

2021 YILI

HASTANE
FAALİYET RAPORU





Hastane Faaliyet Raporu
Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanmıştır.
cbu.hastane.edu.tr
hkyb.cbu.edu.tr



Hiçbir zafer amaç değildir.

Zafer, ancak kendisinden daha büyük bir amacı elde etmek için belli başlı bir vasıtaadır.

K. Atatürk

İçindekiler Tablosu

BİRİM YÖNETİCİ SUNUŞU.....	5
1.GENEL BİLGİLER.....	6
A. Misyon ve Vizyon	6
B. Yetki, Görev ve Sorumluluklar	7
C. Birime İlişkin Bilgiler	9
1-Fiziksel Yapı.....	9
2- Teşkilat Yapısı	15
3- Teknoloji ve Bilişim Altyapısı	16
4- İnsan Kaynakları	17
5- Sunulan Hizmetler	18
6- Yönetim ve İç Kontrol Sistemi	34
2. Diğer Hususlar	36
3.Amaç ve Hedefler.....	38
4.Mali Bilgiler	39
5. Kurumsal Kabiliyet ve Kapasitenin Değerlendirilmesi.....	42
6. Öneri ve Tedbirler	44
İç Kontrol Beyanı	45

I.BİRİM YÖNETİCİ SUNUŞU



YÖNETİCİ SUNUŞU

Hafsa Sultan Hastanesi; Hasta, çalışan güvenliği ve memnuniyetini göz önünde bulundurarak, yönetim politikası çerçevesinde, yeniliklere açık ve girişimci olmakla birlikte tüm süreçleri, etkin, etkili ve verimli yürütmeyi amaçlamaktadır.

Hastanemiz; teknolojik gelişimleri ve yönetim biçimlerini yakından takip ederek, tüm çalışanlarımızın katılımı ile bilimsel temellere dayalı, kaliteli hizmet sunmaya gayret göstermektedir.

2021 yılı içerisinde, pandemi koşullarının tahribatı ve virüsün farklı varyasyonları hayatımızda yer almaya devam etmektedir. Bu sürecin getirdiği yükümlülükler ve üzerimize düşen sorumlulukların en iyi şekilde yürütülmesine yönelik planlamalar yapılarak, hiçbir hizmetimizde aksama yaşamadan faaliyetlerimizi sürdürmeye devam ettik ve ediyoruz.

Gerçekleştirdiğimiz faaliyetler neticesinde, birçok risk fırsata çevrilerek, fatura gelirlerinde ivmeli bir artışın yanı sıra, 2020 ve 2021 yılı vadeli ödemelerin tamamı kapatılmıştır.

Bu rapor; 2021 yılında, Hafsa Sultan Hastanesi' nin gerçekleştirmiş olduğu faaliyetlerin, saydamlık ve hesap verilebilirliğinin gereği olarak hazırlanmıştır.

2021 yılı faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde katkısı olan tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Prof. Dr. İsmet TOPÇU
Başhekim

1- GENEL BİLGİLER

A. Misyon, Vizyon ve Temel Değerler ve İlkeler

❖ Misyon

Sürekli geliştirme ve iyileştirme politikası ışığında; genç, dinamik ve deneyimli kadromuzla, toplum değer yargılarına saygılı, modern sağlık hizmeti sunmak.

❖ Vizyon

Yenilikleri ile öncü, bölgesel ve ulusal platformda örnek gösterilen ve tercih edilen hastane olmak.

❖ Temel Değerler ve İlkeler;

- Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti
- Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
- Değişime ve Yeniliğe açık olmak
- Şeffaf ve Güvenilir olmak
- Etik ilkelere bağlı olmak
- Hoşgörülü ve hakkaniyetli olmak
- Kurumsal aidiyete sahip olmak
- Kaliteyi bütüncül yaklaşımla yönetmek

B. Yetki, Görev ve Sorumluluklar

Kurumumuz yetki, görev ve sorumlulukları, 10 Mayıs 2020 tarih ve 31123 sayılı resmi gazetede yayınlanan "Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Yönetmeliği" doğrultusunda yürütülmektedir.

Merkezin amaçları

MADDE 5 – (1) Merkezin amaçları; Merkeze başvuran hastalara yatarak veya ayaktan yüksek standartlarda, çağdaş, ulaşılabilir kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak; nitelikli tıp ve sağlık personeli yetiştirilmesi için gerekli alt yapıyı sağlamak; bilimsel eğitim-öğretim, araştırma ve uygulamalar için Tıp Fakültesinin tüm birimleri ile koordinasyon içinde çalışmasını sağlamak; tıbbi uygulamaların en üst düzeyde ve verimli gerçekleştirilmesini sağlamak; sağlık bilimleri alanında ön lisans, lisans ve lisansüstü öğrenim gören öğrencilerin uygulamalı eğitimine katkıda bulunmak; hastanenin stratejik planı ve hedefleri çerçevesinde, modern hastane işletme yönetimi ilkeleri doğrultusunda faaliyette bulunmasını sağlamaktır.

Merkezin faaliyet alanları

MADDE 6 – (1) Merkezin faaliyet alanları şunlardır:

- Sağlık hizmeti almak için başvuran kişilere nitelikli, çağdaş, bilimsel ve güvenilir sağlık hizmeti sunmak.
- Yeni teknolojik gelişimleri ve bilgi faaliyetlerini takip ederek, sağlık alanında standartları en üst seviyeye çıkarmak, bölgesel ve ulusal toplum sağlık seviyesinin korunması ve geliştirilmesi için ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği yapmak.
- Tıp Fakültesi öğrencileri, Tıp Fakültesinde eğitim gören tıpta uzmanlık öğrencileri, Sağlık Bilimleri Enstitülerinin lisansüstü eğitim öğrencileri, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin Hastanede yapacakları eğitim-öğretim faaliyetleri için gerekli niteliklerde altyapıyı hazırlamak.
- Tıp Fakültesine ait klinik anabilim dallarının sağlık konusundaki akademik araştırma ve çalışmaları için gerekli altyapıyı sağlamak.
- Ulusal ve uluslararası kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarına Merkezin amaçları doğrultusunda projeler hazırlamak, eğitim programları düzenlemek, bilimsel görüş ve benzeri hizmetleri vermek.
- Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi amacıyla kitap, dergi, broşür ve benzeri yayınlar yapmak, yazılı ve görsel basın organlarında programlar düzenlemek.
- Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam bilinci kazanmalarını ve Merkez projelerinde etkin görev almalarını sağlamak amacıyla eğitsel etkinliklerde bulunmak ve bu alanda çalışmak isteyenleri desteklemek.
- Rektörlüğün ve Merkezin yönetim organlarının kararlaştıracağı veya ilgili mevzuatla verilen diğer faaliyetlerde bulunmak.

Merkezin Yönetim Organları ve Görevleri

Merkezin yönetim organları

MADDE 7 – (1) Merkezin yönetim organları şunlardır:

- Müdür.
- Yönetim Kurulu.
- Danışma Kurulu.

Müdür

MADDE 8 – (1) Müdür; lisans düzeyinde tıp eğitimi almış, tam gün statüsünde çalışan öğretim üyeleri arasından üç yıl için Rektör tarafından görevlendirilir. Süresi biten Müdür yeniden görevlendirilebilir. Rektör gerekli gördüğü hallerde Müdürü süresi dolmadan önce görevinden alabilir. Müdür yürütmekte olduğu görevlerle ilgili olarak Rektöre karşı sorumludur.

(2) Müdürün önerisiyle, lisans düzeyinde tıp eğitimi almış ve tam gün statüsünde çalışan öğretim üyeleri arasından en az iki en çok dört kişi, müdür yardımcısı (başhekim yardımcısı) olarak Rektör tarafından görevlendirilir. Müdür yardımcılarının görev süresi Merkez Müdürünün görev süresiyle aynıdır. Gerekli görülen hallerde Müdürün önerisi ile süresi dolmadan müdür yardımcıları Rektör tarafından görevden alınabilir. Müdürün görevi başında bulunmadığı zamanlarda yerine, Rektörün onayı ile müdür yardımcılarında biri vekalet eder. Vekalet süresi altı ayı geçemez.

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

Müdürün görevleri

MADDE 9 – (1) Müdürün görevleri şunlardır:

- Yönetim Kurulunun önerileri doğrultusunda, ilgili mevzuata uygun olarak Hastane hizmetlerini yönetmek.
- Hastanenin gelişmesi için gereken tedbirleri almak, düzenlemeler yapmak ve gerekli planlar hazırlayarak Yönetim Kuruluna sunmak.
- Merkezde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin etkin biçimde gerçekleştirilmesi için Tıp Fakültesinin akademik birimleriyle eşgüdüm içerisinde çalışmak ve gerekli önlemleri almak.

ç) 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.

d) Merkez ve Merkeze bağlı birimlerin, ulusal ve uluslararası standartlara uygun olarak ve Hastane Başmüdürlüğü ile birlikte eşgüdüm içinde, etkin ve nitelikli biçimde çalışmalarını sağlamak.

e) Hekimlik, ameliyathane, poliklinik, eczane, yoğun bakım, radyoloji, laboratuvar, acil servis, beslenme, fizyoterapi, psikolojik danışmanlık ve benzeri tıbbi hizmetlerin planlanması, çalışma esaslarının belirlenmesi, izlenmesi ve denetimi görevlerini yürütmek.

f) Hastane sağlık hizmetleriyle ilgili nöbet ve çalışma düzeni hakkında kliniklerin görüşlerini aldıktan sonra karar vermek.

g) İnsan kaynakları, bilgi işlem, medikal faturalama, muhasebe ve finans, satın alma ve depolama, arşiv, destek ve teknik, tıbbi mühendislik, tıbbi kayıt ve dokümantasyon, evrak kayıt, hasta iletişim birimi, hasta hakları, morg, sivil savunma hizmetleri gibi mali, idari ve teknik işlerin planlanması, çalışma esaslarının belirlenmesi, yönelimi, izlemi ve denetimiyle ilgili görevleri Hastane Başmüdürlüğü koordinasyonu ile yürütmek.

ğ) Merkezin yıllık faaliyet raporunu hazırlamak, Yönetim Kurulunun görüşünü aldıktan sonra Rektöre sunmak.

Yönetim Kurulu

MADDE 10 – (1) Yönetim Kurulu; Hastane hizmetlerinin planlanması ile ilgili bir kurul olup, aşağıdaki üyelerden oluşur:

- a) Dekan.
- b) Müdür.
- c) Müdür yardımcıları.
- ç) Dahili, cerrahi ve temel tıp bilimleri bölüm başkanları.
- d) Merkezi Laboratuvar Sorumlusu.
- e) Hastane Başmüdürü.
- f) Sağlık Hizmetleri Müdürü.

(2) Yönetim Kurulu; Müdür başkanlığında, ayda en az bir kez olağan ve gerektiğinde Müdürün talebi üzerine olağanüstü olarak toplanır. Rektörün katıldığı Yönetim Kurulu toplantılarına Rektör başkanlık eder. Yönetim Kurulunun raportörlüğünü Sağlık Hizmetleri Müdürü yapar.

Yönetim Kurulunun görevleri

MADDE 11 – (1) Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

a) İlgili mevzuat ve Danışma Kurulunun tavsiyeleri doğrultusunda, Hastanenin yönetimi ve işletilmesi için gerekli stratejik planlamaları yapmak ve Hastane yönetiminde Müdüre 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) Müdür tarafından hazırlanan çalışma raporlarını, istatistiki verilere göre değerlendirmek.

d) Yıllık faaliyet raporunun hazırlanmasında Müdüre yardım etmek.

Danışma Kurulu ve görevleri

MADDE 12 – (1) Danışma Kurulu, Rektör başkanlığında aşağıda belirtilen üyelerden oluşur:

- a) Dekan.
- b) Müdür.
- c) Müdür yardımcıları.
- ç) Dahili, cerrahi ve temel tıp bilimleri bölüm başkanları.
- d) Fakülte Kurulundaki seçilmiş üyeler arasından bir doçent ve bir profesör üye (Fakülte Kurulu kararı üzerine Rektör tarafından görevlendirilir).
- e) Hastane Başmüdürü.
- f) Mali Hizmetler Müdürü veya vekili.
- g) Sağlık Hizmetleri Müdürü.
- ğ) Tıp Fakültesi araştırma görevlileri temsilcisi.

(2) Üyelerin görev süreleri asli görev süreleri kadardır.

(3) Danışma Kurulu; yılda en az bir kez Rektör 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. Danışma Kuruluna, Rektörün katılmadığı durumlarda sağlıktan sorumlu Rektör Yardımcısı başkanlık eder.

Olarak belirlenmiştir.

