



1. AMAÇ

Poliklinik, klinik, yoğun bakım, acil servis ve diğer birimlerde sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğini, erişilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini artırmak; hasta ve çalışan memnuniyetini yükseltmek, kaynakların verimli kullanımını sağlamak ve sağlık hizmet sunumunda kaliteyi sürekli iyileştirmektir.

2. KAPSAM

Devlet hastanesinde verilen tüm hizmetleri kapsar:

- Poliklinik ve klinik hizmetleri
- Acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane süreçleri
- Laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri
- İlaç, tıbbi sarf ve cihaz yönetimi
- MHRS randevu işlemleri
- Nöbet hizmetleri
- Sterilizasyon, enfeksiyon kontrolü ve otelcilik hizmetleri
- Çalışan memnuniyeti, bina turları ve tesis güvenliği

3. KISALTMALAR / TANIMLAR

- SDP: Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı
- NSDP: Nihai Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı
- KHGP: Kurum Hedef Gösterge Puanı
- SDS: Sağlık Tesisi Değerlendirme Sistemi
- MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
- HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
- Aksiyon Kodu: MHRS cetvelinde hekimin hizmet türünü belirten kod
- Sadakat Oranı: Randevuya gelen hasta oranı
- Cetvel: Hekimlerin çalışma saatlerini gösteren plan
- Risk: Eksik veri girişi, yanlış raporlama vb.

1. SORUMLULAR

• Birim / Rol

Sorumlulukları



Başhekimlik	: Süreç koordinasyonu, değerlendirme raporlarının onayı
Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi	: Öz değerlendirme, eksikliklerin analizi, iyileştirme planlaması (Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi İşleyiş Talimatı'na göre)
İl Değerlendirme Komisyonu	: Yerinde değerlendirme, raporlama, geri bildirim
Sağlık Tesisi Değerlendirme Sorumlusu	: Başhekim veya Başhekim Yardımcısına bağlı olarak sağlık tesisinde değerlendirmeler ile ilgili iş ve işlemleri yürüten kişidir. - Sağlık tesisi değerlendirme, iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerini yürütür. - Özdeğerlendirme planı hazırlar. Eğitim çalışmaları planlar ve yürütür. - Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesinin sekreteryaya hizmetlerini yürütür. Sağlık Tesisi Değerlendirme Sistemi (SDS) ile ilgili iş ve işlemleri yürütür. Veri yönetimi, eğitim planlaması, SDS girişleri Sağlık Tesisi Değerlendirme Sorumlusu Görev Yetki Ve Sorumlulukları
Merkezi Değerlendirme Ekipleri	: Randomize tesiste yerinde denetim, nihai puanlama

• Sorumluluk Matrisi

Faaliyet	Sorumlu (R)	Onaylayan (A)	Danışılan (C)	Bilgilendirilen (I)
Veri Toplama	Bilgi İşlem	SDS Sorumlusu	Klinik Sorumluları	Başhekim
GÖREN İzleme	GÖREN Sorumlusu	Başhekim	Kalite Birimi	Klinikler
Değerlendirme Toplantısı	Başhekim	İdari Mali İşler Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Kalite Destek Hizmetleri Müdürü	Tüm Birimler	Yönetim



İyileştirme Planı	Kalite Yönetim Birimi+SDS Sorumlusu	Başhekim	Klinikler	Tüm Personel
-------------------	-------------------------------------	----------	-----------	--------------



2. FAALİYET AKIŞI

1. Poliklinik Hizmetlerinin Etkinliğinin Analizi Akış Şeması

1. Değerlendirme Süreci

Değerlendirme Türü

Sıklık

Katılımcı

Öz Değerlendirme	Yılda 6 kez (Ocak, Mart, Mayıs, Temmuz, Eylül, Kasım)	SDS Komitesi
İl Değerlendirme	Yılda 3 kez (Ocak, Mayıs, Eylül)	İl Komisyonu
Merkezi Değerlendirme	Yılda 1 kez (Randomize)	Bakanlık ekibi

