-2019 yılı Toplantı Yönetimi Analizi;**

Yıl	Yıl içerisinde düzenlenen toplam toplantı sayısı	Toplantılara katılan personel sayısı			Alınan Toplam Karar Sayısı	Tamamlanan Karar Oranı	Tamamlanamayan Karar Oranı	Ek süre verilen karar oranı
		Hekim	İdari	Sağlık Per.				
2018	54				303	%54.45	%15.84	%29,71
		76	246	57				
2019	17				142	%40	%4	%56
		32	70	37				

**2018 – 2019 yılı web adreslerine ziyaret;**

Yıl	<a href="http://hastane.cbu.edu.tr">http://hastane.cbu.edu.tr</a> Adresine ziyaret sayısı	Hastane Kurum içi Ziyaretçi sayısı sıralaması	<a href="http://hkyb.cbu.edu.tr">hkyb.cbu.edu.tr</a> Adresine ziyaret sayısı	Kalite Kurum içi Ziyaretçi sayısı sıralaması	#cbuhkyb Instagram adresi takipçi sayısı
2018	360.056	9.	15.890	81.	204
2019	367.939	7.	74.574	43.	345

## 2. AMAÇ VE HEDEFLER

<b>1.Amaç</b>	<b>Hedef</b>
1.Kurumsal Hizmet faaliyetlerinin etkin yürütülmesinin sağlanması	1.1 Hastane yönergesinin güncellenmesi
	1.2 Doküman yönetimine ilişkin sürekliliğin sağlanması
	1.3 Risk Yönetiminin kontrol altına alınması
	1.4 Güvenlik Raporlama Sisteminin yaygınlaştırılması
	1.5 Hizmet içi eğitim Yönetiminin sağlanması
	1.6 Uzaktan Eğitim sürecinin yürütülmesi
	1.7 Acil Durum Afet Yönetimine ilişkin tedbirlerin alınması
	1.8 Poliklinik Hizmetleri binasına transferin sağlanması
	1.9 Personel eksikliğinin giderilmesi
<b>2.Amaç</b>	<b>Hedef</b>
2. Çalışan Güvenliğine ve memnuniyetinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin artırılması	2.1 Sağlık taramalarının tamamlanması
	2.2 Çalışan memnuniyet oranının %10 artırılması
	2.3 Personel temin planının hazırlanması
	2.4 Çalışanların görevlerine ilişkin performans kriterlerinin belirlenmesi
	2.5 Kişisel koruyucu ve ekipmanlara yönelik eksikliklerin tamamlanması
<b>3.Amaç</b>	<b>Hedef</b>
3. Hasta Güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin artırılması	3.1 İlaç güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin alınması
	3.2 Hasta memnuniyet oranının % 4 artırılması
	3.3 Sterilizasyon ve Ameliyathane alanlarının ayrılması ve güncel mevzuatlara uygun hale getirilmesi
	3.4 Randevu ve sonuç verme sürelerine ilişkin düzenlemelerin yapılması
	3.5 Doğum Hizmetlerine yönelik fiziki düzenlemelerin yapılması
	3.6 Diyaliz ünitesine yönelik fiziki düzenlemelerin yapılması
	3.7 Endoskopi ünitelerine yönelik fiziki düzenlemelerin sağlanması
	3.8 Yoğun Bakım ünitelerine yönelik fiziki düzenlemelerin sağlanması
	3.9 Hasta güvenliğine ilişkin kurgulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımının %100 sağlanması
	3.10 Hasta güvenliğine ilişkin kurgulanan Güvenli Anestezi Kontrol Listesinin kullanımının %100 sağlanması
	3.11 Cerrahi operasyonlara yönelik Taraf işaretlemelerinin %100 sağlanması
<b>4.Amaç</b>	<b>Hedef</b>
4. Tesis Güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin artırılması	4.1 Malzeme ve Cihaz yönetimine ilişkin, temin, depolama ve faturalandırılmasına yönelik düzenlemelerin tamamlanması
	4.2 Hastane temizliği etkin yürütülmesine yönelik faaliyetlerin tamamlanması
	4.3 Fiziki altyapı çalışmalarına ilişkin uygunsuzlukların %60 oranında tamamlanması
	4.4 Dijital Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri sürecinin başlatılması
	4.5 Dış kaynak kullanımı (Hizmet alımı) süreçlerine ilişkin kurgulanan sistemin etkinliğinin sağlanması
	4.6 Atık yönetimine ilişkin uygunsuzlukların giderilmesi
	4.7 Bilgi Yönetim Sisteminin ilişkin alt yapının tamamlanması
	4.8 Yaşam sonu hizmetlere yönelik eksikliklerin giderilmesi
<b>5.Amaç</b>	<b>Hedef</b>
5. Gösterge Yönetimi ve Veri Analizlerine yönelik etkinliğin sağlanması	5.1 Gösterge yönetimine ilişkin sağlıklı verilerin toplanmasına ilişkin süreçlerin tamamlanması
	5.2 Toplanan verilerin analizlerinin yapılmasına ilişkin süreçlerin tamamlanması
	5.3 Hastanede gösterge kültürünün gelişmesine yönelik faaliyetlerin yürütülmesi