C. Birime İlişkin Bilgiler

1. Fiziksel Yapı

➤ Temiz – Atık Su Sistemi

TEMİZ-ATIK SU SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF Numaraları
Su Deposu	1	✓	✓	✓
Kanalizasyon	52	✓		
Aritma Sistemi	1			
ELEKTRİK SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
Jenaratör	6	✓	✓	
Trafo lar	5	✓	✓	
UPS	12	✓	✓	
Bölgesel kontrol kat panoları				
İzolasyon panoları	47	✓	✓	
GAZ SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
Likid Oksijen Tankı	2		✓	
Merkezi Vakum Sistemi	8	✓	✓	✓
Azot Protoksit(Narkoz)Tüpleri	2			
Yedek Oksijen Tüpleri	2		✓	
Seyyar oksijen tüpleri				
Basıncılı Hava Komprasörleri	6	✓	✓	
HAVALANDIRMA				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
Soğutma Grupları	12	✓	✓	
Isıtma kazanları	4	✓	✓	
Hijyenik Klima Santrali	16	✓	✓	✓
Havalandırma Sistemi	32	✓	✓	✓
Func-Oil	3600	✓	✓	
PNÖMATİK				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
Pnömatik Sistemi Ana Santral	4	✓	✓	
Pnömatik İstasyonları	33	✓	✓	
TV SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
Merkezi Sistem	1			
TV'ler	482			
TAŞITLAR				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
Ambulans	1			
Binek Araçlar	3			
ASANSÖR SİSTEMİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Bakım Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
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			
Kardioloji 4 durak BİZİM	2			
Başhekimlik 2 durak VERTAYM	2			
VALIDASYON TESTLERİ				
Sistem Adı	Adet	Yıllık Planı	Kontrol Formu	DÖF İhtiyacı
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 İhtiyacı
Merkezi Sistem	1			✓
otomatik kapı	45			

➤ 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									
Sorumlu		Harun Duracak									

➤ Asansör Sistemi

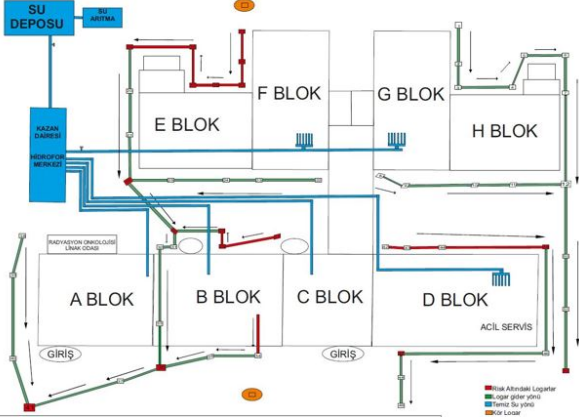
ASANSÖR SİSTEMİ													AÇIKLAMA			
Sistem Adı	Adet	RISK ETİKETİ	ocak	subat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık		
Öğretim Üyesi 10 durak TİSEN	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü, Günlük asansör takip formu kontrolü
Ziyaretçi 10 durak PRİZMA	4															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Ameliyathane sodye 11 durak TİSEN	1															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Ziyaretçi 11 durak TİSEN	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Acil servis ameliyathane yb 4 durak OTIS	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Poliklinik Asansörü 4 durak TİSEN	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Gastroloji 4 durak BETA	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Kardiyoloji 4 durak BİZİM	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Bazbekimlik 2 durak VERTAYM	2															Hizmet alımı aylık; OTIS firması uygunluk, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü
Engelli Asansörü Giriş Kapısı	1															Hizmet alımı aylık; Onder Lift Çelik, kontrolü, TSE yıllık risk değerlendirme kontrolü

RISK ETİKETİ	
	ÇOK GÜVENLİ
	GÜVENLİ
	AZ GÜVENLİ
	GÜVENSİZ

Sorumlu	
	Ahmet Tomur
	Sevdar Yonulmaz
	Emir Çelik
	Emre Sağ
	Mehmet Cabbar Balıççı
	Harun Duracak

➤ Temiz ve Atık Su Sistemi

Temiz ve Atık Su SİSTEMİ																	
Sistem Adı	Sıra No	HAT	Risk Durumu	Yıllık Bakım Planı												Açıklama	DDF No
				ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık		
Su Deposu																Yıllık bakımı (firma, belediye, kendi bünyesinde) birim yapacağına yönetim tarafından karar verilecek (Tutarak ile kayıt altına alınacak)	
Kanalizasyon	G-H Blok	12 Adet Loger (1-12)														Belirli periyotlarda firma bakım yapacak (Bakım fiyeleri dosyalanacak)	
	E-F Blok	14 Adet (13-26)														Haftada bir klor ölçümü. (Form ile takip)	
	A-B-C blok	15 Adet (27-41)														Haftada bir klor ölçümü. (Form ile takip)	
	D blok	11 Adet (41-52)														Nükleer Tip Parşömani ile çalışacak	
Kanalizasyon toplama (Pimaj) Arama Sistemi															Atık Su Hattı Sızdırmazlığı (Tutarak ile kayıt)		
Nükleer Tip Atık Toplama Tankları															Nükleer Tip Parşömani ile çalışacak		
				Risk durumu yüksek DŞF çalışması var, sık aralıklarla bakım ihtiyacı var													
				Bakım zamanları													



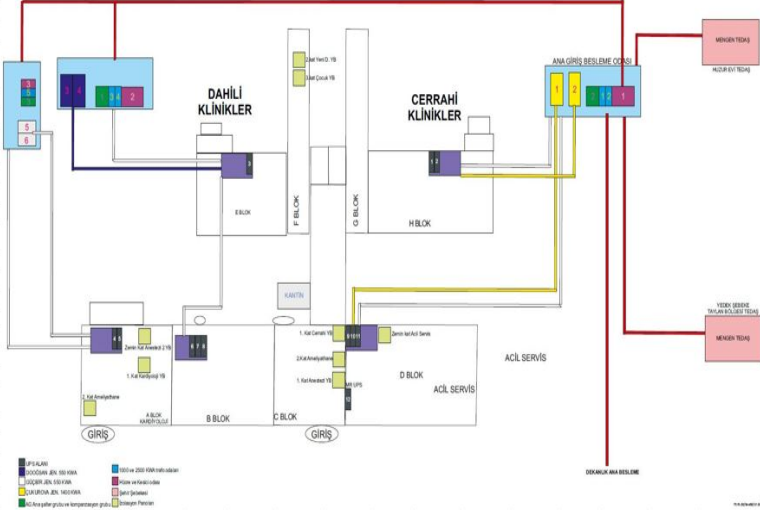
SORUMLU

Harun Duracak
Mehmet Cabbar Balıççı
Saffet Öger
Samet Kahreman
Mustafa Özçelikbaş

➤ 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 hizmeti alınır	
Trafoalar	5													Yıllık bakım hizmeti alımı ile yapılmakta kayıtlar Rektörlük Yapı İşleri Daire Başkanlığında	
UPS	12													Haftalık kontroller (Çalışma durumu, akülerin ısı kontrollü)	
Bölgesel kontrol panoları														Anıza durumunda müdahale	
İzolasyon panoları	47													Haftalık kontroller (Çalışma durumu)	

HASTANE ELEKTRİK SİSTEMİ



➤ Medikal Gaz Sistemi

MEDİKAL GAZ SİSTEMİ															
Sistem Adı	SİSTEM GRUBU	Risk Durumu	ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Açıklama
Likid Oksijen Tankı	H Blokta arkasında 10 ve 20 tonluk														Günlük bakım tankın basınç ve seviye göstergesi kontrolü yapıyor
Merkezi Vakum Sistemi	H blok tepesinde zemin E blok tepesinde zemin														Haftalık (yağ seviyesi kontrolü) Yıllık yağ ve yağ filtresi değişimi
Azot Protokollü/Narkoz/Füzyon	E blok tepesinde zemin H blok arkasında zemin														Günlük takip formu (Seviyeleri kontrol edilecek)
Yedek Oksijen Tüpleri	E blok tepesinde zemin H blok arkasında zemin														
Sesizleştirilmiş Tüpler	H blok tepesinde zemin H blok arkasında zemin														
Bazınlı Hava Kompresörleri	H blok tepesinde zemin E blok tepesinde zemin														Haftalık (hava filtresi, yağlı su sayı tahliyesi, basınç kontrolleri) Yıllık (yağ filtresi, hava filtresi, basınç hortumları,

Risk durumu yüksek DİF çıkması var, sık araklarla bakım ihtiyacı var
Bakım zamanları
Görüşmelerle bakılır

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

➤ Havalandırma Sistemi

HAVALANDIRMA SİSTEMİ														
Sistem Adı	Adet	ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Açıklama
Soğutma Grupları	12													Yaz bakımı (Hava separatorlarının temizliği, malzeme ve su ile yıkanması) Bay Bakımı (Lübler bakımında suyun boşaltılması, emilimci değiştirilmesi, Filtrelerin ile kayıt)
İsıtma kazanları	4													İsıtma kazanlarının yıllık bakım (BACA analizi, duzların boşaltılması temizlenmesi, caha temizliği temizlenmesi) Tutarak ile kayıt
Hijyenik Klima Santrali	Ameliyathane HK5 1 Ameliyathane HK5 2 Ameliyathane HK5 3 Ameliyathane HK5 4 Ameliyathane HK5 5 Ameliyathane HK5 6 Anestezi izole oda HK5 7 Acil ameliyathane ve röntgen HK5 8 Yenidoğan YB HK5 9 Kök Hare HK5 10 Tıp Bebek HK5 11 Çocuk YB HK5 12 Kalp Damar Ameliyathane HK5 13 Koroner YB HK5 14 Kalp Damar YB HK5 15 Anestezi YB 2 HK5 16 Koroner Anjiyo HK5 17 Radyasyon Onk. İsmak odaları HK5 18 Radyasyon Onk. Tomografi HK5 19													Haftalık (Kaba filtre değişimi), Aylık/Senzör içi temizliği Alkol ile silinmesi, 6 aylık (Torba ve Kompakt filtre değişimi) Yıllık malzeme testi
Havalandırma Sistemi	32													6 aylık (Kaba filtre temizliği, sayı kontrolü, Separatör temizliği malzeme ve su ile yıkanma)
Func Oil	3600													6 aylık (

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



➤ Teknik Servis İstatistikleri

Bölüm	Arıza Bildirim Sayısı	Tamamlanma Oranı (%)	Giderilen Arıza Oranı	Reddedilen Arıza	Tamamlanamayan Arıza Oranı
Atölye	6289	97,67	6143	33	113
Bilgi İşlem Donanım	1414	100	1414	0	0
Probel Yazılım	1180	89,57	1057	73	50
Medikal Mühendislik	1911	90,47	1729	26	156

Sosyal Alanlar

1.2.1- Kantinler ve Kafeterya

Kantin Sayısı	: 1 adet
Kantin Alanı	: 150 m2
Kafeterya Sayısı	: 1 adet
Kafeterya Alanı	: 250m2

1.2.2- Yemekhaneler

Personel Yemekhane Sayısı	: 1 adet
Personel Yemekhane Alanı	: 800 m2
Personel Yemekhane Kapasitesi	: 400 kişi

1.2.3- Toplantı – Konferans Salonu

	Kapasitesi 0-50	Kapasitesi 51-75	Kapasitesi 76-100	Kapasitesi 101-150	Kapasitesi 151-250	Kapasitesi 251-üzeri
Toplantı Salonu	28					

1.2- Hizmet Alanları

1.3.1- Akademik Personel Alanları

	Sayısı (Adet)	Alanı (m2)	Kullanan Sayısı (Kişi)
Çalışma Odası	104	1664	195

1.3- Ambar Alanları

Ambar Sayıları	: 3 Adet
Ambar Alanı	: 750 m ²

1.4- Arşiv Alanları

Arşiv Sayısı	: 3 Adet
Arşiv Alanı	: 600 m ²

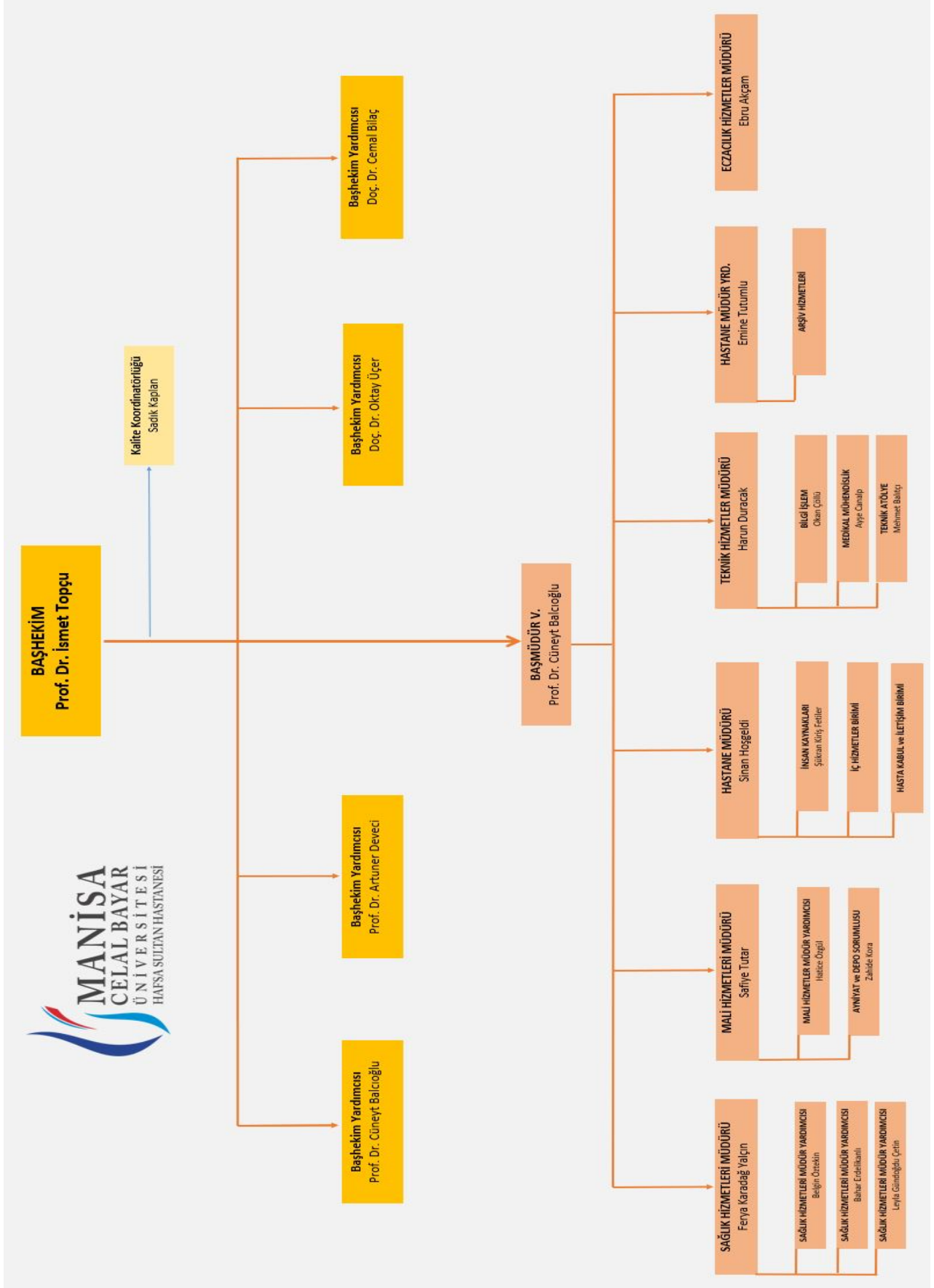
1.5- Atölyeler

Atölye Sayısı	: 3 Adet
Atölye Alanı	: 475 m ²

1.6- Hastane Alanları

Birim	Sayı (Adet)	Alan (m2)
Acil Servis	2	2847
Yoğun Bakım	10	2600
Ameliyathane	15	2600
Doğumhane	1	75
Koroner anjiyografi	1	200
Klinik	23	28408
Laboratuvar	4	3000
Endoskopi	1	375
Eczane+ Depo	1+1	640
Radyoloji Alanı	2	1850
Nükleer Tıp Alanı	1	1850
Sterilizasyon Alanı	1	95
Mutfak	1	250
Çamaşırhane	1	150
Teknik Servis	3	475
Poliklinikler	1	10423
Hastane Toplam Kapalı Alanı		55.385