Adı No Faaliyet Adımı

Açıklama

1	Veri Toplama	MHRS/MHRS dışı muayene, mesai dışı hizmet verileri toplanır
2	Randevu Sisteminin İzlenmesi	Cetvel doluluk, bekleyen talepler ve kapalı cetvel nedenleri analiz edilir
3	Ortalama Bekleme Süresi Analizi	Randevuya gelen hasta oranı ve bekleme süresi değerlendirilir
4	Aksiyon Kodlarının Kontrolü	Ek ödeme puanlarının hizmet türüne uygunluğu kontrol edilir
5	İki Aylık Değerlendirme Toplantısı	Veriler Başhekim Başkanlığında değerlendirilir
6	İyileştirme Faaliyetlerinin Planlanması	Gerekli aksiyonlar alınır, süreçler güncellenir

1. 1. 2. Zaman Çizelgesi

Faaliyet	Sıklık	Sorumlu Birim
Veri Toplama	Her ayın 1-3'ü	Bilgi İşlem + SDS Birimi
GÖREN Sistemi İzleme	Her ayın 4-5'i	GÖREN Sorumlusu



Değerlendirme Toplantısı	Her ayın 6-10'u	Başhekim + İlgili Birimler
İyileştirme Planlaması	Her ayın 11-15'i	Kalite Yönetimi



1. 2. **Takvim**

- Değerlendirmeler: Kurum öz değerlendirme ekibi tarafından ilgili birimlere öz değerlendirme Formu ile iki ayda bir yapılan değerlendirme
- Raporlama: Her değerlendirme döneminden sonraki ayın ilk 7 günü içinde
- Hedef göstergeler: Aylık
- Veri Girişi: 2 (iki) aylık periyotlarla girilmektedir.

1. 3. **Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı (SDP) Hesaplama**

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları-Sağlık Tesisi seti esas alınarak yapılan değerlendirme neticesinde sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir.

- [Değerlendirilen standartlardan elde edilen puan toplamı / (Değerlendirilen standartların puan toplamı - Standartlardan değerlendirme dışı bırakılanların puan toplamı)

] x 100 +/-

- SDP'yi Etkileyen Unsurlar Çekirdek standart eksikliği: -5 puan (maksimum -20)
- Opsiyonel standart katkısı: +3 puan (maksimum +6)
- SDP 100'ü geçemez.



1. 4. Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanını Etkileyen Unsurlar

Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı toplam puan üzerinden 5 puan düşürülür. Maksimum düşüş 20 puandan fazla olamaz.

Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile; karşılanan her bir opsiyonel standart için 3 puan verilir.

Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puan 6'yı geçemez.

Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100'ü geçiyorsa Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı 100 kabul edilir.

1. 5. Kayıt, Veri Toplama ve Raporlama

- Tüm analizler ve kararlar HBYS/MKYS-GÖREN-İSAS-TDMS-MHRS-KORTEX EVDE SAĞLIK - VENTURA sistemlerinden alınmakta ve kaydedilmektedir.
- SBYS ve diğer kaynaklardan önceki aya ait veriler toplanır. GÖREN sistemine entegre edilen göstergeler esas alınır.
- Raporlar, ilgili birimlerle paylaşılır.
- Geri bildirimler (hasta, çalışan, CİMER vb.) değerlendirilerek kanıtlar oluşturulur.
- Göstergeler brans, klinik ve işlem bazlı analiz edilir. Eğitim ve iyileştirme önerileri planlanır. Eksik, hatalı veya dış kapsamda kalan göstergeler belirlenir.
- Standart 25'te istenen hasta ve hasta yakınlarıyla görüşmeler yapılmalıdır maddesine istinaden kurumda planlanan anketler Ulusal Anket Rehberinden faydalanılarak başhekimlikçe belirlenen randomize olarak uygulanır.
- Göstergelerin İzlenmesi;** GÖREN sisteminde yer alan göstergeler ayda bir takip edilir. Yeni entegre edilen göstergeler, entegre edildiği ayı takip eden ay itibarıyla değerlendirmeye alınır.

1. 6. İyileştirme Süreci

- Tespit edilen sorunlara yönelik aksiyonlar belirlenir. Gelişim hedefleri ve sorumlular tanımlanır.
- Analiz sonuçlarına göre **düzeltilici ve iyileştirici faaliyetler** başlatılır.
- Gerekli durumlarda **komisyonlar** kurulur (örneğin protez tekrarları için).
- İyileştirme faaliyetleri **belgelendirilir ve izlenir**.

5.7.1. Değerlendirme Toplantısı

Başhekim başkanlığında, ilgili yöneticilerle, birim sorumluları tarafından birlikte önceki aya ait veriler değerlendirilir, **Toplantı Tutanak Formuna** kayıt altına alınır.