### 3. HASTANE BÜTÇE VE MAALİYETLER

#### 3.1 Gelirler;

	Rektörlükten Aktarılan	Fatura Gelirleri	Toplam
OCAK		11.371.103,93	11.371.103,93
ŞUBAT	1.010.000,00	11.078.762,48	12.088.762,48
MART		12.281.741,39	12.281.741,39
NİSAN	1.000.000,00	12.093.592,65	13.093.592,65
MAYIS		12.088.670,63	12.088.670,63
HAZİRAN		11.622.058,29	11.622.058,29
TEMMUZ	1.000.000,00	11.701.310,28	13.701.310,28
AĞUSTOS		11.550.082,33	11.550.082,33
EYLÜL		12.643.317,04	12.643.317,04
EKİM		13.355.975,69	13.355.975,69
KASIM		14.262.203,59	14.262.203,59
ARALIK		15.463.948,95	15.463.948,95
TOPLAM		<b>149.512.767,25</b>	
<b>GENEL TOPLAM</b>			<b>152.522.767,25</b>

#### 3.2 Giderler;

	Bütçe Başlangıç Ödeneği	Gerçekleşme Toplamı	Gerçekleşme oranı (%)
Personel Giderleri	170.660.542,19	168.961.152,88	99
SGK Devlet Primi Giderleri	17.270.835,01	17.270.835,01	100
Mal ve Hizmet Alımı Giderleri (Genel Toplam)	95.640.400,00	147.264.423,84	154
Cari Transferler	11.579.340,00	9.719.529,62	84
Sermaye Giderleri	373.000,00	441.796,40	118

##### 3.2.1 Hizmet Alımı Yapılan Cihazlar;

Bölüm Adı	Hizmet Alımı	Maliyet
Bilgisayarlı Tomografi	BT (1 yıllık)	2.290.800,00
Nükleer Tıp	PET/BT (3 yıllık)	9.769.600,00
Onkoloji	RADYASYON ONKOLOJİ (3 yıl)	10.440.000,00
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>22.500.400,00</b>

##### 3.2.2 Bakım Onarım Giderleri;

	Maliyet (2018)	Maliyet (2019)	
Medikal Mühendislik	673.670,00	1.202.734,66	<b>TOPLAM MALİYET (2019)</b>
Atölye	4.522.742,57	624.908,83	
			<b>1.827.643,49</b>



### 3.2.3 Elektrik, Su, Doğalgaz ve Telefon Giderleri

	Elektrik	Su	Doğalgaz	Telefon	Toplam
OCAK	415.611,90		318.969,25	2.122,21	736.703,36
ŞUBAT	363.272,81	151.182,50	264.652,84	2.122,21	781.230,36
MART	371.950,10		200.609,45	2.122,72	574.682,27
NİSAN	309.410,90	135.865,50	116.324,32	2.135,25	563.735,97
MAYIS	524.488,10		28.968,30	2.125,75	555.582,15
HAZİRAN	781.978,80	95.783,50	26.816,41	2.096,50	906.675,21
TEMMUZ	913.684,90		27.690,61	2.101,25	943.476,76
AĞUSTOS	874.785,70	104.135,50	35.855,95	2.072,00	1.016.849,15
EYLÜL	649.517,50		35.795,17	2.222,00	687.534,67
EKİM	537.612,33	205,797,00	40.622,82	2.380,17	786.412,32
KASIM	400.204,73		157.235,71	2.444,98	559.885,42
ARALIK	393.178,70	109.740,00	322.981,55	2.422,75	828.323,00
<b>TOPLAM</b>	<b>6.535.696,47</b>	<b>492.571,50</b>	<b>1.576.522,38</b>	<b>26.367,79</b>	
<b>GENEL TOPLAM</b>					<b>8.941.090,64</b>