2- Teşkilat Yapısı



3- Teknoloji ve Bilişim Altyapısı

3.1- Yazılımlar

Microsoft İşletim Sistemi
Microsoft Ofis 365
Probel HBYS
Trend Micro

3.2- Bilgisayarlar

Masaüstü Bilgisayar Sayısı : 632 Adet
Taşınabilir Bilgisayar Sayısı : 58 Adet – Tablet: 7

3.3- Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

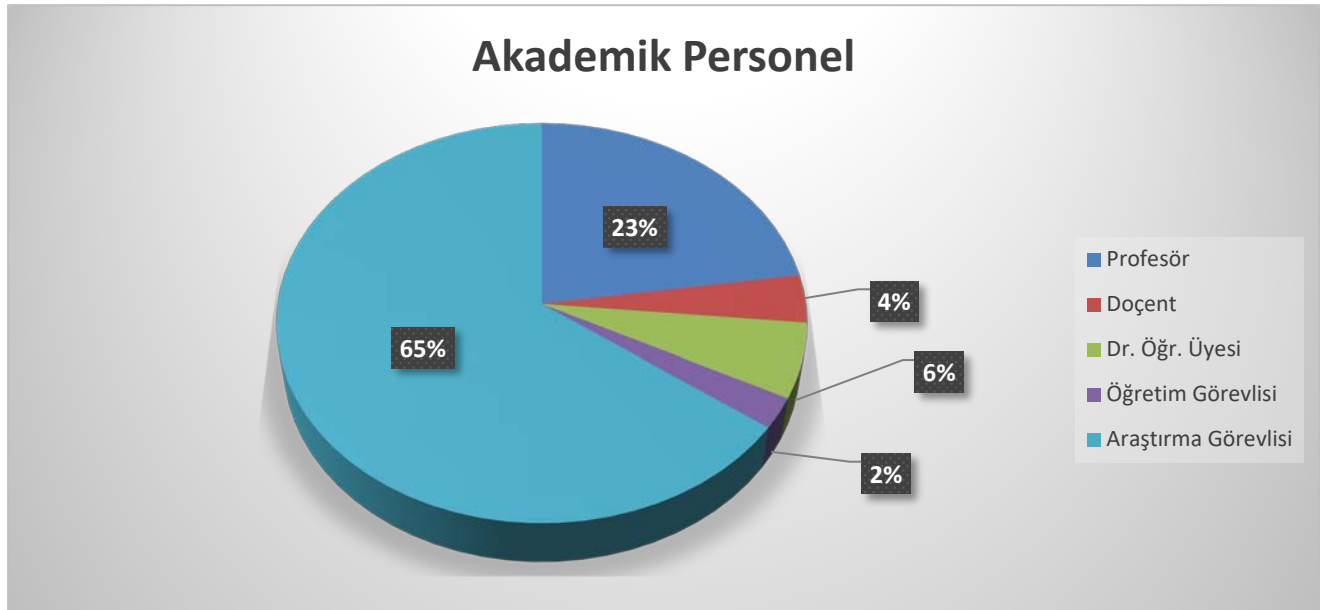
Cinsi	İdari Amaçlı (adet)	Eğitim Amaçlı (adet)	Araştırma Amaçlı (adet)
Projeksiyon	10	70	
Barkot okuyucu	137		
Baskı makinesi	3		
Fotokopi makinesi	7		
Faks	6		
Yazıcı	46		
Fotoğraf Makinesi	1		7
Kamera	344	-	-
Televizyon	522		
Tarayıcı	29		
Mikroskop	68		
Faks-fotokopi-yazıcı (Tek Makine)	60		
Barkod yazıcı	277		
Yükleme-boşaltma cihazı	1		

*Kamera sayıları Güvenlik Kameralarını kapsamaktadır.

4- İnsan Kaynakları

4.1- Akademik Personel

Akademik Personel					
	Kadroların Doluluk Oranına Göre			Kadroların İstihdam Şekline Göre	
	Dolu	Boş	Toplam	Tam Zamanlı	Yarı Zamanlı
Profesör	136	3	139	-	-
Doçent	23	3	26	-	-
Dr. Öğr. Üyesi	36	12	48	-	-
Öğretim Görevlisi	15	6	21	-	-
Araştırma Görevlisi	390	16	406	-	-
TOPLAM	600	40	640	-	-



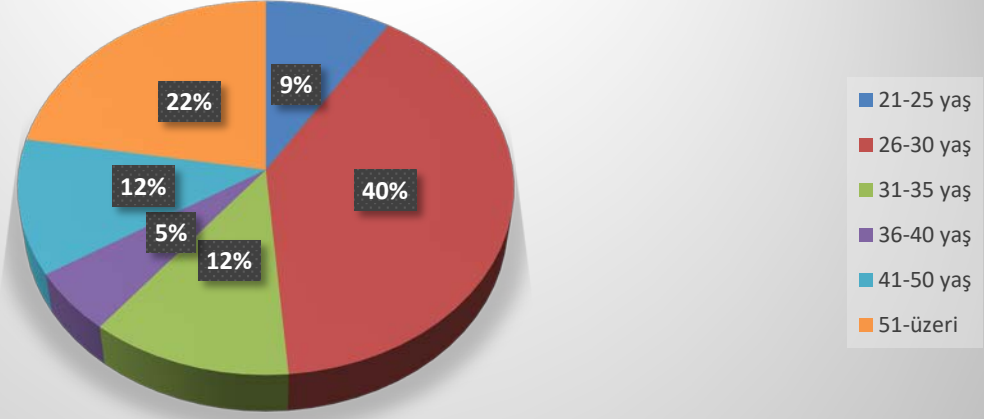
4.2- Yabancı Uyruklu Akademik Personel

Yabancı Uyruklu Öğretim Elemanları			
Unvan	Sayı	Geldiği Ülke	Çalıştığı Bölüm
Profesör	-	-	-
Doçent	-	-	-
Dr. Öğr. Üyesi	-	-	-
Öğretim Görevlisi	-	-	-
Araştırma Görevlisi	13	Azerbaycan	Dahili Tıp Cerrahi Tıp
TOPLAM	13	-	-

4.3-Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı

Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı						
	21-25 yaş	26-30 yaş	31-35 yaş	36-40 yaş	41-50 yaş	51-üzeri
Kişi sayısı	54	238	72	32	70	134
Yüzde	9	40	12	5	12	22

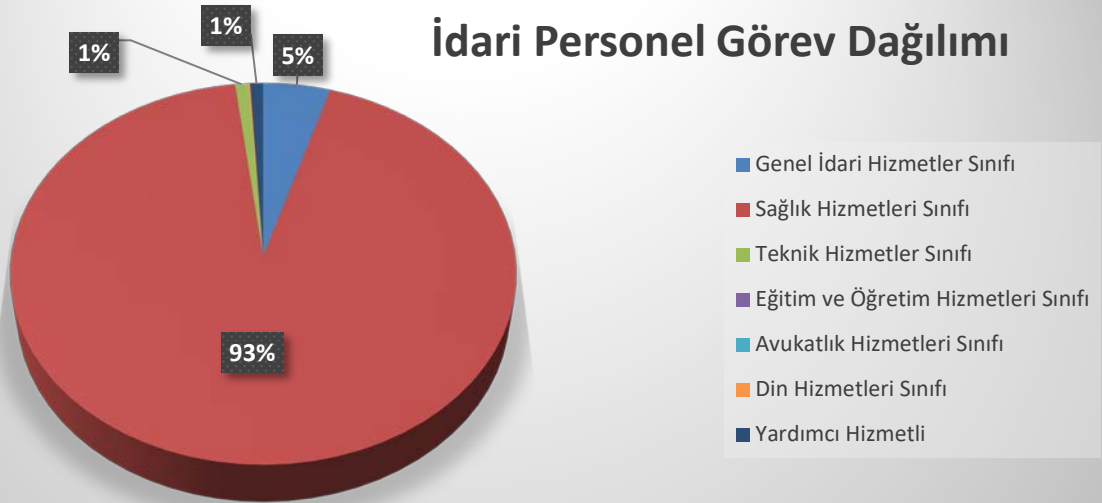
Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı



4.4-İdari Personel

İdari Personel (Kadroların Doluluk Oranına Göre)			
	Dolu	Boş	Toplam
Genel İdari Hizmetler Sınıfı	36		
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	716		
Teknik Hizmetler Sınıfı	7		
Eğitim ve Öğretim Hizmetleri Sınıfı	-		
Avukatlık Hizmetleri Sınıfı	-		
Din Hizmetleri Sınıfı	1		
Yardımcı Hizmetli	7		
TOPLAM	767		

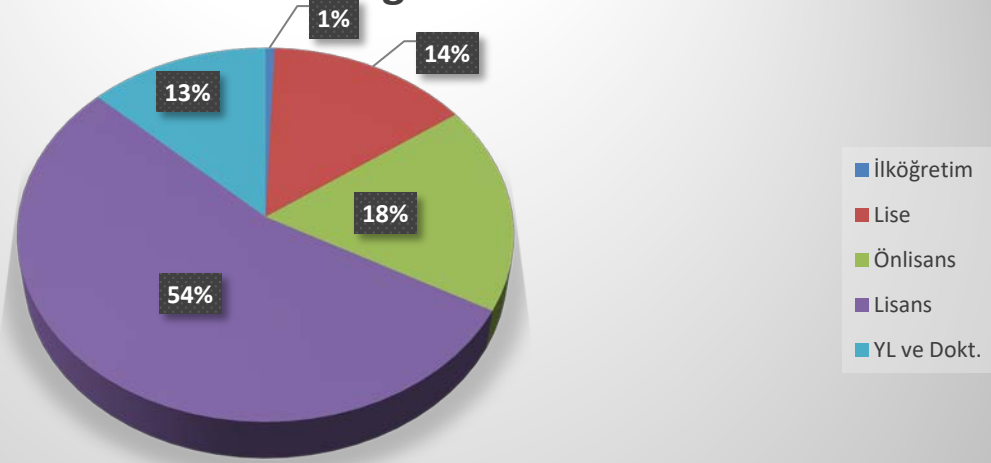
İdari Personel Görev Dağılımı



4.5-İdari Personelin Eğitim Durumu

İdari Personelin Eğitim Durumu					
	İlköğretim	Lise	Önlisans	Lisans	YL ve Dokt.
Kişi Sayısı	3	111	138	416	99
Yüzde	%039	%14.47	%17.99	%54.23	%12.90

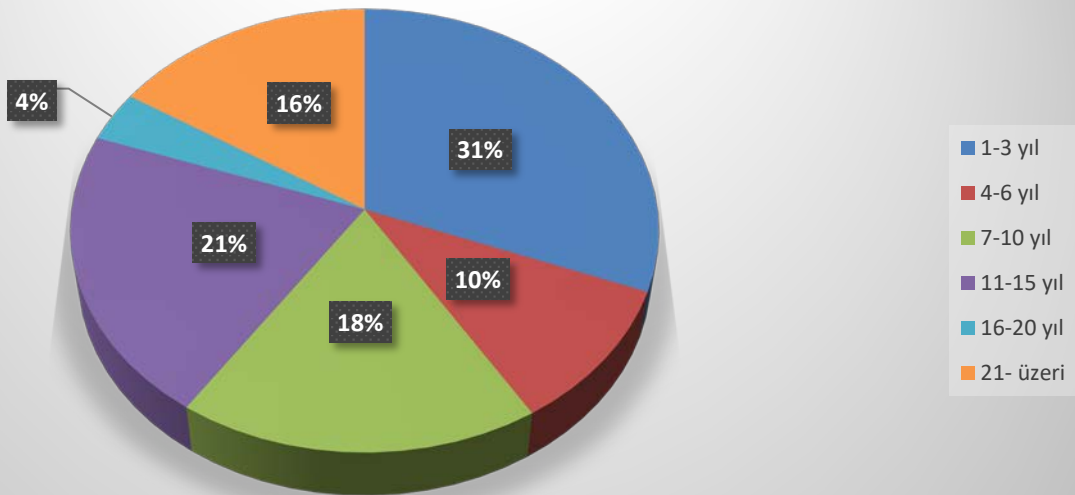
İdari Personelin Eğitim Durumu



4.6-İdari Personelin Hizmet Süresi

İdari Personelin Hizmet Süresi						
	1-3 yıl	4-6 yıl	7-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21- üzeri
Kişi Sayısı	237	79	140	161	28	122
Yüzde	%30,89	%10,29	%18,25	%20,99	%3,65	%15,90

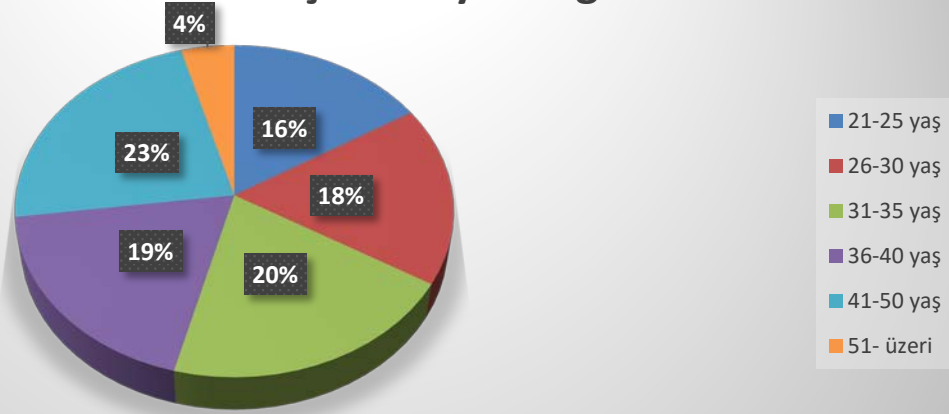
İdari Personelin Hizmet Süresi



4.7-İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı

İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı						
	21-25 yaş	26-30 yaş	31-35 yaş	36-40 yaş	41-50 yaş	51- üzeri
Kişi Sayısı	124	134	157	145	175	33
Yüzde	%16,16	%17,47	%20,46	%18,90	%22,68	%4,30