Gerekli görülen alanlarda düzeltilici ve iyileştirici faaliyetler planlanır.

5. 8. Dikkat Edilecek Hususlar

- Öz değerlendirmelerde önceki iki aya ait yapılan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılacak değerlendirmede önceki dört aya ait yapılan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- Merkezi değerlendirmede sağlık tesisi değerlendirme puanının geriye dönük hesaplandığı ayın başına kadar olan çalışmalar ve analizler dikkate alınmalıdır.
- Standartta ait rehberlik bilgilerine yer verilmiş ise bu bilgiler sağlık tesisleri için kolaylaştırıcı ve yönlendirici hususlar içermekte olup sağlık tesislerinin bu bilgileri çalışmalarında kullanması önerilmektedir.



3. HEDEF GÖSTERGELER VE HEDEF DEĞERLER

6.1.SDS Kapsamında İzlenen Maddeler ve Hedef Değerler

Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları kapsamında analiz edilen maddeler ile kuruma ait hedef değerler takip edilir. SDS kapsamında izlenen göstergelere ilişkin hedef değerler; ilgili dönem verileri ve kurum performansı dikkate alınarak belirlenir. Belirlenen hedef değerler, **SDS Hedef Değerler Tablosunda** tanımlanır, belirlenen periyotlarda izlenir ve gerektiğinde güncellenir. Aşağıda yer alan standart kodları esas alınarak aynen korunmuştur.

STANDART KODU	STANDART ADI	AÇIKLAMA	HEDEF DEĞER
1.1	MHRS'den alınan randevuların muayene sayıları ve randevu sadakat oranları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir	Hastane genel ortalama	%90 >
1.2	MHRS dışı hasta muayene sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.	MHRS dışı genel ort.	%45 >
2.1	Polikliniklerden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.	MR için hasta başına düşen oran	%7<
		BT için hasta başına düşen oran	%7<
		USG için hasta başına düşen oran	%15<
2.2	Acilden istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.	MR için hasta başına düşen oran	%3<
		BT için hasta başına düşen oran	%30<
		USG için hasta başına düşen oran	%3<
2.3	Klinikten istenen görüntüleme (MR, BT, USG) tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.	MR için hasta başına düşen oran	%10<
		BT için hasta başına düşen oran	%20<
		USG için hasta başına düşen oran	%15<



2.4	Görüntülüme (MR, BT, USG) randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.	MR	10 GÜN
		BT	3 GÜN
		USG	10 GÜN
2.7	Görüntülüme (MR, BT, USG) sonuç/rapor verme gün süreleri analiz edilmelidir.	MR	3 GÜN
		BT	3 GÜN
		USG	30 DAKİKA
3.1	Laboratuvar tetkik sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.	Biyokimya Genel ort. Hasta başına düşen	% 6<
		Mikrobiyoloji Genel ort. Hasta başına düşen	%1<
3.3	Laboratuvar sonuç verme süreleri (dış lab dahil) test bazlı analiz edilmelidir.	Tetkik bazlı olduğu için liste ayrı olarak hazırlanmıştır.	
4.2	Acil serviste hastaların müşahade alanında kalış süresi analiz edilmelidir.	Ort. Müşahade kalış süresi	200 dk. <
4.3	Acil serviste 8 saat üzeri bekleyen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.	Ort. Acil Serviste 8 saat üzeri kalan hasta oranı	%2<
4.4	Acil serviste konsültasyon gerçekleştirme süreleri branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.	Ort. Konsültasyon Ulaşma Süresi	30 dk <
4.5	Acil serviste istenilen görüntüleme hizmetlerinin sonuç/rapor verme süreleri analiz edilmelidir.	MR	120 dakika
		BT	120 dakika
		USG	120 dakika
4.6	Acil serviste istenilen laboratuvar tetkiklerinin sonuç/rapor verme süreleri	Hemogram	20 dakika
		Glukoz	90 dakika
		Amilaz	90 dakika