### 3.2.4 Araç ve Jeneratör Yakıt Kullanımı;

	Motorin	LPG	Benzin	TOPLAM
OCAK	9.106,94	177,53	481,71	9.766,18
ŞUBAT		99,39		99,39
MART		63,58	184,30	247,88
NİSAN		65,59	412,33	477,92
MAYIS	10.662,05	126,30	162,61	10.950,96
HAZİRAN		118,25	292,83	411,08
TEMMUZ		117,93	301,87	419,80
AĞUSTOS		297,73	346,72	644,45
EYLÜL		237,08		237,08
EKİM		237,08	158,60	395,68
KASIM		476,82	372,22	849,04
ARALIK	5.254,29	203,15	219,43	5.676,87
<b>TOPLAM</b>	<b>25.023,28</b>	<b>2.220,43</b>	<b>2.932,62</b>	
<b>GENEL TOPLAM</b>				<b>30.176,33</b>

## 4. GÖSTERGE YÖNETİMİ

Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu ve hastanemizde takip etme ihtiyacı duyduğumuz süreçlere yönelik sayısal veriler elde edilebilecek sistemler kurgulanarak analizler yapılmaya başlanmış ve bu analizlere yönelik, ilgili süreç sorumlularının da, katılımı ile iyileştirme faaliyetleri planlanmamaktadır.

hkyb.mcbu.edu.tr



Kalite Yönetim Birimi | Doküman Yönetimi | Eğitim Yönetimi | **Gösterge Yönetimi** | Cihaz Yönetimi | Tesis Yönetimi

Diş Kaynaklı Dokümanlar | Yemek | Görev Tanımları | Anket Yönetimi | Acil Gösterge Yönetimi Nedir? | Yönetimi | Resim Galerisi | Videolar | TSE EN ISO 9001 | Radyasyon Güvenliği

Gösterge Kartları  
Gösterge Hedefleri  
Gösterge Toplantı Yönetimi  
Gösterge Sorumluları  
Veri Toplama Formları

Yemekhane Hizmetleri  
Acil Durum Afet Yönetimi  
Enfeksiyonların Önlenmesi  
Transfüzyon Hizmetleri  
Laboratuvarlar  
Yoğunbakımlar  
İnsan Kaynakları  
Kalite Yönetimi  
Hasta Bakımı (Hemşirelik Hizmetleri)  
Acil Servis Hizmetleri  
Eğitim Yönetimi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Radyasyon Güvenliği

GBYB 01 Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı																						
Yarış	Olay Bazlı GENEL			Olay Bazlı Oluştığı Yer		Olay Bazlı Bası Yarısı Oluşan Gün Bazlı					Olay Bazlı Bası Yarısı Derecesi Bazlı				Olay Bazlı Risk Derecesine göre dağılım			Olay Bazlı Bası				
	Pay	Payda	Oran	Hastane İçi	Hastane Dışı	0-7 gün	8-14 gün	15-21 gün	22-28 gün	29 gün+	Evre 1	Evre 2	Evre 3	Evre 4	Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	Sakrum	Dirsek	Baş	Kalça	Koltuk
Ocak	195	370	52,7027027	192	3	54	61	30	32	18	116	78	1	0	7	185	69	69	4	61	2	
Şubat	99	310	31,93548387	99	0	47	21	8	23	0	31	68	0	0	5	92	8	8	4	61	2	
Mart	194	350	55,42857143	194	0	30	28	42	62	32	75	118	1	0	17	177	57	57	26	99		
Nisan	65	330	19,6969697	62	3	51	6	2	5	1	34	27	4	0	3	62	22	22	6	27		
Mayıs	10	344	2,906976744	10	0	0	1	4	4	1	3	5	2	0	0	2	8	7		3		
Haziran	26	350	7,428571429	25	1	5	7	4	5	5	22	4	0	0	7	9	10	18		2		
Temmuz	23	371	6,199460916	11	0	6	5	6	2	4	17	6	0	0	13	10	16	3		3		
Ağustos	18	357	5,042016807	18	0	5	5	5	2	1	13	4	1	0	16	0	2	13		3		
Eylül	14	364	3,846153846	14	0	6	4	2	2	0	8	3	3	0	11	0	2	5		4		
Ekim	21	369	5,691056911	21	0	1	3	12	4	1	19	0	2	0	19	0	1	5		11	3	
Kasım	7	330	2,121212121	7	0	1	2	3	2	0	0	7	1	0	0	0	0	7		1		
Aralık	7	361	1,939058172	7	0	2	0	2	3	0	0	7	0	0	0	0	4	4		2		
<b>ORTALAMA</b>			<b>16,24485289</b>	660	7	208	143	120	146	63	338	327	15	0	53	56	553	231	0	36	300	14

