



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ

HASTANE
FAALİYET RAPORU

2022



Hastane Faaliyet Raporu içerik bilgileri,
Mali Hizmetler Müdürlüğü, İnsan Kaynakları, HBYS Probel, İstatistik
birimlerinden temin edilmiştir.

Bu rapor; Hastane Kalite Yönetim Direktörlüğü
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 ı.....	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 ve kaliteli hizmet sunmaya gayret göstermektedir.

YÖK, Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitülerinin gerçekleştirmiş olduğu dış denetimlerde hizmet kalitemiz ve çalışma sistemimiz en ince detaylarına kadar değerlendirilmiş olup, bu süreçlerde başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Gerçekleştirdiğimiz faaliyetler sonucunda, birçok risk fırsata çevrilerek, fatura gelirlerinde de ivmeli artışımız devamlılık göstermiştir.

Bu rapor; 2022 yılında, Hafsa Sultan Hastanesi' nin gerçekleştirmiş olduğu faaliyetlerin, saydamlık ve hesap verilebilirliğinin gereği olarak hazırlanmıştır.

2022 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				
Basınçlı 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 PRİMA	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
Bahçeliklik 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

DAHİLİ KLİNİKLER

E BLOK

F BLOK

G BLOK

H BLOK

CERRAHİ KLİNİKLER

A BLOK KARDİYOLOJİ

B BLOK

C BLOK

D BLOK

ACIL SERVİS

GİRİŞ

GİRİŞ

KANTİN

■ Hasta ve ziyaretçi asansörü

■ Personel asansörü

■ Ameliyathane YB asansörü

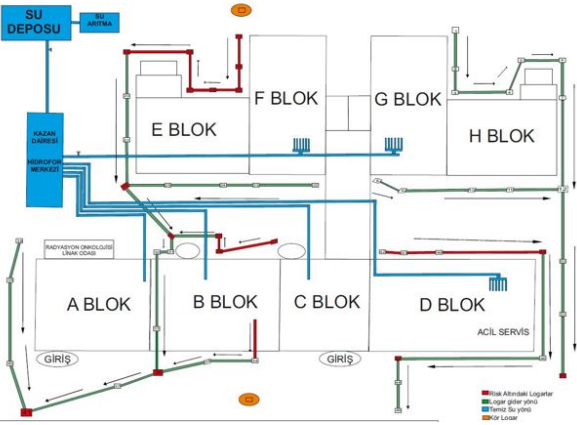
■ Engelli Asansörü

RISK ETİKETİ
COK GUVENLI
GUVENLI
AZ GUVENLI
GUVENSIZ

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

➤ Temiz ve Atık Su Sistemi

Temiz Su 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) birinin yapılmasına yönetimin tarafında 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)															
	A-B-C blok	15 Adet (27-41)															
	D blok	11 Adet (41-52)															
Kanalizasyon toplama (Pimaj) Arama Sistemi															Atık Su Hattı Sızdırmazlığı (Tutarak ile kayıt)		
Nükleer Tip Akık Toplama Tankları															Haftada bir kontrol (Form ile takip)		
															Nükleer Tip Perisani ile kontrol		
															Risk durumu yüksek DŞF çalışması var, sık aralıklarla bakım ihtiyacı var		
															Bakım zamanları		

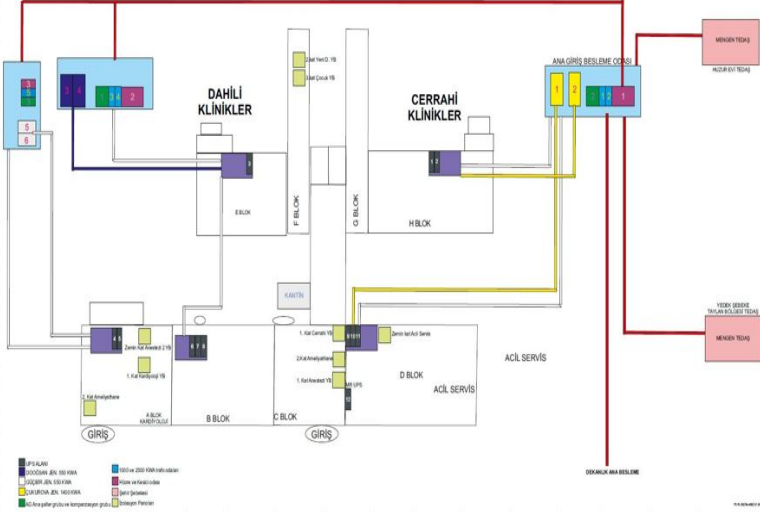


SORUMLU	Harun Duracak
	Mehmet Cabbar Balıççı
	Saffet Öger
	Samet Kahreman
	Mustafa Özçelikbaş

➤ 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 hizmet alımı	
Trafoolar	5													Yıllık bakım hizmet alımı ile yapılmakta kayıtlar Rektörlük Yapı İşleri Daire Başkanlığında	
UPS	12													Haftalık kontroller (Çalışma durumu, akülerin ısı kontrolü)	
Bölgesel kontrol kat 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	Yıllık Bakım Planı										Açıklama		
			ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	
Likid Oksijen Tankı	H Blokta arkasında 10 ve 20 tonluk	■													Günlük bakım tankın basınç ve seviye göstergesi kontrolü yapılır
Merkezi Vakum Sistemi	H blok tepesinde zemin E blok tepesinde zemin	■													Haftalık (yağ seviyesi kontrolü) Yıllık yağ ve yağ filtresi değişimi
Azot Protokollü/Narkoz/Füglen	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 Oksijen Tüpleri	H blok tepesinde zemin H blok arkasında zemin	■													
Bazınli 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
■	Görüşülenler bakım

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

➤ Havalandırma Sistemi

HAVALANDIRMA SİSTEMİ															
Sistem Adı	Adet	Risk Durumu	Yıllık Bakım Planı										Açıklama		
			ocak	şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	
Soğutma Grupları	12	■													Yaz bakım (Hava separatorlarının temizliği, malzeme ve su ile yıkanması) Bay Bakımı (Lublar bakımında suyun boyutları analizini doğrultulması) (Filtreler ile kayıt)
Isıtma kazanları	4	■													Isıtma kazanlarının yıllık bakım (BACA analizi, duman borularının temizlenmesi, cahanın temizlenmesi) (Tutanaç 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 Kokü Hıcre HK5 10 Tıp Bebek HK5 11 Çocuk YB HK5 12 Kalp Damar Ameliyathane HK5 13 Koronar YB HK5 14 Kalp Damar YB HK5 15 Anestezi YB 2 HK5 16 Koronar Anjiyo HK5 17 Radyasyon Onk. İsmak odaları HK5 18 Radyasyon Onk. Tomografi HK5 19	■													Haftalık (Kaba filtre değişimi), Aylık/Senzör içi temizliği (Alkol ile silinmeli) 6 aylık (Torbalar 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	5762	%99,58	5738	24	%0,42
Bilgi İşlem Donanım	991	%99,90	990	1	%0,10
Probel Yazılım	944	%93,75	885	59	%6,25
Medikal Mühendislik	1648	%97,69	1610	38	%2,31