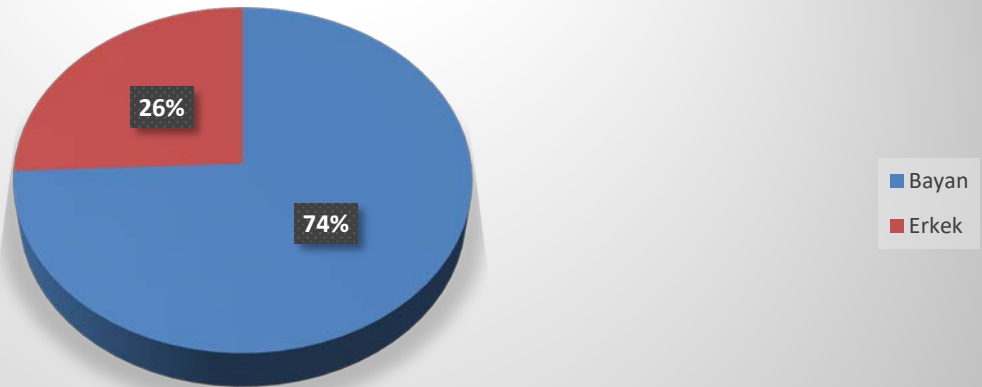
İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı



4.8- İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı

	Bayan	Erkek
Kişi	570	197
Yüzde%	%74	%25,68

İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı



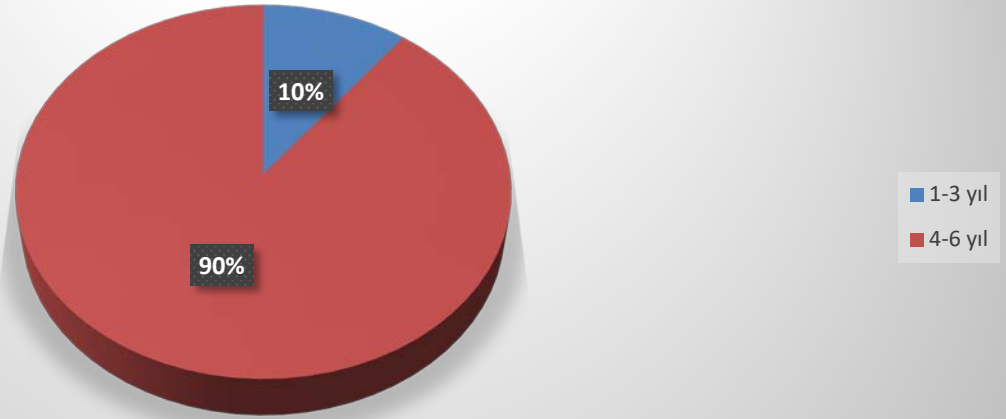
4.9- İşçiler

İşçiler (Çalıştıkları Pozisyonlara Göre)			
	Dolu	Boş	Toplam
Sürekli İşçiler (4/D)	479		
TOPLAM	479		

4.10- Sürekli İşçilerin Hizmet Süreleri

Sürekli İşçilerin Hizmet Süreleri						
	1-3 yıl	4-6 yıl	7-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21- üzeri
Kişi Sayısı	50	429				
Yüzde	%10,43	%89,56				

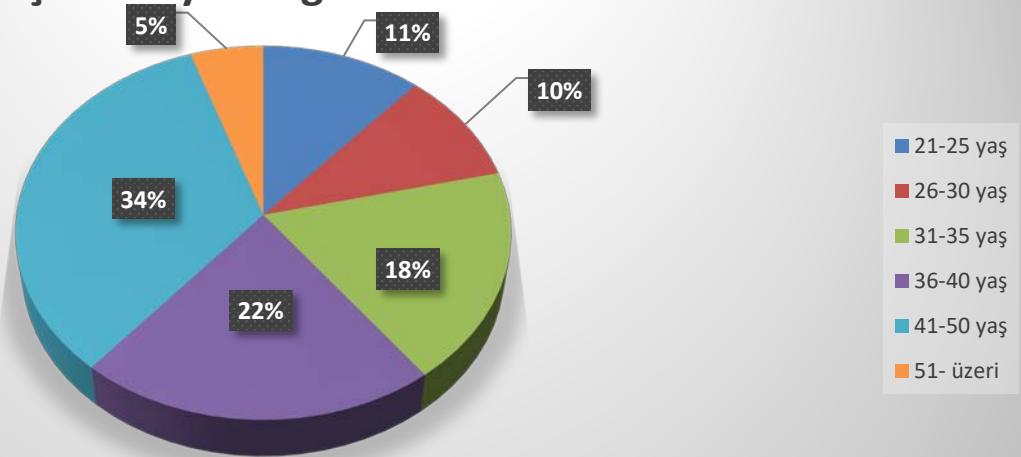
Sürekli İşçilerin Hizmet Süreleri



4.11- Sürekli İşçilerin Yaş İtibariyle Dağılımı

Sürekli İşçilerin Yaş İtibariyle Dağılımı						
	21-25 yaş	26-30 yaş	31-35 yaş	36-40 yaş	41-50 yaş	51- üzeri
Kişi Sayısı	55	47	88	103	161	25
Yüzde	%11,48	%9,81	%18,37	%21,50	%33,61	%5,21

Sürekli İşçilerin Yaş İtibariyle Dağılımı



4.12- Sürekli İşçilerin Eğitim Durumu

	İlköğretim	Lise	Ön Lisans	Lisans	YL veya Doktora
Kişi	194	169	69	41	2
Yüzde%	%40,50	%35,28	%14,40	%8,55	%0,41



4.13- Sürekli İşçilerin Cinsiyet Dağılımı

	Bayan	Erkek
Kişi	261	218
Yüzde%	%54	%45,51



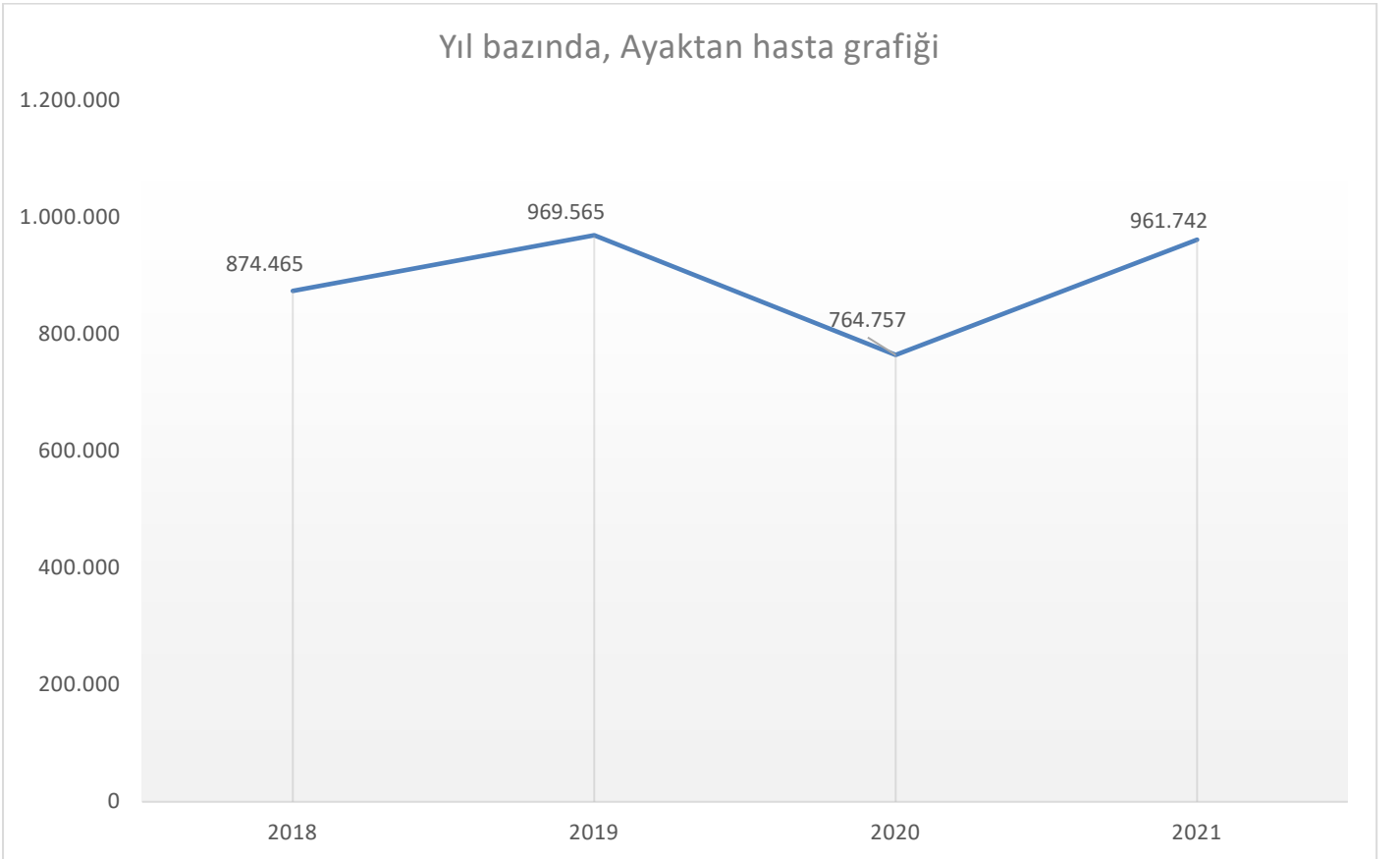
5- Sunulan Hizmetler

5.1- Sağlık Hizmetleri

	YATAK SAYISI	HASTA SAYISI (Yatan Hasta)	HASTA SAYISI (Ayakta Tedavi)	TETKİK SAYISI
Acil Servis Hizmetleri	37	2360	173518	
Yoğun Bakım	92	5157		
Klinik	515	27559		
Ameliyat Sayısı	15	15256		24739 (ameliyat sayısı)
Poliklinik Hastası Sayısı			787294	
Laboratuvar Hizmetleri				6562977
Radyoloji Ünitesi Hizmetleri				262663
Nükleer Tıp Bölümünde Verilen Hizmetler				10105
Semt Polikliniği Hasta Sayısı			933	
Diğer				

5.1.1- Ayaktan Hasta Sayıları Toplamı

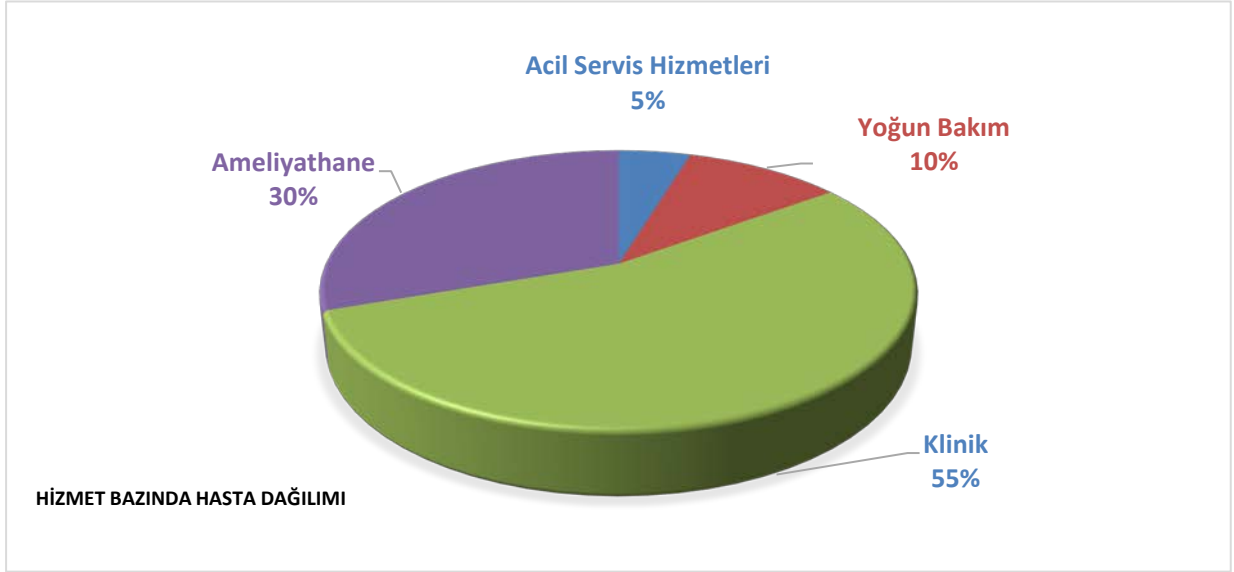
	Hasta Sayısı
2018	874.465
2019	969.565
2020	764.757
2021	961.745



5.1.2- Yatan Hasta Sayıları (Toplam Hasta Sayısı)

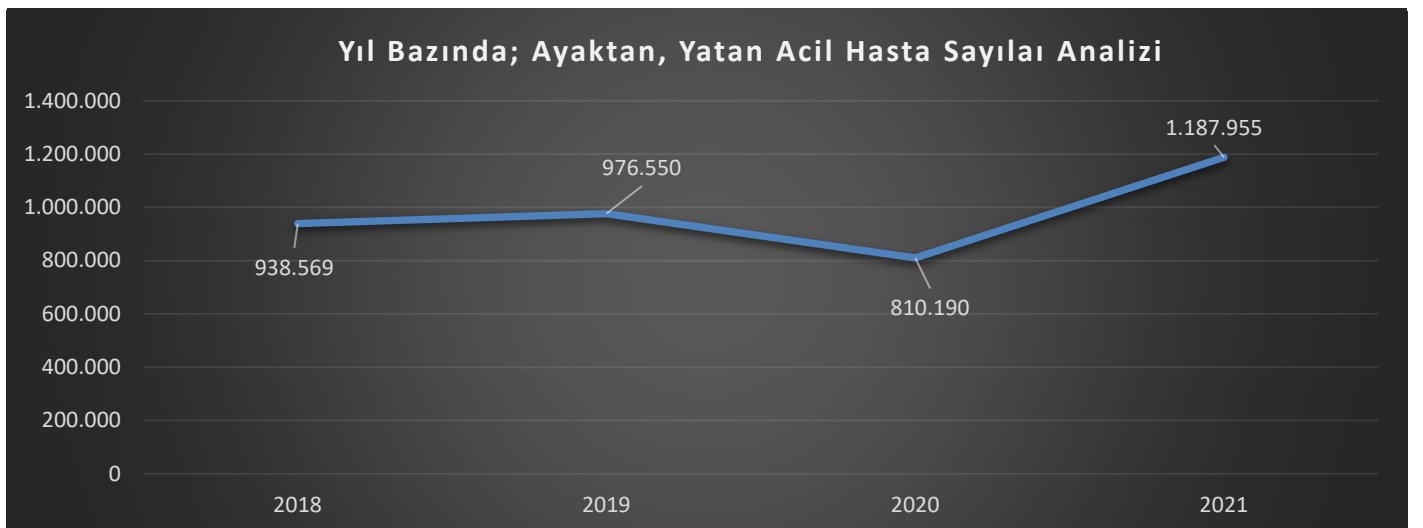
Bölüm	Yatak Sayısı	Hasta sayısı
Acil Servis Hizmetleri	37	2360
Yoğun Bakım	92	5157
Klinik	515	27559
TOPLAM	644	35.076

	Ameliyat Masası	Ameliyat Sayısı
Ameliyathane	15	15256



*2021 yılı içerisinde hastanemizde hizmet verdiğimiz; yatan, ayakta, acil hastalar toplamı, 1.187.955 olarak tespit edilmiştir.