Yarış	Hasta Bazlı GENEL			Hasta Bazlı Oluştığı Yer	
	Pay	Payda	Oran	Hastane İçi	Hastane Dışı
Ocak	15	62	24,19354839	12	3
Şubat	7	57	12,28070175	7	0
Mart	9	73	12,32876712	9	0
Nisan	12	69	17,39130435	9	3
Mayıs	4	56	7,142857143	4	0
Haziran	8	45	17,77777778	7	1
Temmuz	11	63	17,46031746	11	0
Ağustos	8	59	13,55932203	8	0
Eylül	7	77	9,090909091	7	0
Ekim	9	62	14,51612903	9	0
Kasım	7	55	12,72727273	7	0
Aralık	5	76	6,578947368	5	0
<b>ORTALAMA</b>			<b>13,75398785</b>	95	7



## SWOT ANALİZİ

(Strengths Weaknesses Opportunities Threats)

### S (GÜÇLÜ YÖNLER)

Elektronik orderın aktif olması  
Nitelikli HBYS işletim sistemine sahip olmamız  
Narkotik ilaç takibinin yapılması  
Enfeksiyon onayı isteyen ilaçların takibi  
Raporlu ilaçların takibi  
Soğuk zincir ilaçların takibi ve teslimi  
İleri seviye tetkik ve donanım kabiliyeti  
Hızlı tetkik sonuçlandırma  
Hızlı hasta sirkülasyonu ve analizi  
YB sertifikalı ve deneyimli personel bulunması  
Deneyimli ve yetkin hekim kadrosu  
Teknolojik olarak donanımlı aletlere sahip olmak  
Bilimsel çalışmaların yapılması  
Eğitim seminerlerine katılımın yüksek olması  
İnternet tabanlı uygulamalarda artış (E-reçete v.b.)

### W (ZAYIF YÖNLER)

Personel yetersizliği  
Malzeme eksikliği  
Fiziksel şartların yetersizliği  
Hasta profilinin kronik olması  
Motivasyon eksikliği  
Hasta bazlı ilaç tesliminin yapılamaması  
İlaç transferindeki riskler  
İlaç depolama alanlarının yetersizliği  
İlaç eksikliği  
Malzeme ve cihaz takibindeki yetersizlik  
Performans değerlendirme ve ödüllendirme olmaması  
Personel devir hızının yüksek olması  
Eğitimli temizlik personel azlığı  
Aynı işe farklı ücret uygulanması(Teknisyen, Hemşire)  
Yemeklerle ilgili problemlerin oluşması

### O (FIRSATLAR)

İldeki tek 3. basamaklı hastane olması  
İldeki tek üniversite olması  
Acil servisin fiziki şartlarının büyümesi  
Kalite bilincinin artması  
Sağlık sektöründeki büyüme  
Standardizasyonun hızla sağlanması  
Çalışan personelde genç oranının fazla olması  
Bilimsel kongre katılımlarının sağlanması  
Sağlık derneği faaliyetleri  
HBYS sisteminin birçok ihtiyacı karşılama yetisi  
Elektronik order kullanımı  
Kalite çalışmalarına destek verilmesi  
Sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi

### T (TEHDİTLER)

Kemoterapi ilaçlarının kırılma riski  
Hastaya yanlış veya eksik ilaç gitme olasılığı  
Soğuk zincirin kırılması  
Sağlık personelinin yüksek riskli ilaca rahat ulaşması  
Dış reçetelerin hastaya geç ulaşması  
Kurlardaki değişimler  
Hastaların beklentilerinin yüksek olması  
SUT düzenlemelerinde geri ödemelerin düşük olması  
Hasta ve yakınları tarafından şiddet riski  
İhale sürecindeki sıkıntılar  
İlaç politikasındaki değişimler  
Sağlık sektörüne ayrılan kaynak yetersizliği  
Şehir hastanelerinin açılması