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

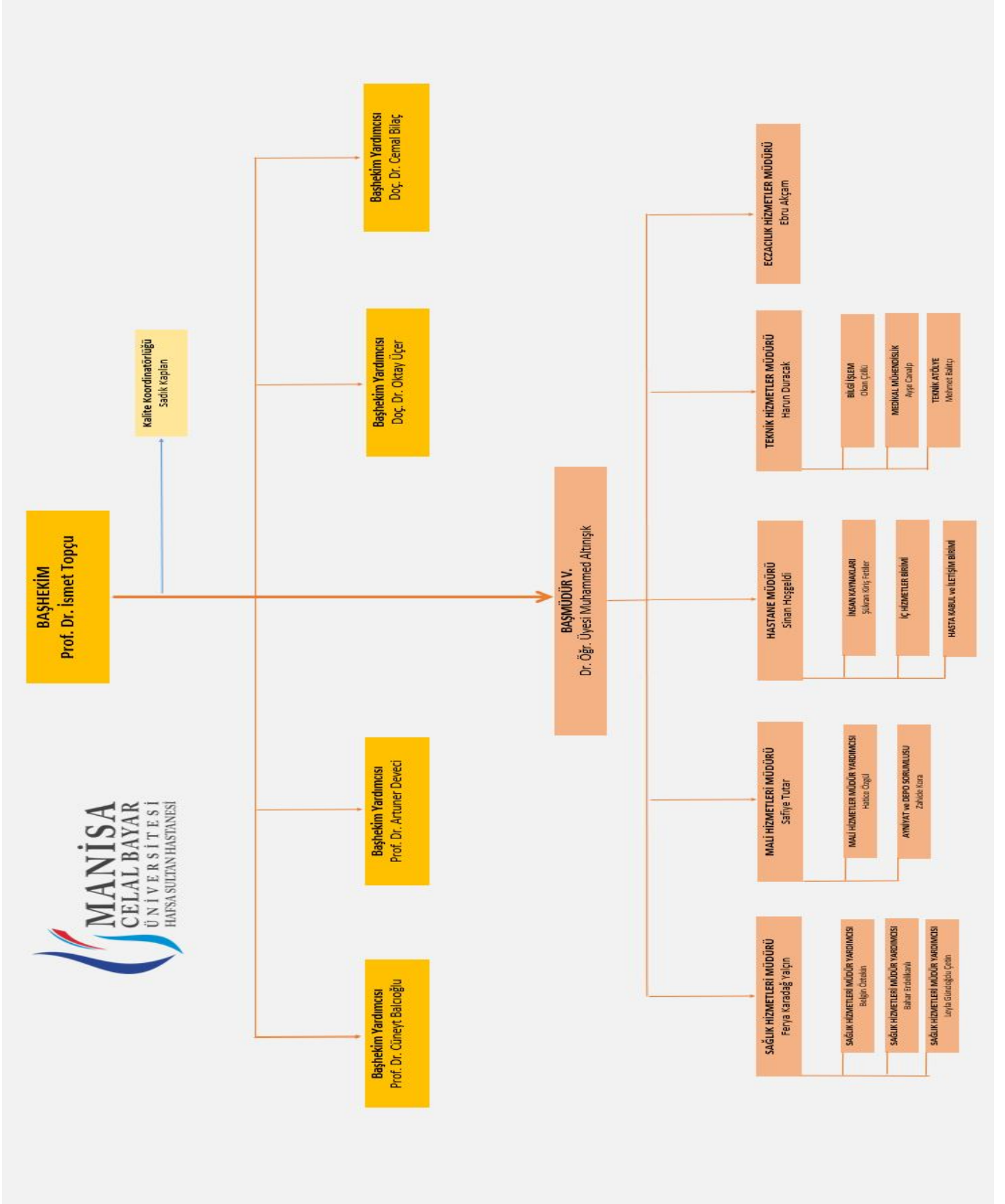
1.5- Atölyeler

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 :
Taşınabilir Bilgisayar Sayısı :

3.3- Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

Cinsi	İdari Amaçlı (adet)
Projeksiyon	65
Barkot okuyucu	137
Baskı makinesi	4
Fotokopi makinesi	7
Faks	6
Yazıcı	308
Fotoğraf Makinesi	8
Kamera	344
Televizyon	675
Tarayıcı	30
Mikroskop	69
Faks-fotokopi-yazıcı (Tek Makine)	69
Barkod yazıcı	277
Yükleme-boşaltma cihazı	1

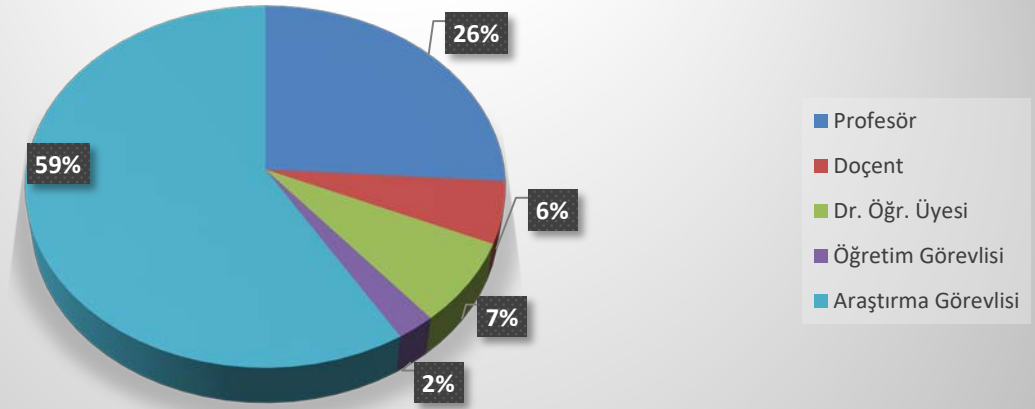
*Kamera sayıları, Güvenlik Kameralarını kapsamaktadır.

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	141	0	141	-	-
Doçent	30	0	30	-	-
Dr. Öğr. Üyesi	40	0	40	-	-
Öğretim Görevlisi	13	0	13	-	-
Araştırma Görevlisi	318	0	318	-	-
TOPLAM	542		542	-	-

Kadroların Doluluk Oranına Göre

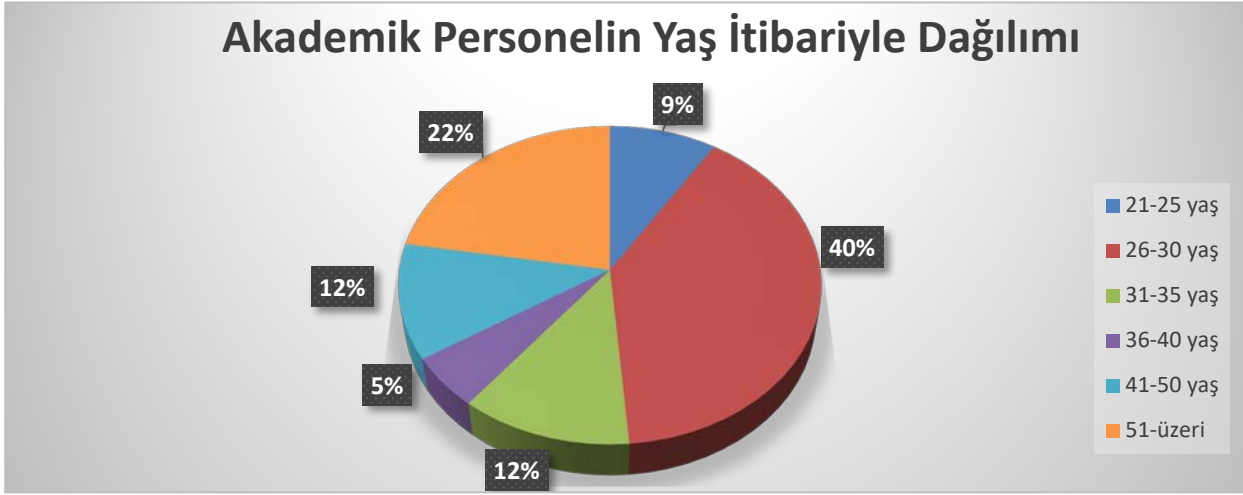


4.2- Yabancı Uyruklu Akademik Personel

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	-	-

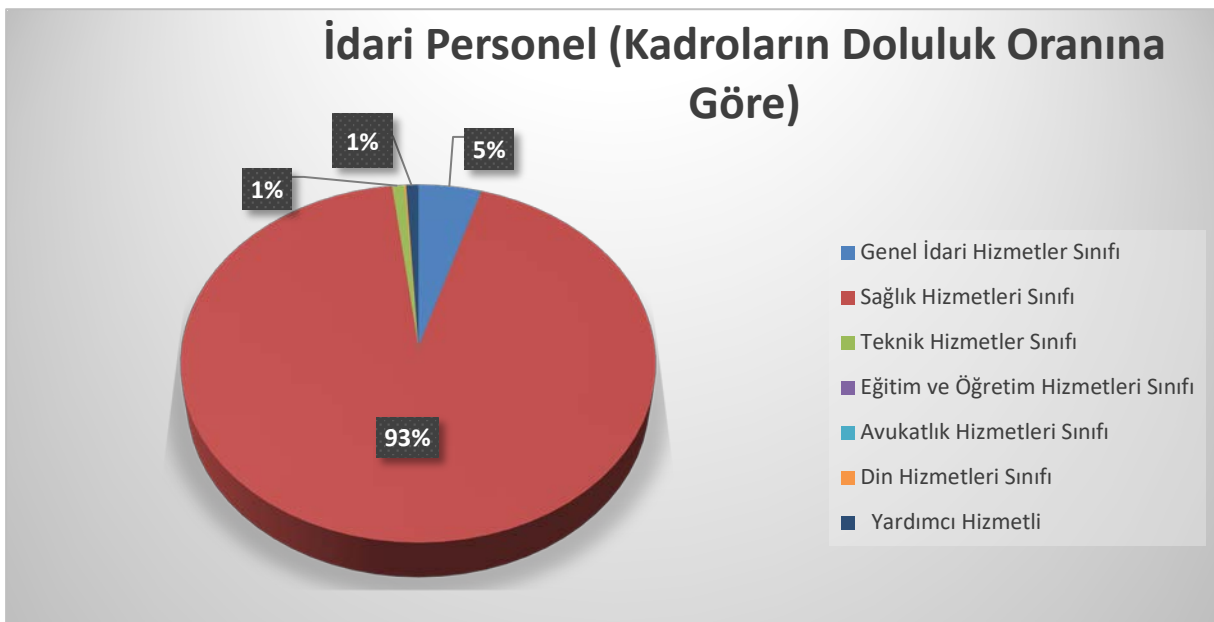
4.3-Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı

Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı						
	21-25 yaş	26-30 yaş	31-35 yaş	36-40 yaş	41-50 yaş	51-üzeri
Kişi sayısı	25	206	70	35	64	142
Yüzde	%9	%40	%12	%5	%12	%22



4.4-İdari Personel

İdari Personel (Kadroların Doluluk Oranına Göre)			
	Dolu	Boş	Toplam
Genel İdari Hizmetler Sınıfı	37		
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	721		
Teknik Hizmetler Sınıfı	10		
Eğitim ve Öğretim Hizmetleri Sınıfı	-		
Avukatlık Hizmetleri Sınıfı	-		
Din Hizmetleri Sınıfı	1		
Yardımcı Hizmetli	16		
TOPLAM	785		



4.5-İdari Personelin Eğitim Durumu

İdari Personelin Eğitim Durumu					
	İlköğretim	Lise	Önlisans	Lisans	YL ve Dokt.
Kişi Sayısı	5	106	148	423	103
Yüzde	0.7	13.5	18.9	53.9	13.2



4.6-İdari Personelin Hizmet Süresi

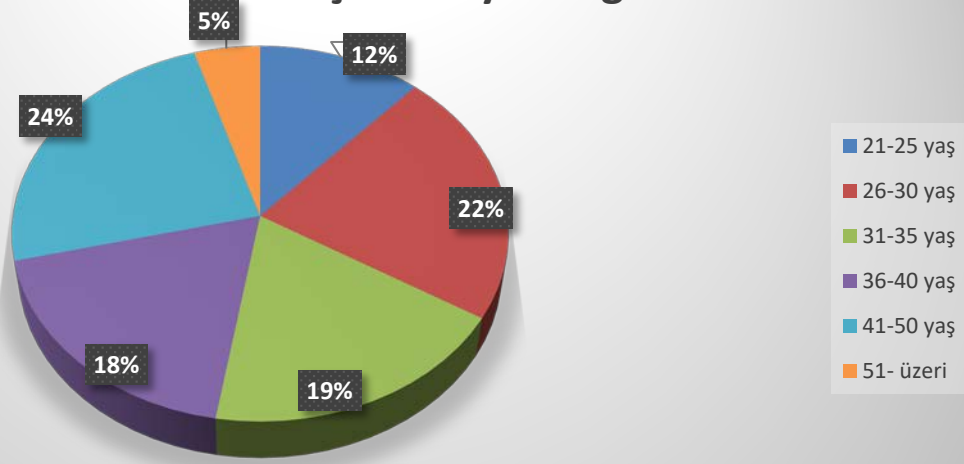
İdari Personelin Hizmet Süresi						
	1-3 yıl	4-6 yıl	7-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21- üzeri
Kişi Sayısı	150	152	176	154	29	124
Yüzde	19.1	19.4	22.5	19.7	3.7	15.8



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	92	173	148	146	189	37
Yüzde	11.8	22.1	18.9	18.6	24.1	4.8

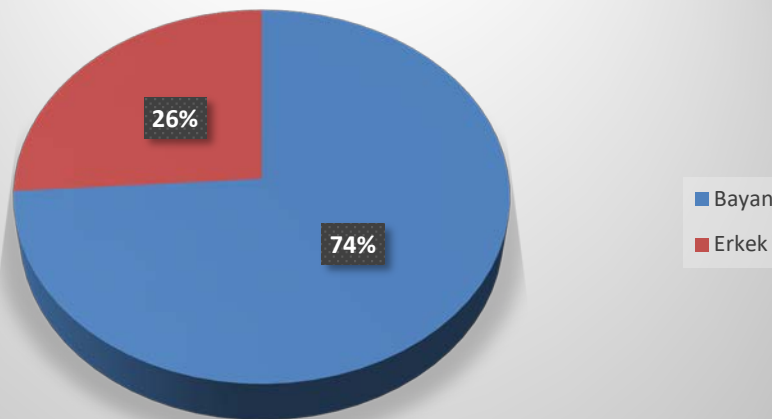
İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı



4.8- İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı

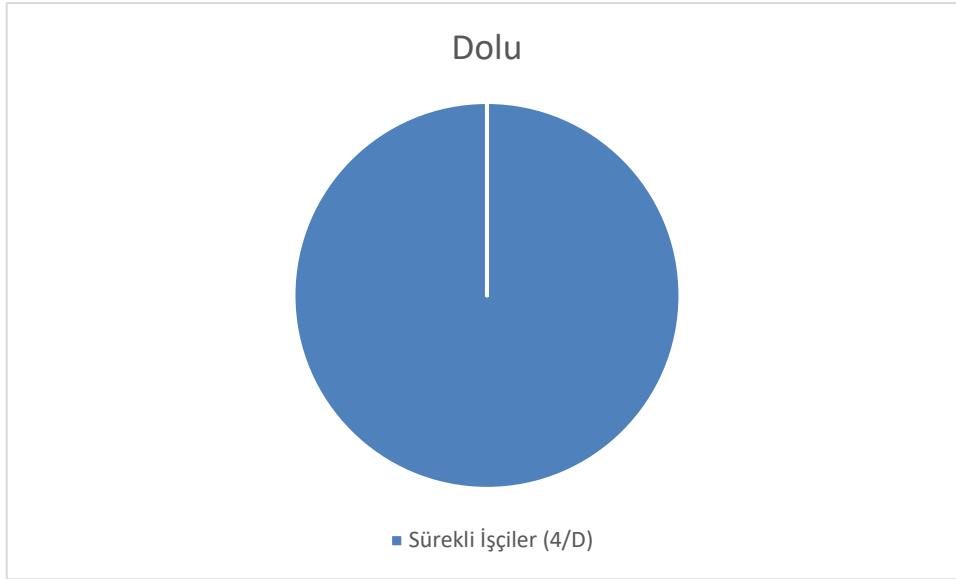
	Bayan	Erkek
Kişi	582	205
Yüzde%	73.8	26.2

İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı



4.9- İşçiler

İşçiler (Çalıştıkları Pozisyonlara Göre)			
	Dolu	Boş	Toplam
Sürekli İşçiler (4/D)	464		
TOPLAM	464		



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	65	399				
Yüzde	14	86				



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	51	39	81	94	172	27
Yüzde	11	8.4	17.5	20.3	37.1	5.9



4.12- Sürekli İşçilerin Eğitim Durumu

	İlköğretim	Lise	Ön Lisans	Lisans	YL veya Doktora
Kişi	185	165	71	40	3
Yüzde%	39.9	35.6	15.3	8.7	0.7