	analiz edilmelidir.	CK-MB	çalışılmıyor
		Troponin	90 dakika
		Diğer	120 dakika
4.8	Acil serviste hastalar tarafından imzalanan tedavi red formları; hasta bilgisi, ilgili hekim, başvuru saati ve tanısı dikkate alınarak analiz edilmelidir	Tedavi ret oranı	0,50%
5.2	Mesai içi ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.		
5.3	Mesai dışı ameliyat sayıları branş ve hekim bazlı analiz edilmelidir.		
5.4	Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatların başlangıç ve bitişleri ile ameliyat (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.		
5.5	İptal edilen ve/veya ertelenen ameliyatların kök neden analizi yapılmalıdır.	İptal edilen/ertelenen Ameliyat Oranı	%5<
6.2	Her bir anjiyografi odasında yapılan anjiyoların başlangıç ve bitişleri ile anjiyo (vaka) aralarındaki bekleme süreleri (temizlik vb.) HBYS' de izlenebilmelidir.	Anjiyo Vaka arası bekleme süresi	15 < Dakika>
6.3	ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısı alarak primer perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda, kapı-balon süresi analiz edilmelidir.	Kapı balon süresi	90< dakika>
6.4	Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen koroner anjiyografi sayılarının kök nedenleri hasta/hekim bazlı analiz edilmelidir.	İptal edilen/ertelenen Anjiyografi oranı	%5<
7.2	Endoskopi ve Kolonoskopi randevu verme gün süreleri analiz edilmelidir.	Endoskopi Ravdevu Süresi	30 gün
		Kolonoskopi Ravdevu Süresi	30 gün



7.3	Gerçekleştirilen, iptal edilen ve ertelenen endoskopi ve kolonoskopi sayısı hasta/ hekim bazlı analiz edilmelidir	İptal edilen/ertelenen Endoskopi Oranı	%5<
		İptal edilen/ertelenen Kolonoskopi Oranı	%5<
7.4	İlk vaka başlama saati, son vaka bitiş saati ile vakalar arasındaki süre, HBYS üzerinden izlenebilmelidir.	İki vaka arası bekleme süresi	10< dakika>
8.5	Ebelerin eşlik ettiği normal doğum sayıları analiz edilmelidir.		
8.6	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılan normal doğum, primer sezaryen sayıları analiz edilmelidir.	Primer sezaryen oranı (toplam doğum içinde)	%25<
8.7	Sezaryen endikasyonları, özellikle Robson 1 ve 2. gruplar temel alınarak, her ay düzenli analiz edilmelidir.	Robson 1+2 toplamının sezaryen toplamına oranı	%25<
10.1	Yoğun bakım ünitelerinde yatak doluluk oranı analiz edilmelidir	Erişkin Yoğun bakımlar için	%70>
10.2	Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar analiz edilmeli ve yoğun bakım ünitelerinde uzamış yatışların önlenmesi amacıyla, belirli periyotlarla (haftalık) yerinde endikasyon değerlendirmeleri yapılmalıdır.	3. Basamak Genel YB. için uzun yatış süresi	28≥ gün
		2. Basamak Genel YB. için uzun yatış süresi	20≥ gün
		2. Basamak Koroner YB. için uzun yatış süresi	7≥ gün
		1. Basamak Yenidoğan YB için	7≥ gün
10.5	Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanmaları analiz edilmelidir.	Basınç yarası oranı	%4<
10.6	Yoğun bakım ünitelerinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar analiz edilmelidir	3. Basamak Genel YB. Enfeksiyon Hız oranı	%10<
		2. Basamak Genel YB. Enfeksiyon Hız oranı	%15<
		2. Basamak Koroner YB.Enfeksiyon Hız oranı	5%<



11.4	Palyatif bakımda uzun süreli yatışlar analiz edilmelidir.	Palyatif bakımda uzun süre yatış süresi	30 ≥ gün
15.2	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmeli ve bu birimde görev alacak personel hasta memnuniyeti, hasta hak ve sorumlulukları ile iletişim becerileri konularında eğitim almalıdır	Eğitim alan personel oranı	100%
15.3	Kişisel temizlik alanlarının düzenli temizliği sağlanmalı; bu alanlarda sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve pedallı çöp kutusu bulundurulmalıdır.	Malzeme bulunma oranı	100%
15.4	Hastanedeki temizlik işlemleri düzenli olarak kontrol edilmeli; sorumlular, sorumlulukları ile kontrol yöntemi ve aralıkları net şekilde belirlenmelidir.	Temizlik kontroller oranı	100%
15.6	Hastaların kullandığı (poliklinikte aktif kullanılan) tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	Çağrı zili bulunma oranı	100%
16.1	Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
16.2	Sağlık tesisinde mahremiyet her alanda sağlanmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
16.3	Hastanede haşere, hırsızlık ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
16.4	Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
16.5	Gıdalar, uygun servis ısısı, kapalı sunum ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
16.6	Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
16.7	Tekerlekli sandalye ve sedye kullanımında hasta güvenliğini sağlayacak şekilde önlemler alınmalıdır.	Uygunluk oranı	100%