Yıl	Yıl Bazında Hastanemizde hizmet verdiğimiz; Ayaktan, Yatan Acil Hasta Sayıları
2018	938.569
2019	976.550
2020	810.190
2021	1.187.955



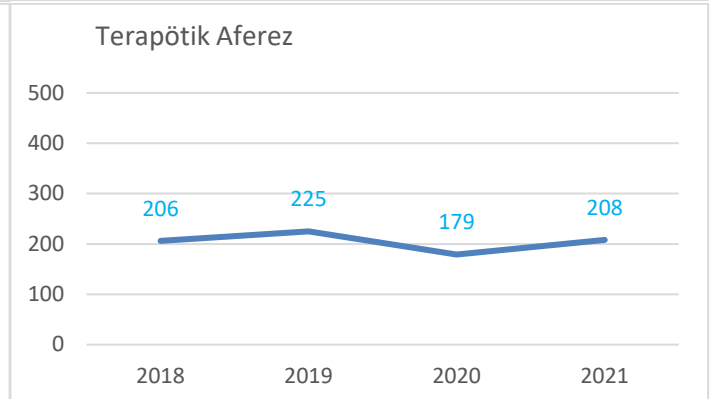
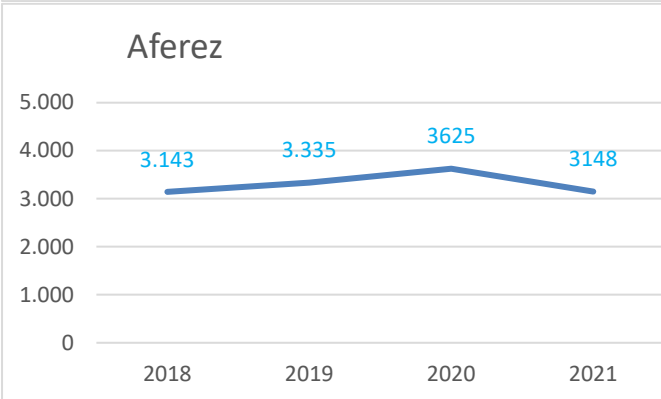
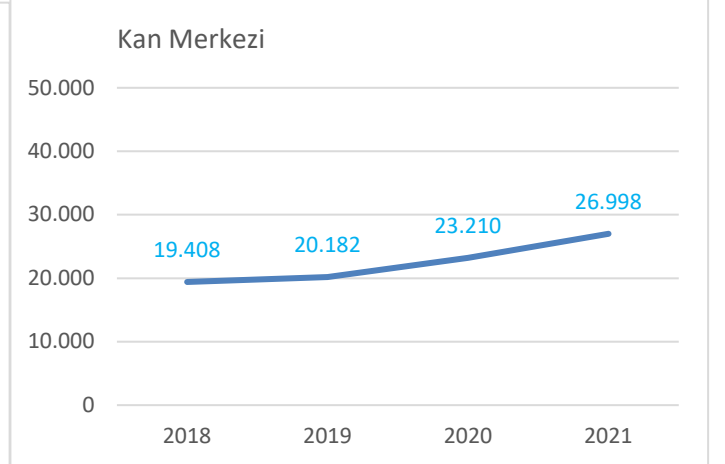
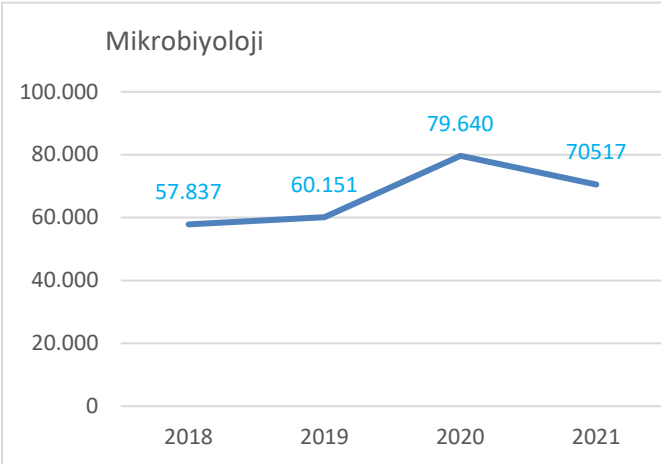
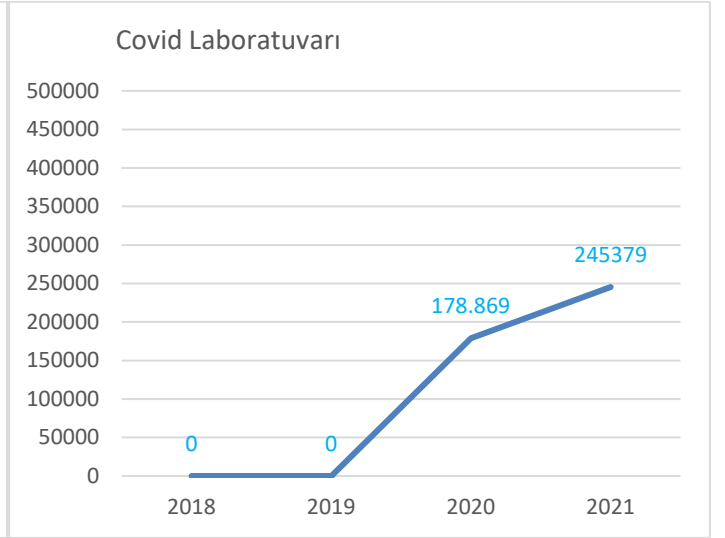
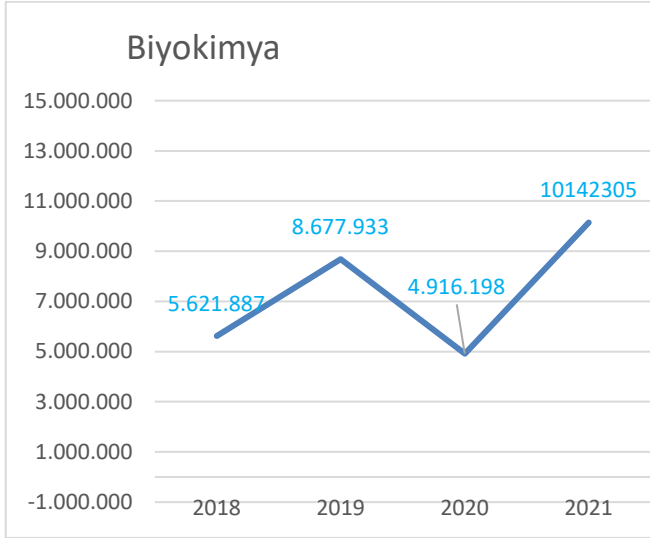
Görüntüleme Sayıları

Bölüm	2019		2020		2021	
	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı
Radyoloji	96.883	152.852	66294	105330	85764	134641
MR	32.087	42.844	20344	25178	11646	18696
Tomografi	50.518	62.498	41133	48578	23320	48619
Girişimsel Radyoloji	1.057	1.418	553	1529	2236	2336
Nükleer Tıp	9.448	10.489	6251	9770	2446	5384
PET-BT	2.323	4.530	2186	4733	2667	2667
Radyasyon Onkolojisi	3.854	26.985	3061	20982	1831	12155
Ultrason	35.805	53.153	23167	35076	22923	31388
TOPLAM	231.975	354.769	159.928	230.194		255.886



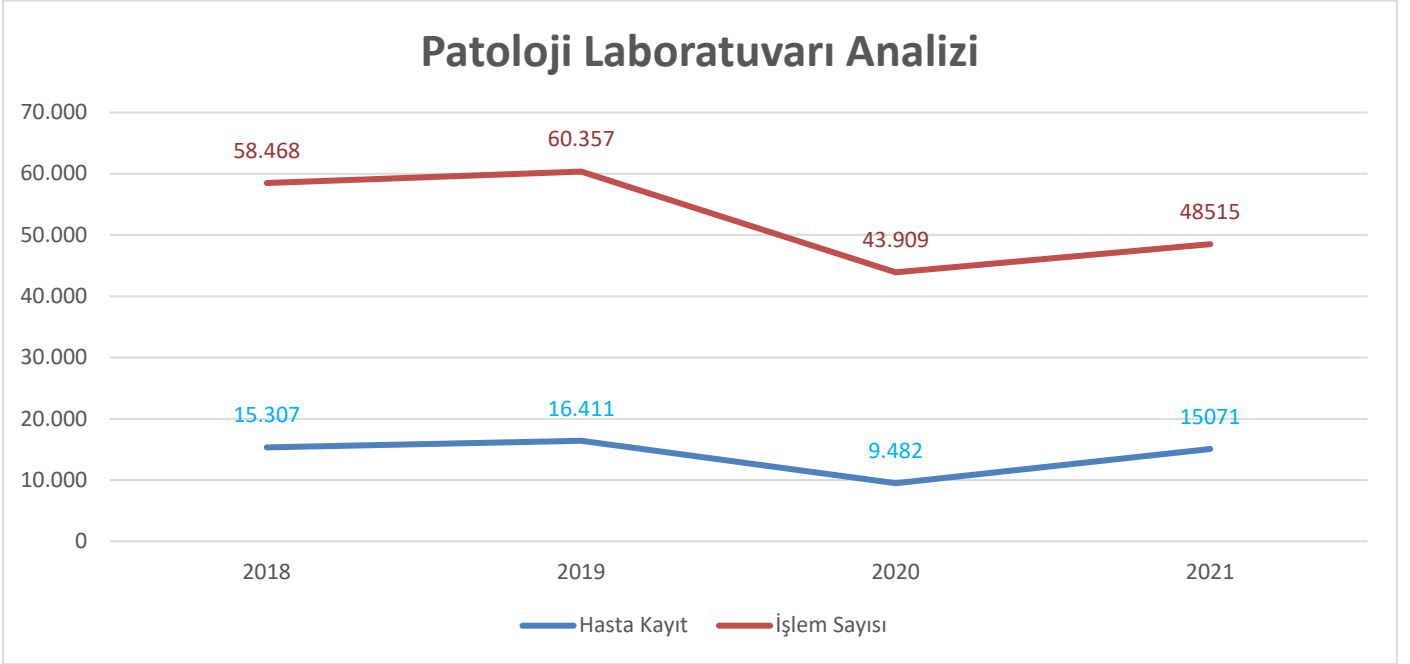
5.1.3- Tahlil Sayıları

	2018	2019	2020	2021
Biyokimya	5.621.887	8.677.933	4.916.198	10.142.305
Covid Laboratuvarı	-	-	178.869	245.379
Mikrobiyoloji	57.837	60.151	79.640	70.517
Kan Merkezi	19.408	20.182	23.210	26.998
Aferez	3.143	3.335	3.625	3.148
Terapötik Aferez	206	225	179	208



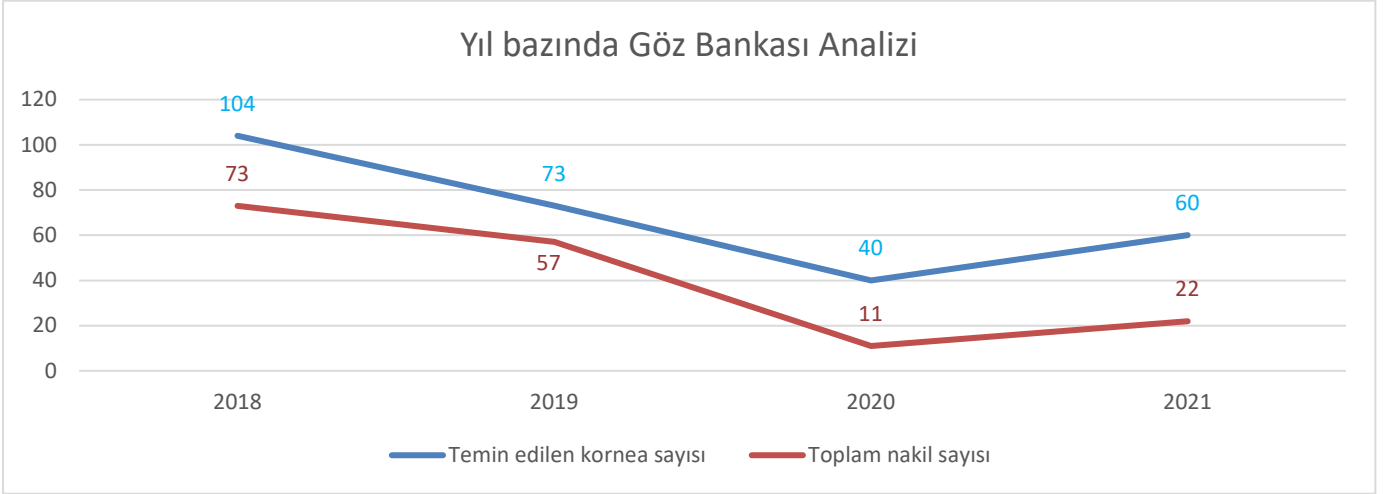
5.1.4- Patoloji Laboratuvarı Analizi

	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı
2018	15.307	58.468
2019	16.411	60.357
2020	9.482	43.909
2021	15071	48515