4.13- Sürekli İşçilerin Cinsiyet Dağılımı

	Bayan	Erkek
Kişi	254	210
Yüzde%	54.8	45.3



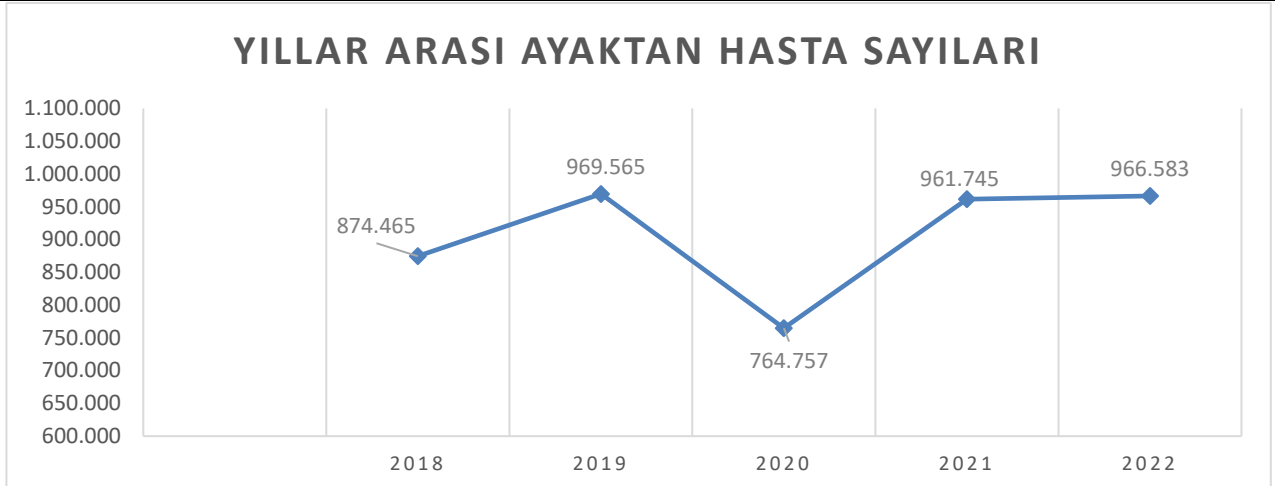
5- Sunulan Hizmetler

5.1- Sağlık Hizmetleri

*2022 yılı verileri kullanılmıştır.

5.1.1- Ayaktan Hasta Sayıları Toplamı

	Hasta Sayısı
2018	874.465
2019	969.565
2020	764.757
2021	961.745
2022	966.583



5.1.2- Yatan Hasta Sayıları (Toplam Hasta Sayısı)

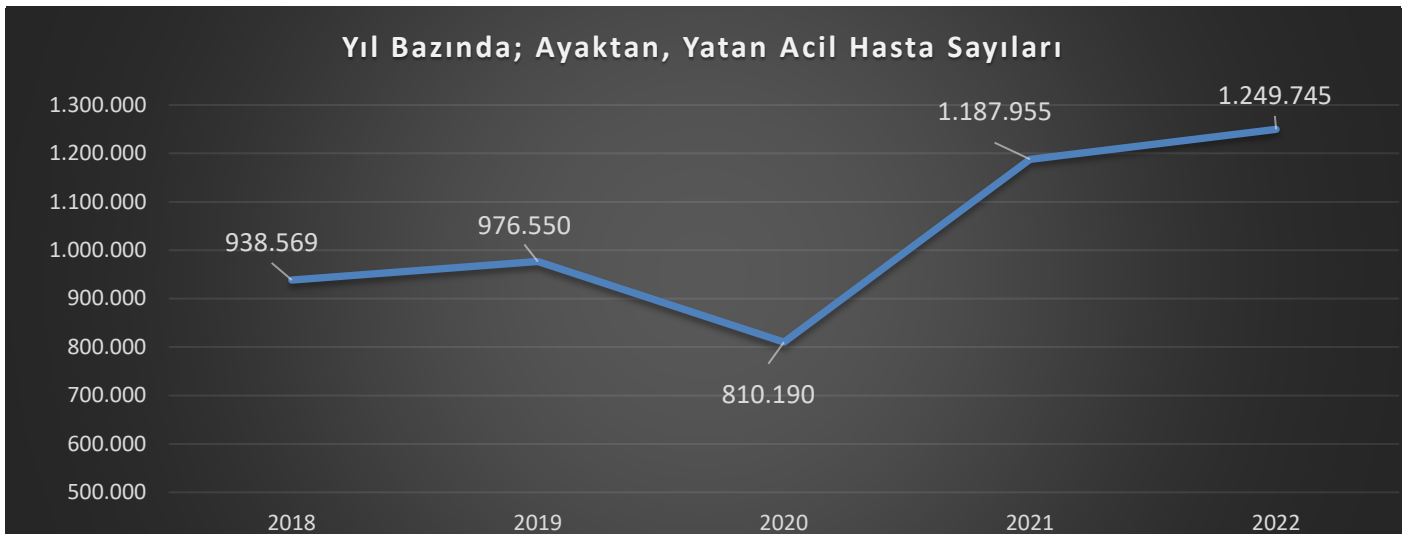
Bölüm	Yatak Sayısı	Hasta sayısı
Acil Servis Hizmetleri	48	193983
Yoğun Bakım	101	5660
Klinik	545	35416
Günübirlik		48103
TOPLAM		

Ameliyathane	Ameliyat Masası	Ameliyat Sayısı
	15	30642



*2022 yılı içerisinde hastanemizde hizmet verdiğimiz; yatan, ayakta, acil hastalar toplamı 1.249.745 olarak tespit edilmiştir.

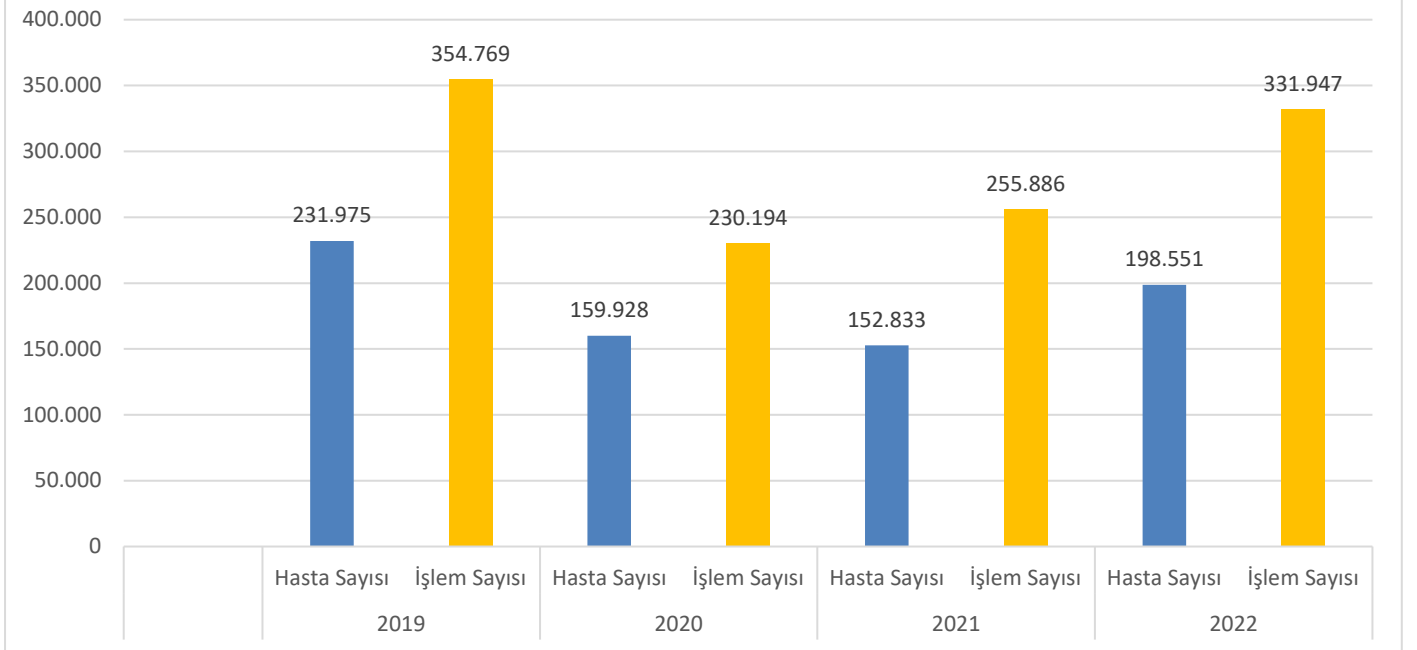
Yıl	Yıl Bazında Hastanemizde hizmet verdiğimiz; Ayaktan, Yatan Acil Hasta Sayıları
2018	938.569
2019	976.550
2020	810.190
2021	1.187.955
2022	1.249.745