## PLANLAMA UYGULAMA KONTROL VE ÖNLEM DÖNGÜSÜ

ÜNİVERSİTE YÖNETİMİ  
HASTANE YÖNETİM KURULU  
KALİTE YÖNETİMİ  
KOMİTE ve EKİPLER  
ACİL DURUM ve AFET

YATAN HASTA  
AYAKTAN HASTA  
ACİL HASTA  
İLAÇ YÖNETİMİ  
DOĞUM HİZMETLERİ  
PSİKİYATRİ  
DİYALİZ  
YOĞUN BAKIM  
AMELİYATHANE  
STERİLİZASYON  
TRANSFÜZYON  
GÖRÜNTÜLEME  
TAHLİL

YAŞAM SONU HİZ.  
İNSAN KAYNAKLARI  
ÇALIŞAN HAKLARI  
HASTA HAKLARI  
SOSYAL SORUMLULUK  
TESİS YÖNETİMİ  
BİLGİ YÖNETİMİ  
ARŞİV  
MALZEME YÖNETİMİ  
CİHAZ YÖNETİMİ  
ATIK YÖNETİMİ  
OTELCİLİK HİZMETLERİ  
DIŞ KAYNAK KULLANIMI

P U  
K Ö

REKTÖRLÜK DEĞERLENDİRMELERİ  
ÖZ DEĞERLENDİRME  
DOKÜMAN YÖNETİM SİSTEMİ  
BİRİM ZİYARETLERİ  
BİNA TURLARI  
KURUM DIŞI DEĞERLENDİRMELER  
GÖSTERGE YÖNETİMİ

RİSK YÖNETİMİ  
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ  
DÖF SİSTEMİ  
GÜVENLİK KOD SİSTEMİ(1111 vb.)

MANİSA ÇELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ		PROSES ETKİLEŞİM DERECELENDİRME TABLOSU																							K					
ANA PROSES	ALTI PROSES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
KURUMSAL HİZMETLER	1. Kurumsal Yapı	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	2. Kalite Yönetim	C	A	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	3. Risk Yönetimi	C	C	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	C	B	B	B	C	B	B
	4. Sosyal Sorumluluk	C	B	B	A	A	B	A	A	C	C	C	C	C	C	C	C	A	A	A	A	B	B	A	C	A	A	A	A	B
HASTA ve ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	5. İnsan Kaynakları	C	C	B	C	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
	6. Yaşam Sonu Hizmetler	C	B	B	B	B	A	B	B	C	C	C	C	B	C	C	C	C	A	A	A	A	C	C	C	C	B	B	B	
	7. Hasta Hakları	C	B	B	A	A	A	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	B	C	C	A	C	B	B	A	A	A	
	8. Çalışan Hakları ve Güvenliği	C	C	C	B	C	A	B	A	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B	B	B	B
SAĞLIK HİZMETLERİ	9. Yatan Hasta	C	B	B	B	C	C	C	A	C	C	C	C	C	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	B	
	10. Ayaktan Hasta	C	B	B	C	C	A	A	C	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	B	B	
	11. Acil Hasta	C	B	C	B	B	C	C	C	C	C	A	C	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	C	A	
	12. Doğum Hizmetleri	C	B	B	B	B	C	B	B	C	C	C	C	A	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
	13. Psikiyatri	C	B	C	C	B	B	C	C	C	C	C	C	C	A	B	C	C	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	A	
	14. Diyaliz	C	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	B	B	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
	15. Yoğun Bakım	C	B	C	B	C	B	B	C	B	B	C	B	B	C	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
	16. İlaç Yönetimi	C	B	B	A	B	B	C	C	C	B	C	C	C	C	C	A	C	A	B	C	B	C	C	A	C	C	C	C	
	17. Ameliyathane	C	B	B	B	C	C	C	C	A	C	C	C	B	B	C	C	A	C	C	C	C	C	C	B	C	C	C	C	
	18. Sterilizasyon	C	B	B	A	C	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	A	A	C	C	B	C	C	C	C	B	
	19. Transfüzyon	C	B	C	A	A	A	B	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	A	B	C	B	C	A	C	C	C	C	A	
20. Görüntüleme	C	B	B	A	B	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	B	A	A	B	C	A	C	C	C	B	C		
21. Tahlil	C	B	B	A	B	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	A	C	C	B	B	C	C	C	C	C		
DESTEK HİZMETLERİ	22. Tesis Yönetimi	C	B	C	A	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	C	B	B	B	A	C	B	C	B	B	C	C	
	23. Bilgi Yönetimi	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	C	A	C	C	C	C	C	C	
	24. Tıbbi Arşiv	C	B	B	A	A	B	B	B	C	A	A	C	C	A	C	B	B	A	B	A	C	A	A	A	A	A	A	A	
	25. Malzeme Yönetimi	C	B	B	A	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	B	
	26. Cihaz Yönetimi	C	B	B	A	A	A	A	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	B	A	B	C	A	
	27. Atık Yönetimi	C	B	B	A	C	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	B	C	A	C	
	28. Dış Kaynak Kullanımı	C	B	B	A	B	A	A	A	A	C	C	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C	A	A	B	C	A	C	
	29. Otelcilik Hizmetleri	C	B	B	C	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	A	B	C	B	A	C	A	C	C	A	
		ETKİLENER																												
A	ETKİSİZ																													
B	İNDİREKT ETKİLİ																													
C	DİREKT ETKİLİ																													