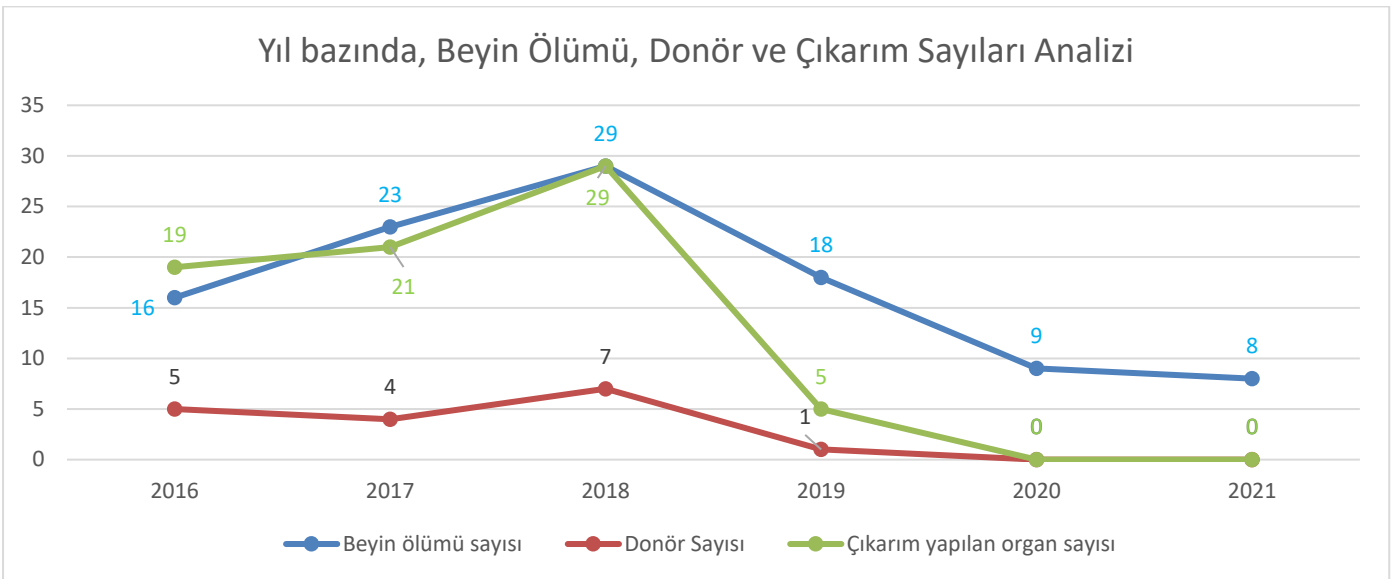
5.1.5- Göz Bankası İstatistikleri

	Temin edilen kornea sayısı	Toplam nakil sayısı
2018	104	73
2019	73	57
2020	40	11
2021	60	22



5.1.6- Beyin ölümü ve Organ Çıkarımı İstatistikleri

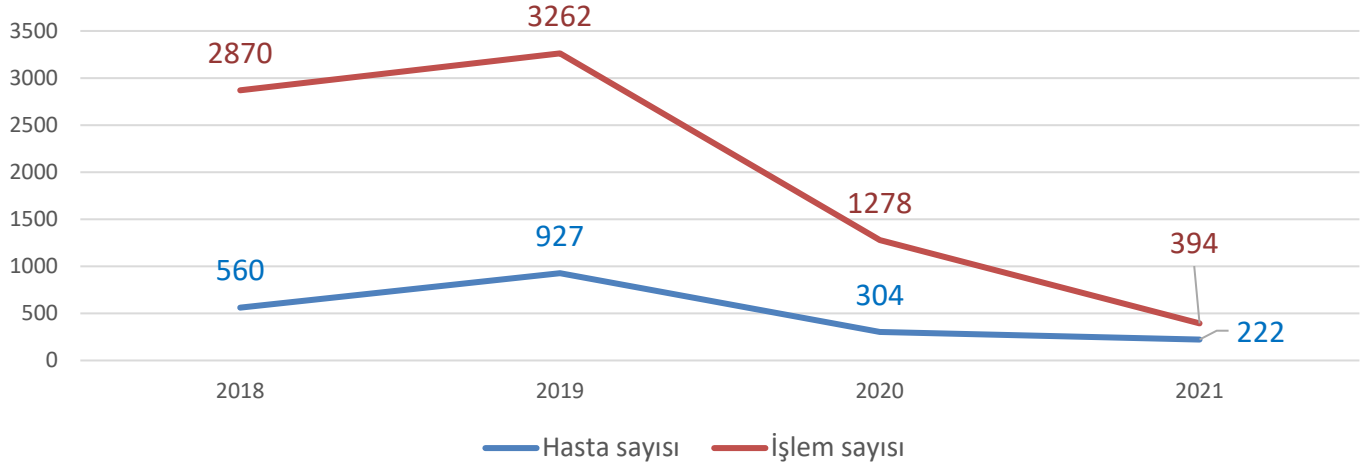
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Beyin ölümü sayısı	16	23	29	18	9	8
Donör Sayısı	5	4	7	1	0	0
Çıkarım yapılan organ sayısı	19	21	29	5	0	0



5.1.7- Kozmetoloji İstatistikleri

Yıl	Hasta sayısı	İşlem sayısı
2018	560	2870
2019	927	3262
2020	304	1278
2021	222	394

Yıl Bazında; Kozmetoloji İstatistikleri



KOZMETOLOJİ MERKEZİ

PRP
Platelet Rich Plasma

Derinleştirilmiş plazma hücreleri ile deri yenileme ve gençleştirme için en etkili yöntemdir. Deriyi sıkılaştırır ve elastikiyetini artırır.

BOTOKS

Botoxun tedavisi en etkili ve güvenli yöntemdir. Göz kırışıklıklarını giderir ve deriyi sıkılaştırır.

DOLGU

Yüzde kırışıklıkları ve sarkmaları gidermek için en etkili yöntemdir. Doğal ve güvenli bir şekilde uygulanır.

MEZOTERAPİ

Yüzde kırışıklıkları, sarkmaları ve sivilce problemlerini gidermek için en etkili yöntemdir. Deriyi nemlendirir ve sıkılaştırır.

CİLT GENÇLEŞTİRME

Deride kırışıklık, leke ve çatlak tedavisi için en etkili yöntemdir. Cilt dokusunu yeniler.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastane Saha Hastanesi, Zemin Kat
Tel: 444 4 228 - 0454 3060

KOZMETOLOJİ MERKEZİ

Alexandrite & Nd:YAG Lazer

Yüz ve boyun kırışıklıkları, derin kırışıklıklar, güneş lekeleri, yanık, yaşa ve ameliyat izleri, deri cilt hastalıkları tedavisi için en etkili yöntemdir.

Fraksiyonel Lazer

Yüz ve boyun kırışıklıkları, derin kırışıklıklar, güneş lekeleri, yanık, yaşa ve ameliyat izleri, deri cilt hastalıkları tedavisi için en etkili yöntemdir.

Q-SWITCHED Lazer

Cilt lekeleri tedavisi, cilt yenileme, dövme silme, damar genişlemeleri tedavisi için en etkili yöntemdir.

Yeni Beklentiler (VİLLASAP)

Bölgesel incelme, solunum tedavisi, cilt hastalıkları tedavisi için en etkili yöntemdir.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastane Saha Hastanesi, Zemin Kat
Tel: 444 4 228 - 0454 3060

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HASTANE SAHA HASTANESİ

KOZMETOLOJİ MERKEZİ

LAZER EPİLASYON
Alexandrite + Nd:YAG Lazer

LEKE TEDAVİSİ
Alexandrite Lazer
Q-Switched Lazer

BOTOKS - DOLGU

CİLT GENÇLEŞTİRME
Fraksiyonel Karbonikokül Lazer
Mezoterapi
PRP
Kriyoterapi
Botox
Dolgu

BÖLGESEL İNCELTME
Yakalite
Selliit mezoterapi

DÖVME SİLME
Q-Switched Nd:YAG Lazer

LAZERLE DAMAR TEDAVİSİ
Q-Switched Nd:YAG Lazer
Longpulse Nd:YAG Lazer

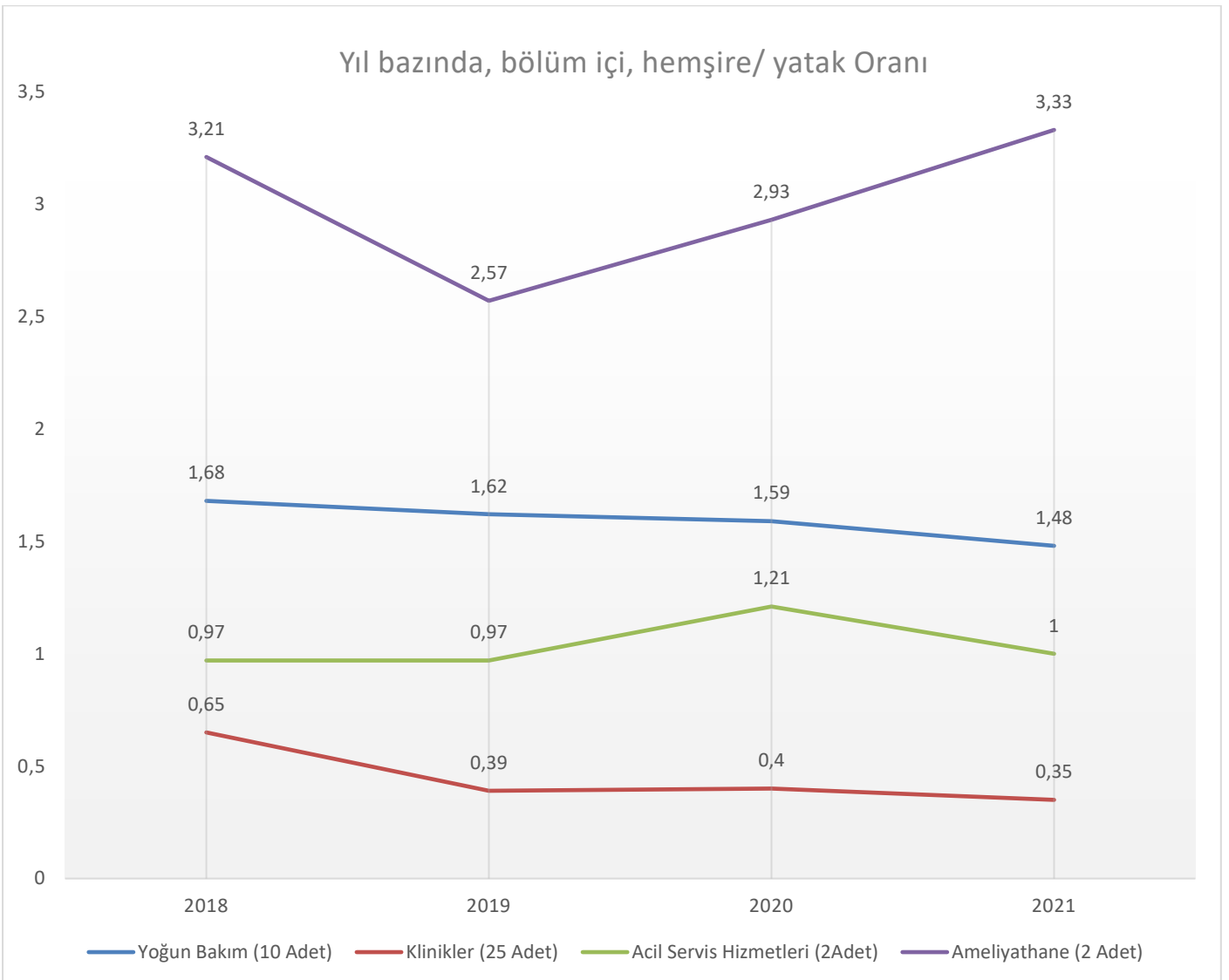
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastane Saha Hastanesi, Zemin Kat

5.2-İdari Hizmetler

5.2.1- Hemşirelik Hizmetleri;

Bölüm	Oran 2019 (Hemşire/Yatak)	Oran 2020 (Hemşire/Yatak)	Oran 2021 (Hemşire/Yatak)	Hemşire Sayısı 2021	Yatak Sayısı 2021
Yoğun Bakım (Adet)	1,62	1,59	1,48	137	92
Klinikler (25 Adet)	0,39	0,40	0,35	184	515
Acil Servis Hizmetleri (2Adet)	0,97	1,21	1	37	37
Ameliyathane (2 Adet)	2,57	2,93	3,33	50	15
Kan Alma			1,1	10	9
Diğer Alanlar			2,15	95	44
TOPLAM				513	659

- Toplam yatak sayısında kan alma ve diğer alanlar hariç bırakılmıştır.