Görüntüleme Sayıları

Bölüm	2019		2020		2021		2022	
	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı
Radyoloji	96.883	152.852	66294	105330	85764	134641	100367	140193
MR	32.087	42.844	20344	25178	11646	18696	32735	41348
Tomografi	50.518	62.498	41133	48578	23320	48619	45551	53900
Girişimsel Radyoloji	1.057	1.418	553	1529	2236	2336	2931	4117
Nükleer Tıp	9.448	10.489	6251	9770	2446	5384	9807	16105
PET-BT	2.323	4.530	2186	4733	2667	2667	2656	6315
Radyasyon Onkolojisi	3.854	26.985	3061	20982	1831	12155	2252	14065
Ultrason	35.805	53.153	23167	35076	22923	31388	38934	55904
TOPLAM	231.975	354.769	159.928	230.194	152.833	255.886	198.551	331.947

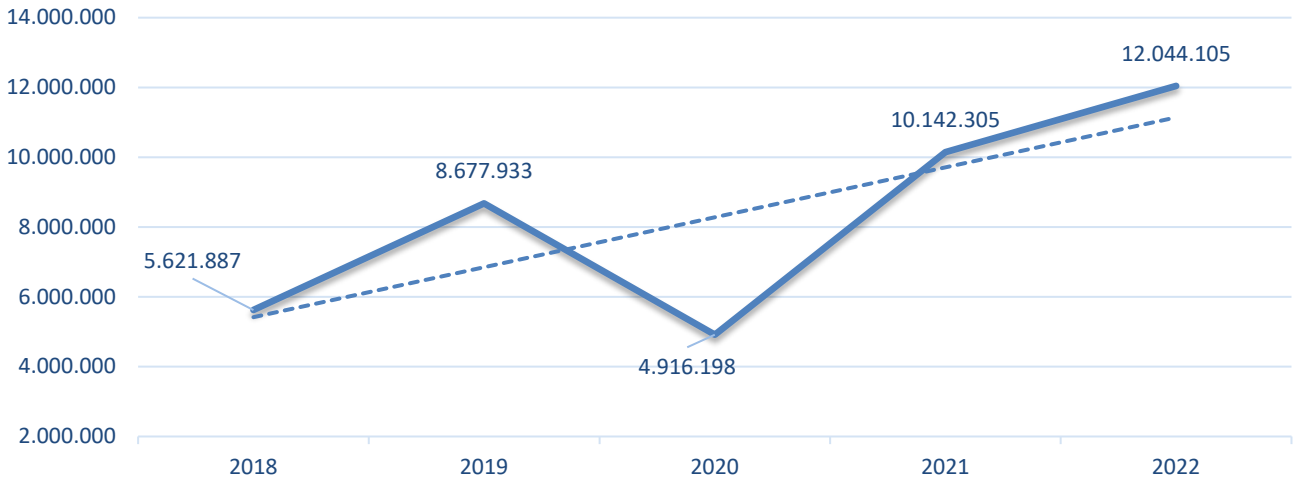
Yıl Bazında Görüntüleme Sayıları



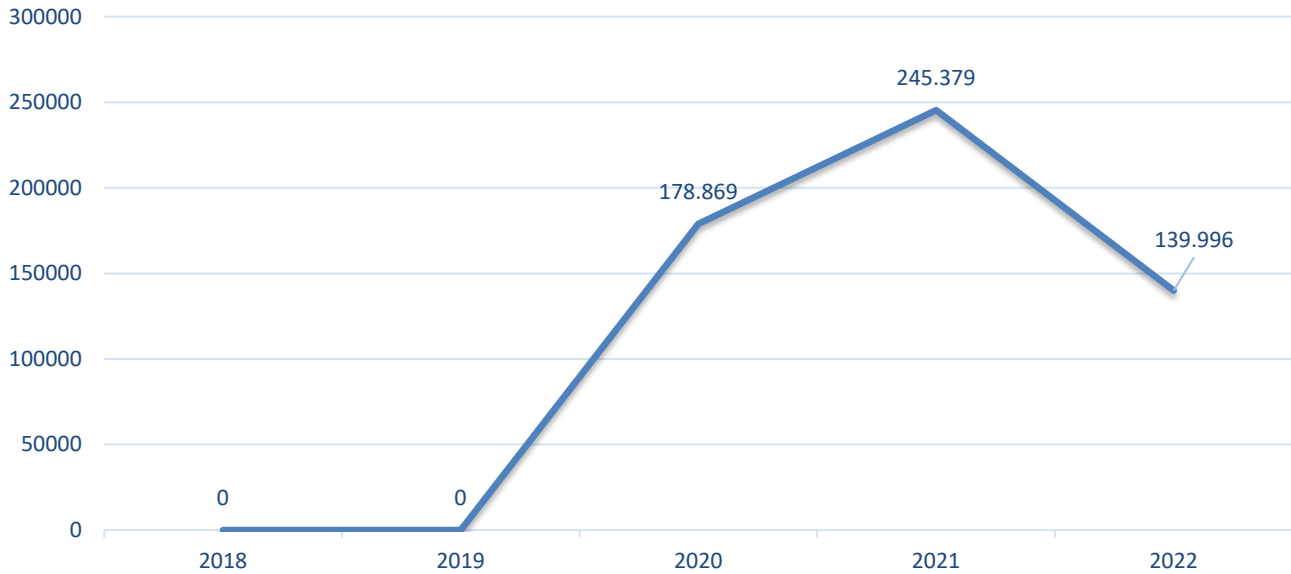
5.1.3- Tahlil Sayıları

	2018	2019	2020	2021	2022
Biyokimya	5.621.887	8.677.933	4.916.198	10.142.305	12.044.105
Covid Laboratuvarı	-	-	178.869	245.379	139.996
Mikrobiyoloji	57.837	60.151	79.640	70.517	84.250
Kan Merkezi	19.408	20.182	23.210	26.998	35.303
Aferez	3.143	3.335	3625	3.148	3003
Terapötik Aferez	206	225	179	208	334