16.8	Hastane girişlerine yakın konumda yerleşim planı bulunmalı; bina ve kat girişlerinde ana birimleri, acil çıkışları ve güvenlik ekipmanlarını gösteren okunabilir kroki ve yönlendirme işaretleri yer almalıdır.	Uygunluk oranı	100%
17.2	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
17.3	Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) bulunmamalıdır.	Uygunluk oranı	100%
18.1	Acil çıkışlar her an çıkışa hazır, ulaşılabilir ve işlevsel olmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
18.2	Yangın önlemleri düzenli (yangın algılama ve söndürme sistemleri, yangın dolapları ve tüpleri) aralıklarla gözden geçirilmelidir.	Uygunluk oranı	100%
18.3	Çatılar, yangın ve acil durum risklerine karşı belirli periyotlarla denetlenmelidir.	Uygunluk oranı	100%
18.4	Jeneratör, asansör ve kesintisiz güç kaynaklarının güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
18.5	Hastanede su ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz sağlanmalıdır.	Uygunluk oranı	100%
20.3	Özellikli birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok miktarları 5 günlük tüketim miktarına uyumu kontrol edilmelidir.	Özellikli birim ve kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf miktarı	5 gün
20.7	Tüm kliniklerde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin iade oranları kontrol edilmelidir.	Order iade oranı	10%<
20.8	Sağlık tesisinde faturalandırılabilir ürünlerin uygun zamanda hasta üzerine düşümünün kontrolü yapılmalıdır. Kullanıma istinaden faturalandırma yapılması konusu kontrol edilmelidir.	Uygunluk oranı	100%



21.6	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok gün süresi takip edilmelidir.	İlaç ve tıbbi sarf stok gün süresi	60
25.1	Poliklinik hastaları, hizmet süreci tamamlandıktan; servis hastaları ise taburcu olduktan 48 saat sonra başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.	Poliklinik hasta örneklem sayısı	80 HASTA
		Yatan hasta örneklem sayısı	40 HASTA
25.2	Yoğun bakım hastalarının taburcu edilmesi veya sevk edilmesinden 48 saat sonra, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, hasta yakınları eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır	Yoğun bakım örneklem sayısı	10 HASTA
25.3	Yoğun bakımda 10 gün ve üzeri yatışı bulunan hastaların yakınları, başhekimlikçe belirlenen örneklem sayısı esas alınarak, eğitimli personel tarafından telefonla aranmalı ve görüşmeler kayıt altına alınmalıdır.	Yoğun bakım 10 gün üzeri yatan hasta örneklem sayısı	5 HASTA
28.1	Klinik rehber ve protokollere erişim (eğitim, materyal, dijital erişim vb.) sağlanabilmelidir.		

4. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1. Yönerge** : Değerlendirme Süreçlerinin Genel Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik
- 7.2. ADSM Standart Rehberi** : Teknik Değerlendirme Ölçütleri Ve Standart Kategorileri
- 7.3. KHGP Yönergesi** : Kurumsal Hedef Puanlarının Belirlenmesi
- 7.4. Sağlıkta Kalite Standartları** : Puanlama Kriterlerini Tamamlayan Ek Rehber
- 7.5. GÖREN Tanıtım Kılavuzu**
- 7.6. Sağlık Tesisi Değerlendirme Standartları**
- 7.7. HBYS Raporları**



7.8. Kurum Hedef Gösterge Seti Sunumu

7.9.Toplantı Tutanak Formu

7.10. İyileştirme Faaliyet Raporları

7.11. Öz Değerlendirme Formu

7.12. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesine Dair Yönerge

7.13. Sağlık Tesisi Değerlendirme Komitesi İşleyiş Talimatı

7.14. Sağlık Tesisi Değerlendirme Sorumlusu Görev Yetki Ve Sorumlulukları