5.2.2- Biyolog/ Teknisyen/Tekniker Sayıları

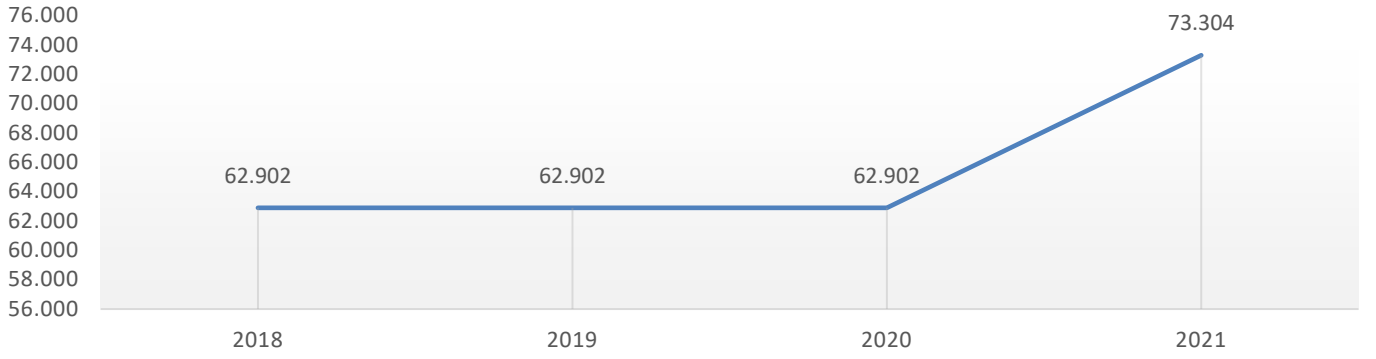
	Bölüm	Alt Bölüm	Sayı	TOPLAM
Laboratuvar	Patoloji Laboratuvarı		12	60
	Merkez Laboratuvar	Mikrobiyoloji	20	
		Biyokimya	14	
	Kan Merkezi		8	
	Aferez/Terapötik Aferez		1	
	Genetik		3	
Hematoloji		2		
Görüntüleme	Radyoloji		29	34
	Nükleer Tıp		4	
	Radyasyon Onkoloji		1	
Diğer	Anestezi Teknisyeni		19	97
	Fizyoterapist		13	
	Odyometre		5	
	Tüp Bebek		2	
	Sağlık Bakım Teknisyeni		49	
	Uyku		2	
	Mediko		2	
	Girişimsel Radyoloji		2	
	Göz		1	
	EMG		1	
	Eczane		1	
			TOPLAM	191
Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Toplam Personel Sayısı		716		

*Aktif çalışan personel sayısı baz alınmıştır.

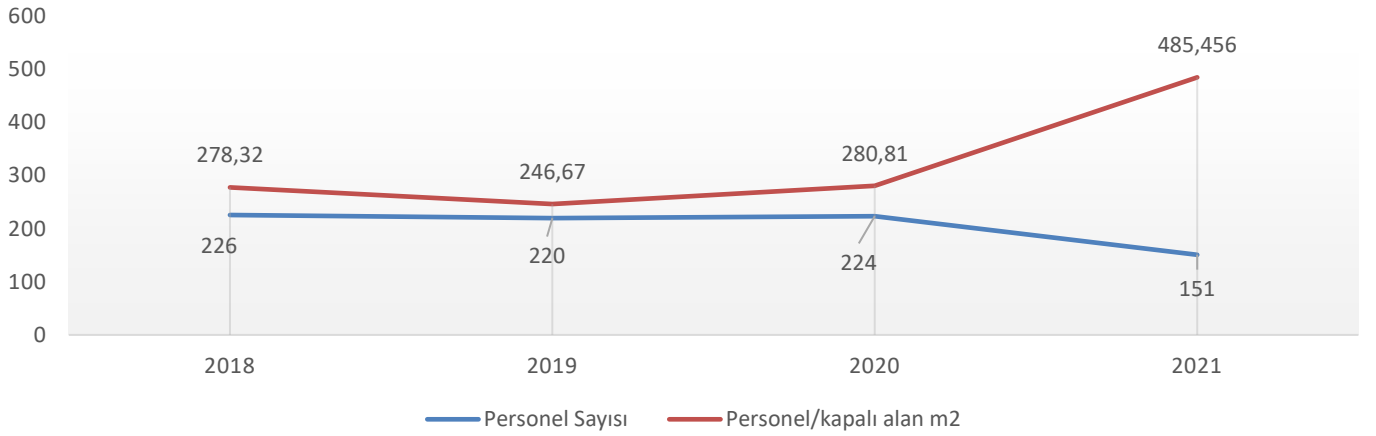
5.2.3- Temizlik Personeli;

Yıl	Kapalı Alan (m ²)	Personel Sayısı	Mahkûm Sayısı	Toplam	Personel/kapalı alan m ²
2018	62.902 m ²	226	-	226	278,32 m ²
2019	62.902 m ²	220	35	255	246,67 m ²
2020	62.902 m ²	224	-	224	280,81 m ²
2021	73.304 m ²	151	-	151	485,456 m ²

Kapalı Alan (m²)



Personel Sayısı/Günlük kişi başı temizlenmesi gereken metrekare



5.2.4- Komiteler ve Ekipler

	Komite	Komite Başkanı
1	Kalite Komisyonu	Prof. Dr. Kıvanç Günhan
2	Hastane Yönetim Kurulu	Prof. Dr. İsmet Topçu
3	Çalışan Güvenliği Komitesi	Prof. Dr. Artuner Deveci
4	Hasta Güvenliği Komitesi	Prof. Dr. Artuner Deveci
5	Eğitim Komitesi	Doç. Dr. Oktay Üçer
6	Tesis Güvenliği Komitesi	Prof. Dr. Cüneyt Balcioğlu
7	Emzirme Komitesi	Doç. Dr. Cemal Bilaç
8	Radyasyon Güvenliği Komitesi	Prof. Dr. Şebnem Örgüç
9	Kan Transfüzyon Komitesi	Doç. Dr. Cemal Bilaç
10	Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Doç. Dr. Cemal Bilaç
11	Klinik Kalite Veri İyileştirme Komitesi (Yeni)	Doç. Dr. Cemal Bilaç
12	Acil Durum Afet Ekibi	Prof. Dr. Cüneyt Balcioğlu
13	Mavi Kod Ekibi	Prof. Dr. Gönül Tezcan Keleş
14	Atık Yönetim Ekibi	Doç. Dr. Cemal Bilaç
15	Bilgi Güvenliği ve HBYS Ekibi	Prof. Dr. Cüneyt Balcioğlu
16	Doku ve Organ Bağış Ekibi	Prof. Dr. Melek Çivi
17	Hastane Bina Turu Ekibi	Prof. Dr. Cüneyt Balcioğlu
18	İlaç Yönetim Ekibi	Doç. Dr. Oktay Üçer
19	Nütrisyon Destek Ekibi	Prof. Dr. Melek Çivi
20	Öneri/Şikâyet Değerlendirme Kurulu	Prof. Dr. Artuner Deveci
21	Öz Değerlendirme Ekibi	Doç. Dr. Oktay Üçer
23	Stok Yönetim Ekibi	Doç. Dr. Cemal Bilaç
24	Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi	Doç. Dr. Cemal Bilaç

5.2.5- 2021 Yılı Toplantı Analizi (Hastane Yönetim Kurulu)

Hastane Yönetim Kurulu	Toplantı Sayısı	Alınan toplam karar sayısı
2018	12	69
2019	13	113
2020	12	160
2021	12	63

5.3- İdari Hizmetler

5.3-1. 2018-2019-2020-2021 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				303	%54,45	%15,84	%29,71
		76	246	57				
2019	17				142	%40	%4	%56
		32	70	37				
2020	20				135	%37,03	%21,48	%41,49
		50	138	75				
2021	75				691	%78	%16,64	%5,36
		61	453	168				

6- Yönetim ve İç Kontrol Sistemi

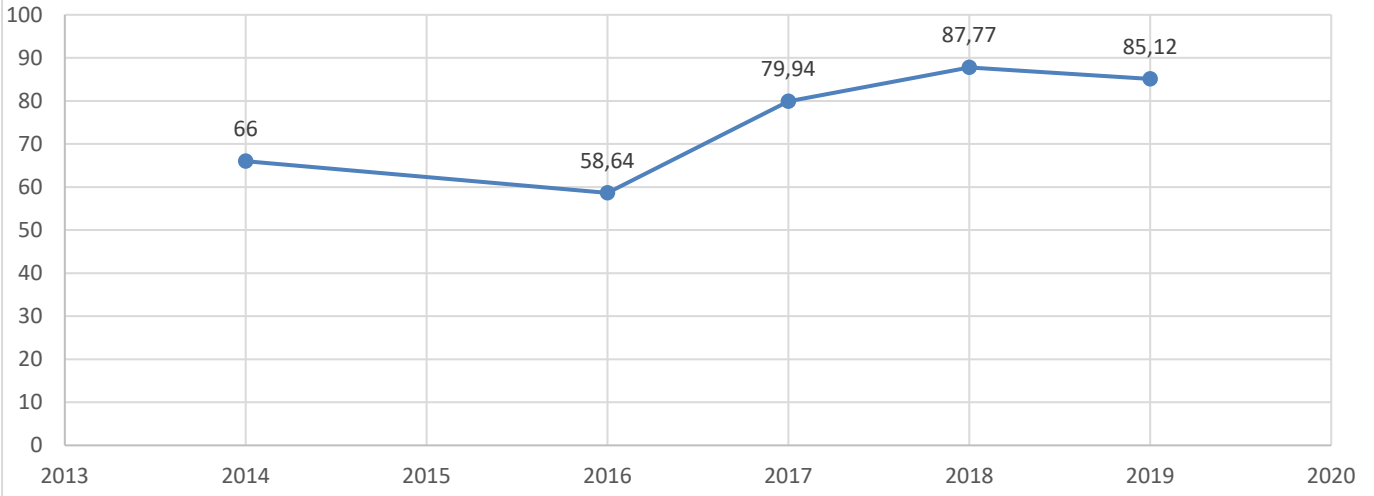
6.1- İç Kontrol

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 Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı' nın yayınlamış olduğu standartlar ve Türk Standartlar Enstitüsü ISO 9001 standartları göz önünde bulundurularak yürütülmektedir. Değerlendirme kapsamında tüm bölümler yer almaktadır.



6.2-Dış Kontrol: Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü belgelendirme faaliyetleri kapsamında dış denetimler gerçekleştirilmektedir. 2021 yılı içerisinde ISO 9001:2015 belgesi alınmaya hak kazanılmıştır.

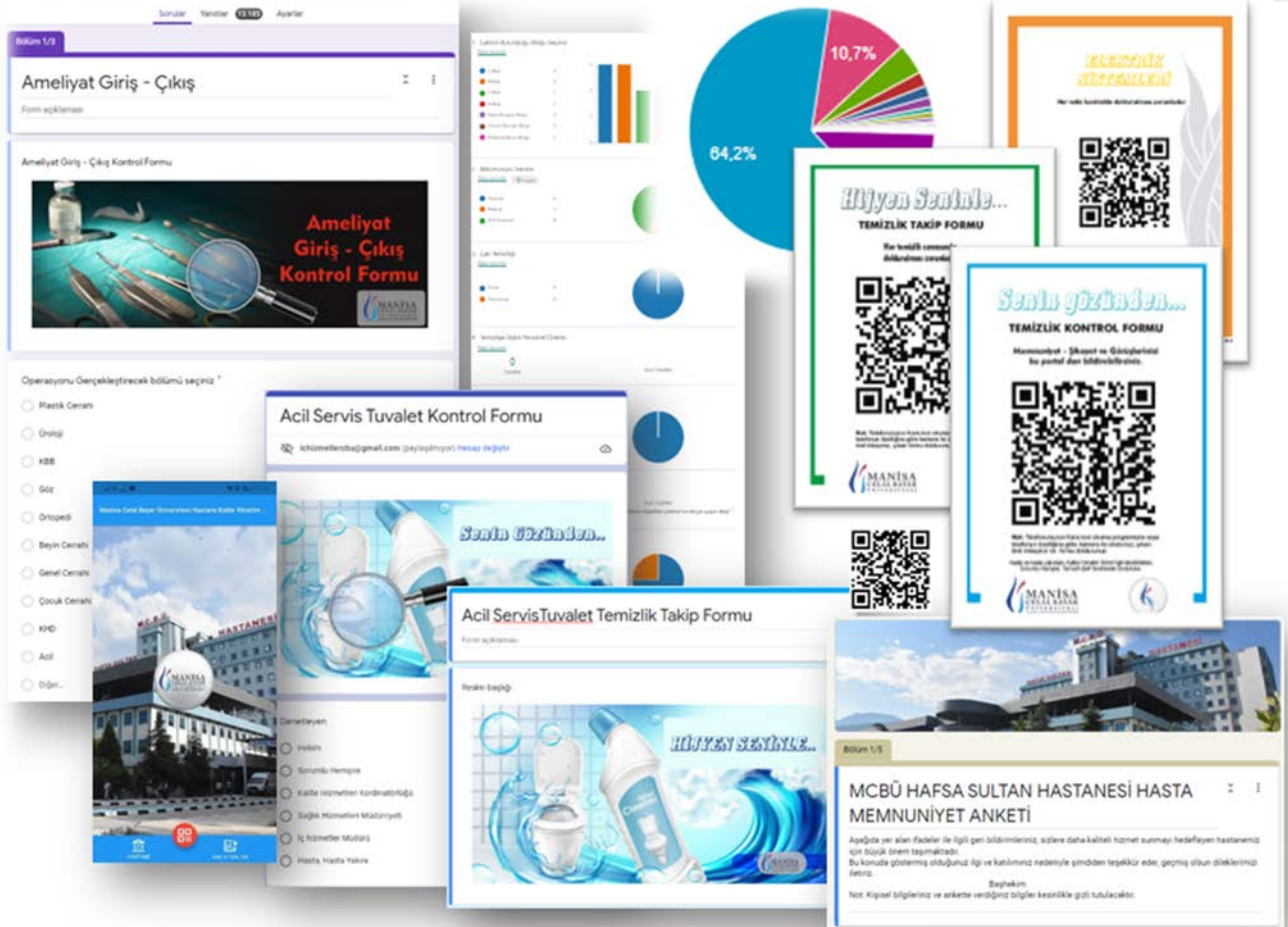
Sağlık Bakanlığı Kalite Değerlendirmeleri (Yıl Bazında)