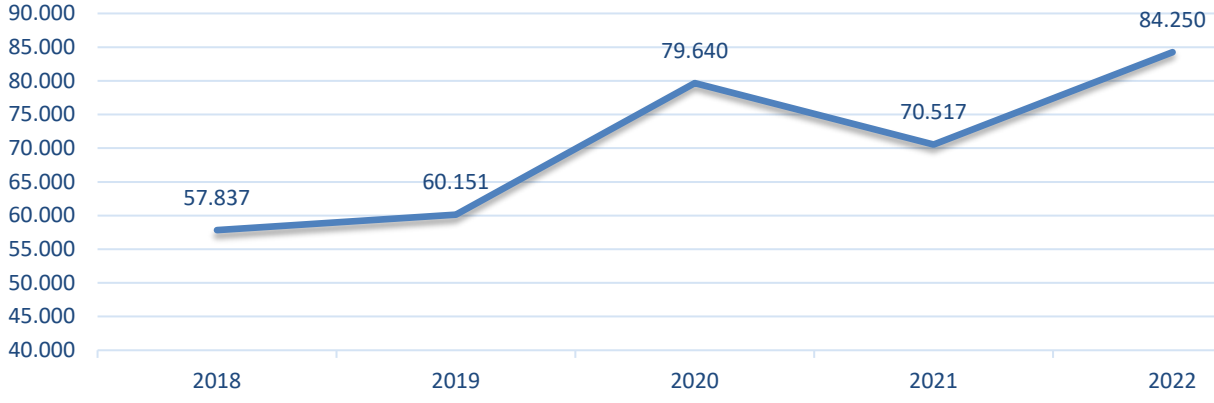
Biyokimya



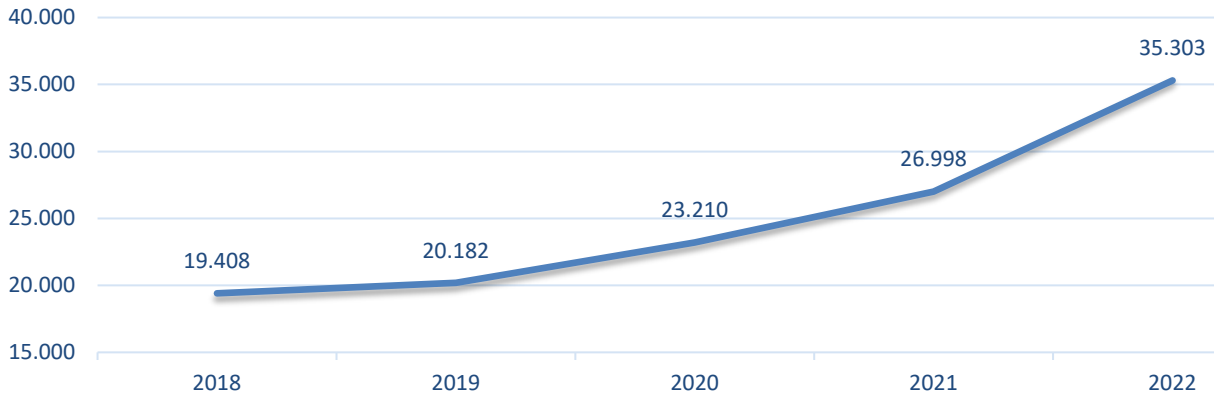
Covid Laboratuvarı



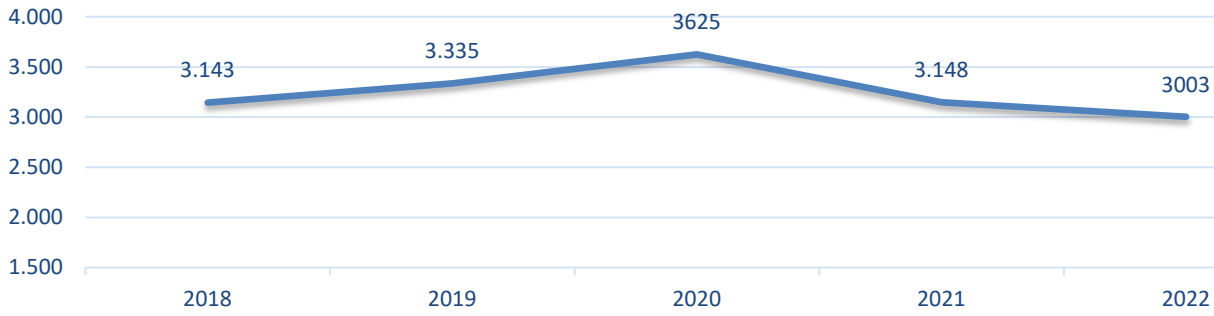
Mikrobiyoloji



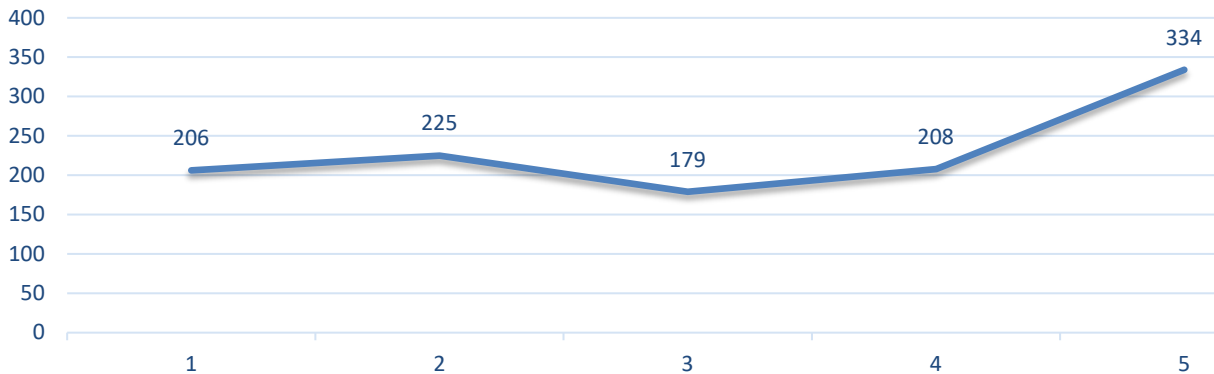
Kan Merkezi



Aferez

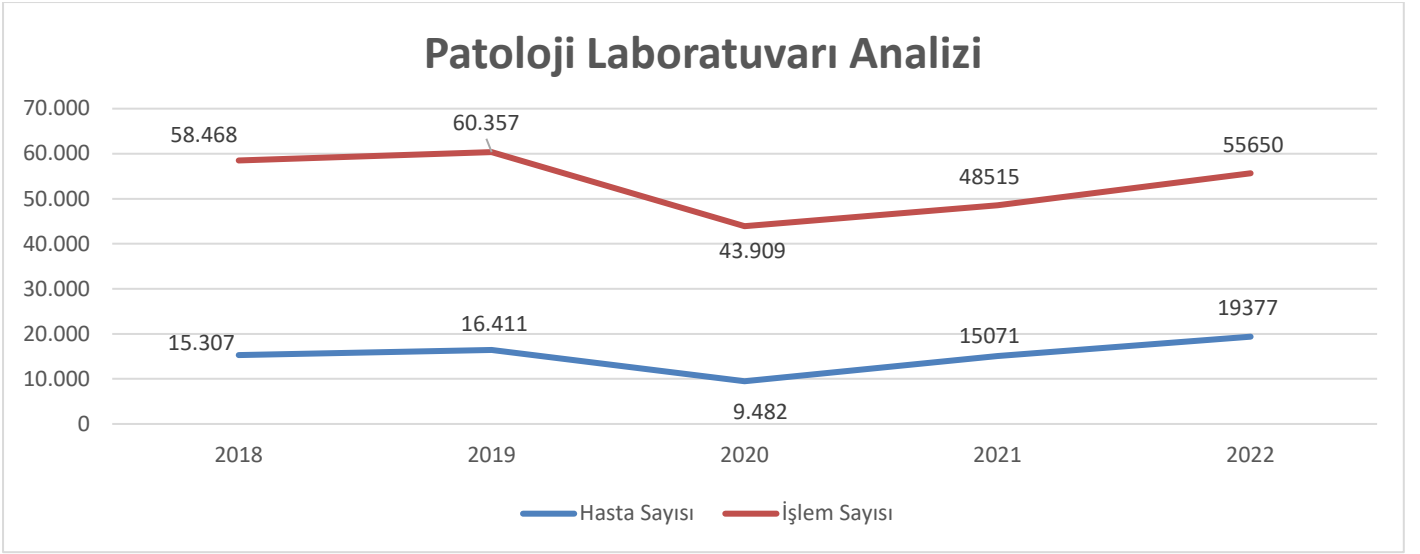


Terapötik Aferez



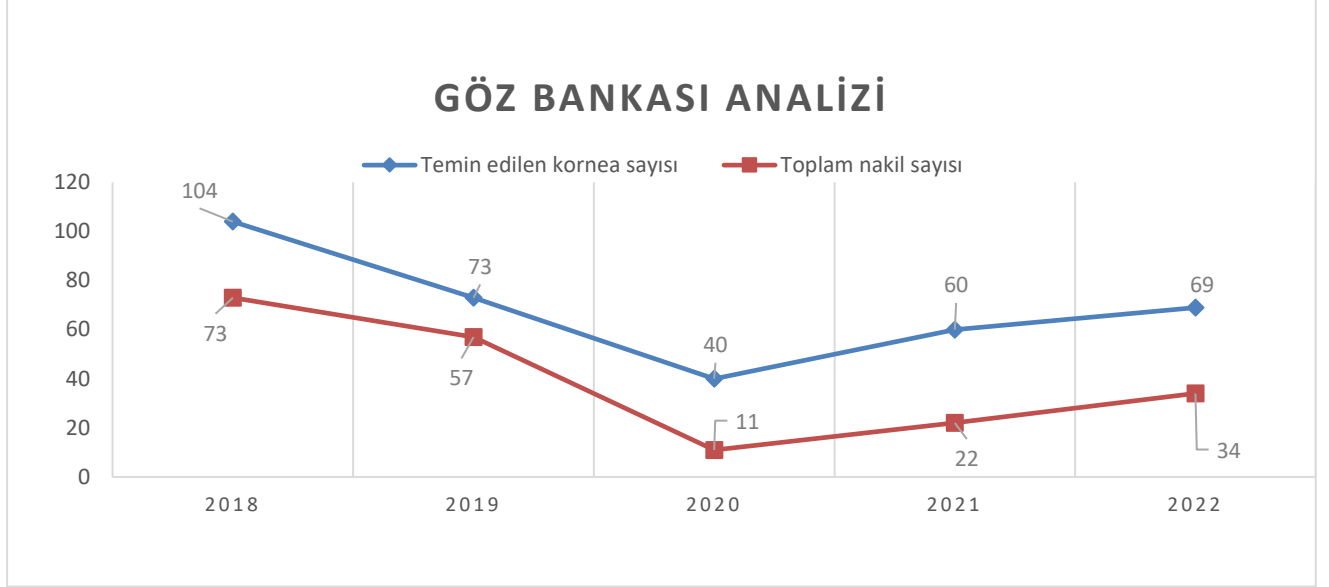
5.1.4- Patoloji Laboratuvarı Analizi

	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı
2018	15.307	58.468
2019	16.411	60.357
2020	9.482	43.909
2021	15071	48515
2022	19377	55650