SWOT, PEST analizleri ve süreç etkileşim tabloları hazırlanarak, “Risk Tabanlı Proses” faaliyetleri tamamlanmış, belirlenen riskler göz önünde bulundurularak iyileştirme faaliyetleri planlanmıştır.

## 6. ÖNERİ ve TEDBİRLER

Hastanemiz sağlık hizmetleri alanında topluma hizmet sunmaya çalışmaktadır. Hizmetlerin daha etkin ve kaliteli yürütülmesi adına sürekli iyileştirme faaliyetleri planlamakta ve uygulamaktadır. Ancak hastanemize tahsis edilen bütçe ödenekleri kaliteli hizmet sunumunun yeterli düzeyde yapılmasının önüne geçmektedir. Bütçe imkânlarında sağlanacak artış, hizmet sürecinin güçlenmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Mevcut personel sayısındaki düşüş işleyişi olabildiğince olumsuz etkilemektedir.

Hastanemiz mevcut hizmet sunumu kalitesinin düşmemesi, iyileştirme faaliyetlerinin artırılması adına, komite ve ekip toplantılarını arttırmış ve toplantıları nitelikli hale getirerek, sahada faaliyet gösteren personellerimizi de karar süreçleri içerisine alarak, etkin yönetim modellerini kullanmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı değerlendirmeleri süreci, puan grafiğinde sağlanan artış, bunun somut bir göstergesidir. Hastanemizde ki tüm bölümler, Kalite ve Akreditasyon süreçlerine ilişkin standartlar göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmeye başlanmış ve bu konuda oldukça iyi bir ivme yakalanmıştır.

Hastanemiz idari yapısını güçlendirme yönünde ki tedbirlerini almaya kararlılıkla devam etmektedir. Tüm meslek gruplarının, kalite ve akreditasyon süreçlerine yöneltilmesi adına standartlara uygun amaçsal yorumlamalar yapılarak teşvikler sağlanmaktadır. Tüm bu süreçlerin yanı sıra iç kontrol sisteminin daha etkin çalışması adına plan ve projeler geliştirilmektedir.

## 7. EKLER

### 7.2 İ Kontrol Güvence Beyanı

Harcama yetkilisi olarak yetkim dahilinde;

Bu raporda yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu beyan ederim. Bu raporda açıklanan faaliyetler için idare bütçesinden harcama birimimize tahsis edilmiş kaynakların etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanıldığını. Görev ve yetki alanım çerçevesinde iç kontrol sisteminin idari ve mali kararlar ile bunlara ilişkin işlemlerin yasallık ve düzenliliği hususunda yeterli güvenceyi sağladığını ve harcama birimimizde süreç kontrolünün etkin olarak uygulandığını bildiririm.

Bu güvence, harcama yetkilisi olarak sahip olduğum bilgi ve değerlendirmeler, iç kontroller, iç denetçi raporları ile Sayıştay raporları gibi bilgim dahilindeki hususlara dayanmaktadır.

Burada raporlanmayan, idarenin menfaatlerine zarar veren herhangi bir husus hakkında bilgim olmadığını beyan ederim.

Prof. Dr. Seyhun Kürşat  
Başhekim



**MANİSA**  
**CELAL BAYAR**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
**HAFSA SULTAN HASTANESİ**