D. Diğer Hususlar

Elektronik Form Süreçleri

No:	Elektronik Form Adı	Kayıt Giriş	Kontrol Giriş
1	Ameliyat Giriş - Çıkış	13181	
2	Çalışan Memnuniyeti	676	
3	TY.ELK.FR.01 Elektrik sistemleri	136	
4	TY.ELK.FR.02 Havalandırma Sistemleri	27	
5	TY.ELK.FR.3 Su Sistemleri	23	
6	TY.ELK.FR.06 ÇATI KONTROL FORMU	18	
7	AY.ELK.FR.01 Tıbbi Atık Toplama Alanları Kayıt Formu	18	
8	BY.ELK.FR.01 Haftalık Sunucu Kontrol Lisesi	18	
9	İOB.ELK.FR.01 İstenmeyen Olay Bildirim Görüş Öneri Formu	283	
10	DK.ELK.FR.04 Tesis Yönetimi Hizmet Alımı Bakım Onarım Kontrol Formu Klinik Mühendislik	28	
11	DK.ELK.FR.02 Tesis Yönetimi Hizmet Alımı Bakım Onarım Kontrol Formu Teknik Ekip	19	
12	DK.ELK.FR.09 Tesis Yönetimi Hizmet Alımı İlaçlama	4	
13	PB.ELK.FR.01 Poliklinik Binası Tuvalet Temizlik Kayıt Formu	950	
14	PB.ELK.FR.02 Poliklinik Binası Tuvalet Kontrol Formu		119
15	EN.ELK.FR.01 Enfeksiyon Günlük Temizlik Takip Formu	128	
16	Numune Alma Tuvalet Kontrol Formu		283
17	Numune Alma Tuvalet Temizlik Kayıt Formu	323	
18	Acil Servis Tuvalet Temizlik Takip Formu	1383	
19	Acil Servis Tuvalet Kontrol Formu		1047
Genel Toplam		17190	1449



Web Adreslerine Ziyaret;

Yıl	http://hastane.cbu.edu.tr Adresine ziyaret sayısı	Hastane Kurum içi Ziyaret Sayısı Sıralaması	hkyb.cbu.edu.tr Adresine Ziyaret Sayısı	Kalite Kurum içi Ziyaretçi Sayısı Sıralaması	#cbuhkyb Instagtam adresi Takipçi Sayısı
2018	360.056	9.Sıra	15.890	81.Sıra	204
2019	367.939	7.Sıra	74.574	43.Sıra	345
2020	237.281	5.Sıra	26.710	52.Sıra	-
2021	341.766	3.Sıra	41.049	45.Sıra	537



II. AMAÇ ve HEDEFLER

A. İdarenin Stratejik Planında Yer Alan Amaç ve Hedefler

1.Amaç	Hedef
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 İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin yaygınlaştırılması
	1.5 Acil Durum Afet Yönetimine ilişkin tedbirlerin alınması
	1.6 Anlaşmalı Kurumlar ve Sağlık Turizmi Birimin' de hasta kabul edilmesi
	1.7 Personel eksikliğini giderilmesi
2.Amaç	Hedef
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
3.Amaç	Hedef
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 Hasta güvenliğine ilişkin kurgulanan Güvenli Cerrahi ve Anestezi Kontrol Listesinin kullanımının %100 sağlanması
	3.7 Cerrahi operasyonlara yönelik Taraf İşaretlemelerinin %100 sağlanması
4.Amaç	Hedef
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
5.Amaç	Hedef
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

*Yıllık Amaç ve Hedefler detaylı olarak Kalite Yönetim Birimi Sisteminde bulunmaktadır.

FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

A. Mali Bilgiler

1- Bütçe Uygulama Sonuçları

1.1-Bütçe Giderler

	Bütçe Başlangıç Ödeneği	Gerçekleşme Toplamı	Gerçekleşme oranı (%)
Personel Giderleri	₺43.096.502,00	₺52.609.059,65	122,34
SGK Devlet Primi Giderleri	₺6.641.236,00	₺8.341.192,00	126,38
Mal ve Hizmet Alımı Giderleri (Genel Toplam Saymanlık)	₺156.651.378,00	₺171.323.429,86	109,82
Mal ve Hizmet Alımı Giderleri (Genel Toplam Rektörlük)	₺7.169.000,00	₺5.735.645,75	80,1
Cari Transferler	₺8.935.351,00	₺16.657.399,08	186,42
Sermaye Giderleri	₺23.080,00	₺144.941,84	630,17

1.2-Bütçe Gelirleri

	Rektörlükten Aktarılan	Fatura Gelirleri	Toplam
OCAK		₺13.116.690,43	₺13.116.690,43
ŞUBAT		₺13.538.016,05	₺13.538.016,05
MART	₺1.704.000,00	₺17.795.974,95	₺19.499.974,95
NİSAN		₺15.272.476,40	₺15.272.476,40
MAYIS		₺15.323.816,74	₺15.323.816,74
HAZİRAN	₺1.000.000,00	₺17.837.701,32	₺18.837.701,32
TEMMUZ		₺18.361.661,32	₺18.361.661,32
AĞUSTOS	₺619.000,00	₺19.486.593,67	₺20.105.593,67
EYLÜL		₺21.494.211,43	₺21.494.211,43
EKİM	₺500.000,00	₺21.325.603,91	₺21.825.603,91
KASIM		₺21.469.009,91	₺21.469.009,91
ARALIK		₺20.369.301,23	₺20.369.301,23
TOPLAM	₺3.823.000,00	₺215.391.057,36	₺219.214.057,36



2- Diğer Hususlar

2.1 Hizmet Alımı Yapılan Cihazlar;

Bölüm Adı	Hizmet Alımı	Maliyet
Tıbbi Mikrobiyoloji	ELİSA TESTLERİ HİZMET ALIMIMI	₺1.156.812,77
Nükleer Tıp	PET/BT HİZMET ALIMIMI	₺4.616.647,92
Tıbbi Genetik	GENETİK HASTALIKLAR TANI MERKEZİ HİZMET ALIMIMI	₺4.454.712,45
Tıbbi Biyokimya	BIYOKİMYA HORMON TESTLERİ HİZMET ALIMIMI	₺1.881.713,19
Tıbbi Biyokimya	SPEŞİFİK HORMON TESTLERİ HİZMET ALIMIMI	₺2.009.990,34
Tıbbi Biyokimya	KANGAZI ANALİZLERİ HİZMET ALIMIMI	₺1.645.875,18
Tıbbi Biyokimya	TAM OTOMATİK İDRAR ANALİZLERİ HİZMET ALIMIMI	₺233.897,68
Tıbbi Patoloji	KİT KARŞILIĞI SIVI BAZLI SİTOLOJİK TETKİKLER HİZMET ALIMIMI	₺199.919,60
Tıbbi Patoloji	FİŞH PROBLARI GÖRÜNTÜLEME VE ANALİZ SİSTEMİ HİZMET ALIMIMI	₺104.246,17
Onkoloji	RADYASYON ONKOLOJİ HİZMET ALIMIMI	₺10.440.000,00
	GENEL TOPLAM	₺26.743.815,30

2.2 Bakım Onarım Giderleri;

	Maliyet (2019)	Maliyet (2020)	TOPLAM MALİYET (2021)
Medikal Mühendislik	₺744.977,00	₺1.302.947,00	
Atölye	₺1.616.754,00	₺737.115,00	₺5.525.721,00

2.3 Araç ve Jeneratör Yakıt Kullanımı;

	Motorin	LPG	Benzin	TOPLAM
OCAK	₺1.023,02			₺1.023,02
ŞUBAT	₺3.923,91			₺3.923,91
MART	₺3.533,75	₺120,50	₺619,31	₺4.273,56
NİSAN	₺1.645,87	₺120,64	₺236,92	₺2.003,43
MAYIS	₺3.760,23	₺122,58	₺289,86	₺4.172,67
HAZİRAN	₺3.318,74	₺104,80		₺3.423,54
TEMMUZ	₺2.703,47			₺2.703,47
AĞUSTOS	₺4.813,37	₺139,90		₺4.953,27
EYLÜL	₺4.576,75			₺4.576,75
EKİM	₺3.718,80			₺3.718,80
KASIM	₺3.811,39	₺356,11		₺4.167,50
ARALIK	₺5.295,05	₺249,33	₺556,77	₺6.101,15
TOPLAM	₺42.124,35	₺1.213,86	₺1.702,86	₺45.041,07
			GENEL TOPLAM	₺45.041,07

2.4 Elektrik, Su, Doğalgaz ve Telefon Giderleri

	Elektrik	Su	Doğalgaz	Telefon	Toplam
OCAK	₺415.167,94	₺115.098,28	₺306.010,82	₺5.371,04	₺841.648,08
ŞUBAT	₺417.094,51	₺90.715,50	₺273.578,99	₺5.441,84	₺786.830,84
MART	₺482.162,10	₺100.600,50	₺311.181,66	₺6.271,19	₺900.215,45
NİSAN	₺480.320,01	₺125.787,00	₺138.878,92	₺6.775,14	₺751.761,07
MAYIS	₺840.717,00	₺125.566,50	₺30.411,29	₺8.457,26	₺1.005.152,05
HAZİRAN	₺967.988,07	₺128.507,00	₺31.030,00	₺8.335,33	₺1.135.860,40
TEMMUZ	₺1.476.479,11	₺164.289,50	₺33.786,33	₺5.456,42	₺1.680.011,36
AĞUSTOS	₺1.606.467,43	₺161.621,50	₺25.345,54	₺5.582,06	₺1.799.016,53
EYLÜL	₺952.668,81	₺99.534,50	₺28.522,81	₺5.472,18	₺1.086.198,30
EKİM	₺832.525,23	₺186.762,50	₺115.253,04	₺5.325,23	₺1.139.866,00
KASIM	₺901.169,32	₺146.578,86	₺455.734,00	₺5.443,30	₺1.508.925,48
ARALIK	₺1.031.966,89	₺108.193,52	₺1.047.861,69	₺5.263,00	₺2.085.091,58
TOPLAM	₺10.404.726,42	₺1.553.255,16	₺2.797.595,09	₺73.108,99	₺14.828.685,66
GENEL TOPLAM					₺14.828.685,66

2.5 Bütçe Gelirleri

	2021 BÜTÇE BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	2021 GERÇEKLEŞME TOPLAMI	GERÇEKLEŞME ORANI
	TL	TL	%
03- Teşebbüs ve Mülkiyet Gelirleri	-	-	
04-Alınan Bağış ve Yardımlar	₺7.834.900,00	₺141.123.219,83	
05-Diğer Gelirler	₺1.400.030,00	₺58.862.428,63	
06-Sermaye Gelirleri	-	-	
Gelirler Toplamı	₺9.234.930,00	₺199.985.648,46	

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 CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri		PROSES ETKİLEŞİM DERECELENDİRME TABLOSU																													
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	B	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	A	A	A	A	B	B	A	C	A	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	B	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	B	B	B	A	A	
	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	C	
	8. Çalışan Hakları ve Güvenliği	C	C	C	C	A	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B	B	B	
SAĞLIK HİZMETLERİ	9. Yatan Hasta	C	B	B	C	C	C	C	A	C	C	C	C	C	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
	10. Ayaktan Hasta	C	B	B	C	C	A	A	C	C	A	C	C	C	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	
	11. Acil Hasta	C	B	C	B	B	C	C	C	C	A	C	C	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	C	C	A	B
	12. Doğum Hizmetleri	C	B	B	B	B	B	B	B	C	C	A	B	B	B	C	C	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	C	A	C
	14. Diyaliz	C	B	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	C	C	B	B	C	A	C	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	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	C	
	18. Sterilizasyon	C	B	B	A	C	B	B	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	A	A	A	C	C	C	B	C	C	C	B	C
	19. Transfüzyon	C	B	C	A	A	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	A	B	C	B	C	A	C	C	C	C	C	
	20. Görüntüleme	C	B	B	A	B	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	B	C	A	B	C	A	C	C	A	C	B	C	
	21. Tahlil	C	B	B	A	B	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	C	A	C	C	B	B	C	C	C	
	22. Tesis Yönetimi	C	B	C	A	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	C	B	B	A	C	B	B	C	
	23. Bilgi Yönetimi	C	C	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	
	24. Tıbbi Arşiv	C	B	B	A	A	B	B	B	C	A	A	C	C	A	C	B	B	A	B	A	B	A	C	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	C	C	C	C	B	C	
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	C	C	B	A	B	C		
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	C	B	C	B	C	A	C		
28. Dış Kaynak Kullanımı	C	B	B	A	B	A	A	A	C	C	C	C	C	C	C	B	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	C	A		
		ETKİLENEN																													
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.

IV. 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 başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı değerlendirmeleri süreci, puan grafiğinde sağlanan artışın yanı sıra Türk Standartları Enstitüsü tarafından yapılan değerlendirmeler çerçevesinde, hak kazanmış olduğumuz TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistem Belgesi bunun somut bir göstergesidir. Hastanemizde ki tüm bölümler faaliyetlerini, kalite ve akreditasyon süreçlerine uygun olacak şekilde yürütmektedir. İyileştirme faaliyetleri kapsamında pozitif yönlü bir ivme yakalanmıştır.

Hastanemiz idari yapısını güçlendirmeye yönelik 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.

2021 yılı içerisinde Maliye Bakanlığı’nda sağlamış olduğu destekler ile vadeli borçlarımızın tamamı kapatılmıştır. Bu faaliyetlerimiz, tedarikçilerimiz ile olan ikili ilişkilerde olumlu bir ortam sağlamıştır. Bu sürecin devamlılık gösterebilmesi, kurumun geleceği açısından önemli bir rol oynamaktadır.

2021 yılında fatura gelirlerinde elde ettiğimiz pozitif yönlü ivmelenme ekip çalışmasının yanı sıra tüm saha çalışanlarının yönetim ile koordineli çalışması ve aynı yönde, aynı hedefe doğru ilerlemesi ile mümkün kılınmıştır.

EKLER

İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI¹

Harcama yetkilisi olarak görev ve yetkilerim çerçevesinde;

Harcama birimimizce gerçekleştirilen iş ve işlemlerin idarenin amaç ve hedeflerine, iyi malî yönetim ilkelerine, kontrol düzenlemelerine ve mevzuata uygun bir şekilde gerçekleştirildiğini, birimimize bütçe ile tahsis edilmiş kaynakların planlanmış amaçlar doğrultusunda etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanıldığını, birimimizde iç kontrol sisteminin yeterli ve makul güvenceyi sağladığını bildiririm.

Bu güvence, harcama yetkilisi olarak sahip olduğum bilgi ve değerlendirmeler, yönetim bilgi sistemleri, iç kontrol sistemi değerlendirme raporları, izleme ve değerlendirme raporları, denetim raporlarına ve benden önceki harcama yetkilisi/yetkililerinden almış olduğum bilgilere dayanmaktadır.

Bu raporda yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu beyan ederim. (Manisa-26.01.2022)

İmza
Prof. Dr. İsmet Topçu
Başhekim



cbu.hastane.edu.tr

hkyb.cbu.edu.tr