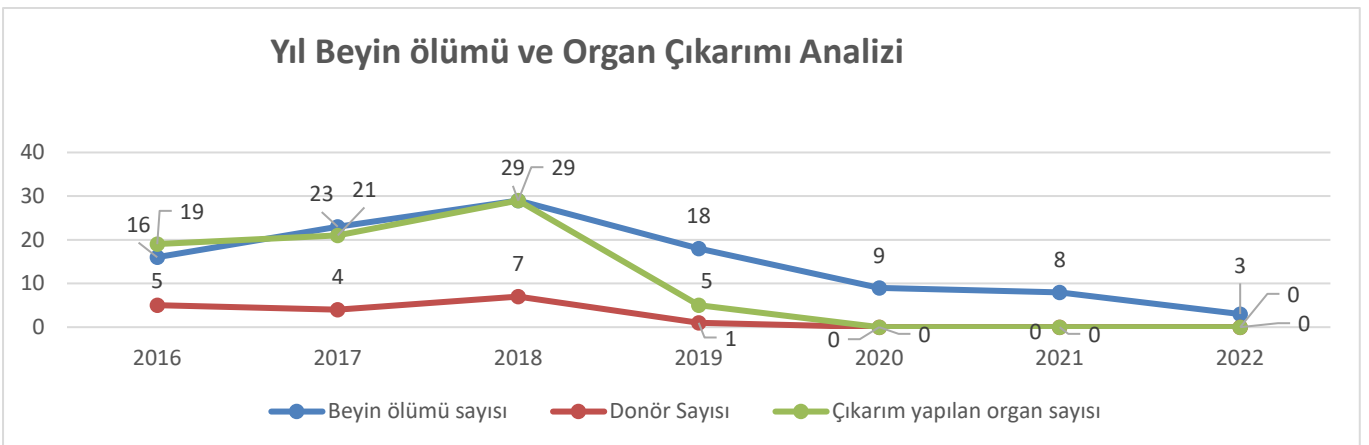
5.1.5- Göz Bankası İstatistikleri

	Temin edilen kornea sayısı	Toplam nakil sayısı
2018	104	73
2019	73	57
2020	40	11
2021	60	22
2022	69	34



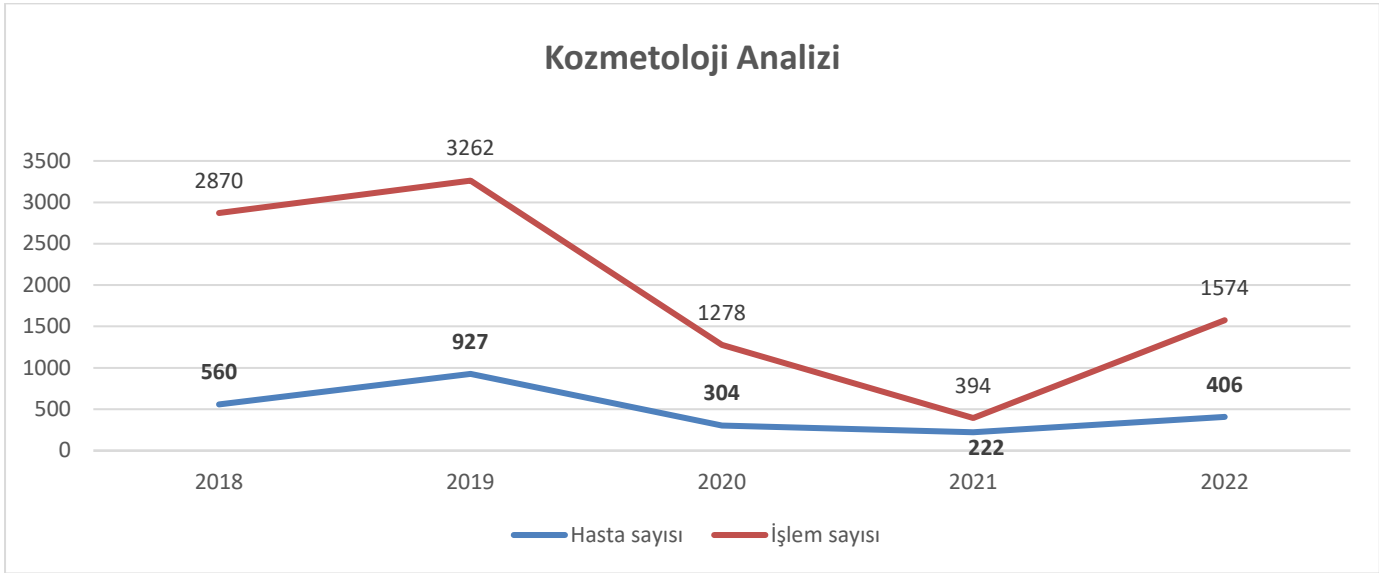
5.1.6- Beyin ölümü ve Organ Çıkarımı İstatistikleri

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Beyin ölümü sayısı	16	23	29	18	9	8	3
Donör Sayısı	5	4	7	1	0	0	0
Çıkarım yapılan organ sayısı	19	21	29	5	0	0	0



5.1.7- Kozmetoloji İstatistikleri

Yıl	Hasta sayısı	İşlem sayısı
2018	560	2870
2019	927	3262
2020	304	1278
2021	222	394
2022	406	1574



KOZMETOLOJİ MERKEZİ

PRP
Platelet Rich Plasma

BOTOKS

DOLGU

Alexandrite & Q-SWITCHED Laser

Fraksiyonel Laser

Q-SWITCHED Laser

Cilt Gençleştirme

BÖLGESEL İNCELEME

DÖVME SİLME

LAZERLE DAMAR TEDAVİSİ

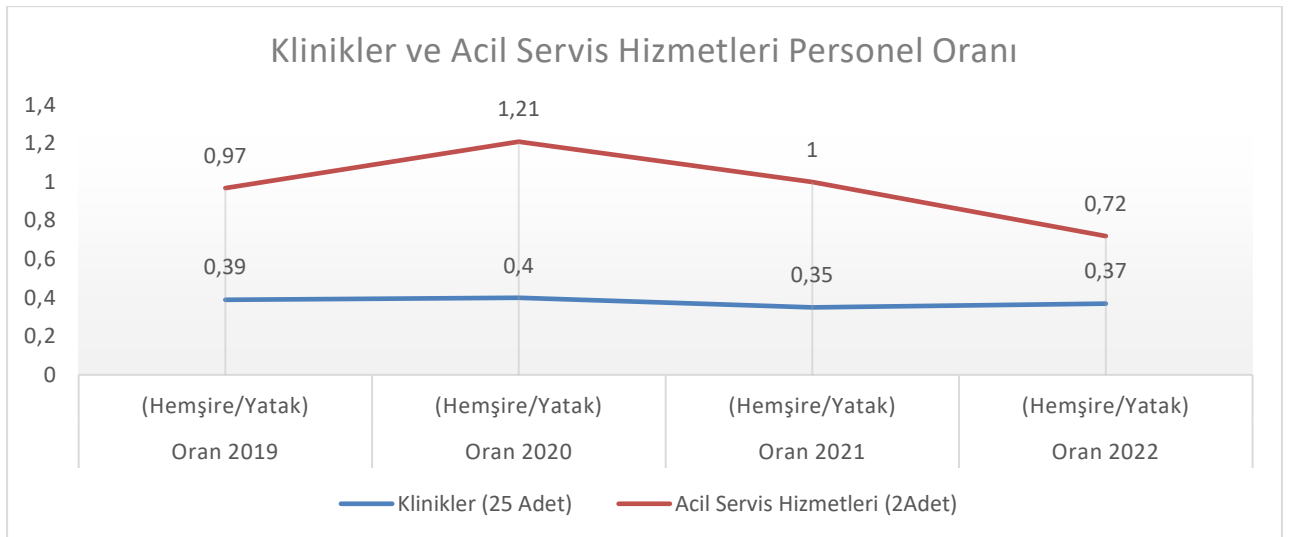
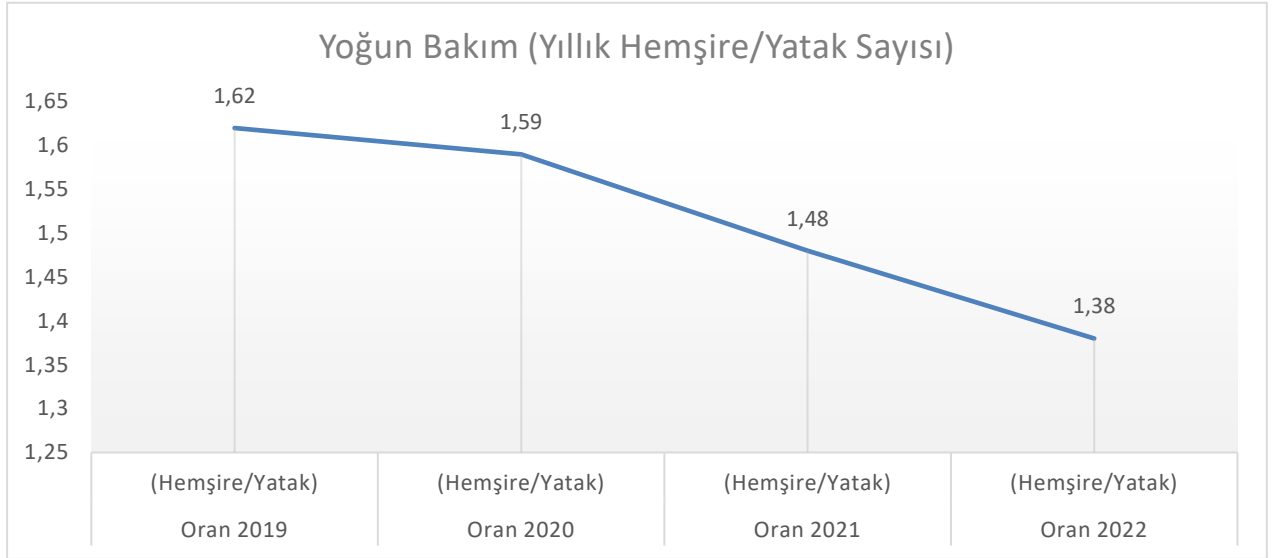
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halka Sultun Hastanesi, Zemin Kat
Tel: 444 4 228 - 0246 2099

5.2-İdari Hizmetler

5.2.1- Hemşirelik Hizmetleri;

Bölüm	Oran 2019 (Hemşire/Yatak)	Oran 2020 (Hemşire/Yatak)	Oran 2021 (Hemşire/Yatak)	Oran 2022 (Hemşire/Yatak)	Hemşire Sayısı 2022	Yatak Sayısı 2022
Yoğun Bakım (Adet)	1,62	1,59	1,48	1,38	140	101
Klinikler (25 Adet)	0,39	0,40	0,35	0,37	202	545
Acil Servis Hizmetleri (2Adet)	0,97	1,21	1	0,72	35	48
Ameliyathane (2 Adet)	2,57	2,93	3,33	3,06	46	15
Kan Alma			1,1	2,11	19	9
Diğer Alanlar			2,15		44	
TOPLAM					486	

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



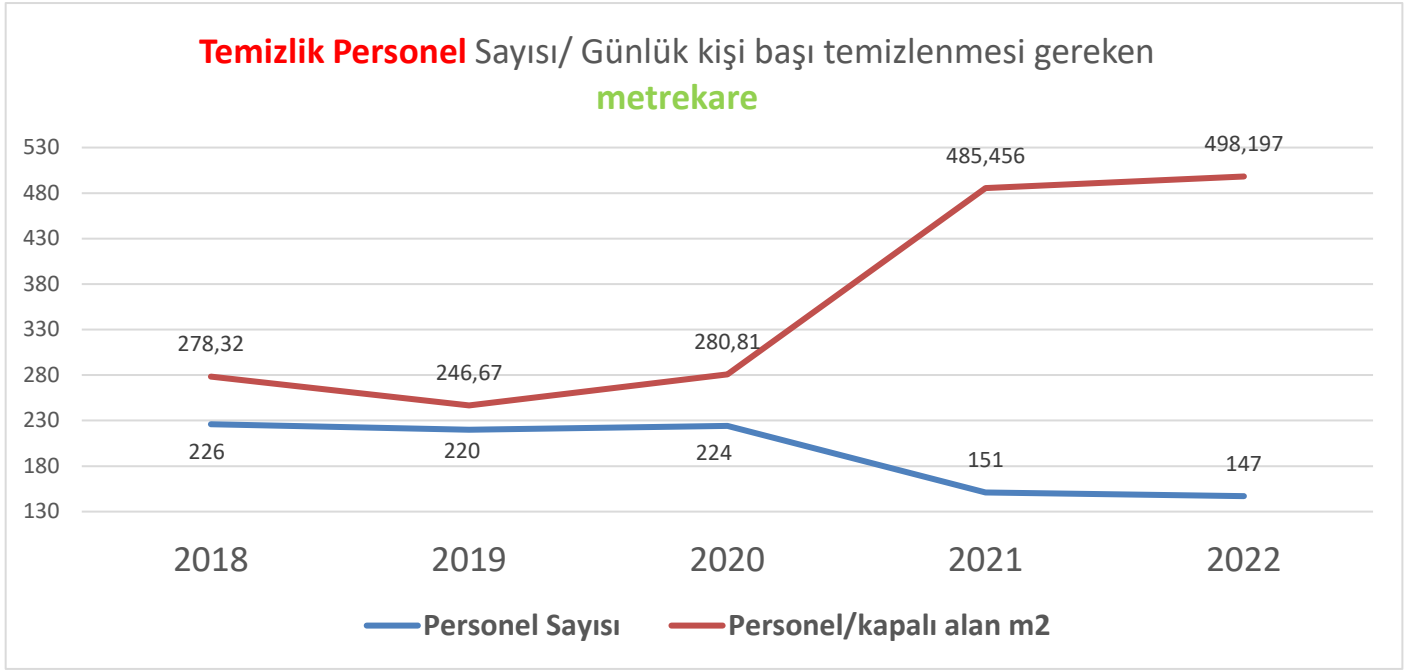
5.2.2- Biyolog/ Teknisyen/Tekniker Sayıları

	Bölüm	Alt Bölüm	Teknisyen Sayısı	TOPLAM Teknisyen Sayısı
Laboratuvar	Patoloji Laboratuvarı		13	66
	Merkez Laboratuvar	Mikrobiyoloji	19	
		Biyokimya	19	
	Kan Merkezi		8	
	Aferez/Terapötik Aferez		1	
	Genetik		4	
Hematoloji		2		
Görüntüleme	Radyoloji		31	41
	Nükleer Tıp		7	
	Radyasyon Onkoloji		3	
Diğer	Anestezi Teknisyeni		20	109
	Fizyoterapist		13	
	Odyometre		5	
	Tüp Bebek		4	
	Sağlık Bakım Teknisyeni		47	
	Uyku		4	
	Mediko		3	
	Girişimsel Radyoloji		3	
	Göz		8	
EMG		2		
			TOPLAM	216
Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Toplam Personel Sayısı		702		

*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
2022	73.304 m ²	147	-	147	498,666 m ²



5.2.4- Komiteler ve Ekipler

	Komite	Komite Başkanı
1	Kalite Komisyonu	Prof. Dr. İsmet Topçu
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	Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Altınışık
7	Emzirme Komitesi	Prof. Dr. Cemal Bilaç
8	Radyasyon Güvenliği Komitesi	Prof. Dr. Şebnem Örgüç
9	Kan Transfüzyon Komitesi	Prof. Dr. Cemal Bilaç
10	Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Prof. Dr. Banu Çetin
11	Klinik Kalite Veri İyileştirme Komitesi (Yeni)	Prof. 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	Prof. 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. Eray Kara
20	Öneri/Şikâyet Değerlendirme Kurulu	Prof. Dr. Artuner Deveci
21	Öz Değerlendirme Ekibi	Doç. Dr. Oktay Üçer
23	Stok Yönetim Ekibi	Prof. Dr. Cemal Bilaç
24	Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi	Prof. Dr. Cemal Bilaç

5.2.5- 2022 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
2022	12	71

5.3- İdari Hizmetler

5.3-1. 2018-2022 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				
2020	20	Hekim	İdari	Sağlık Per.	135	%37,03	%21,48	%41,49
		50	138	75				
2021	75	Hekim	İdari	Sağlık Per.	691	%78	%16,64	%5,36
		61	453	168				
2022	79	Hekim	İdari	Sağlık Per.	610	%81	%8	%11
		99	413	79				

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.

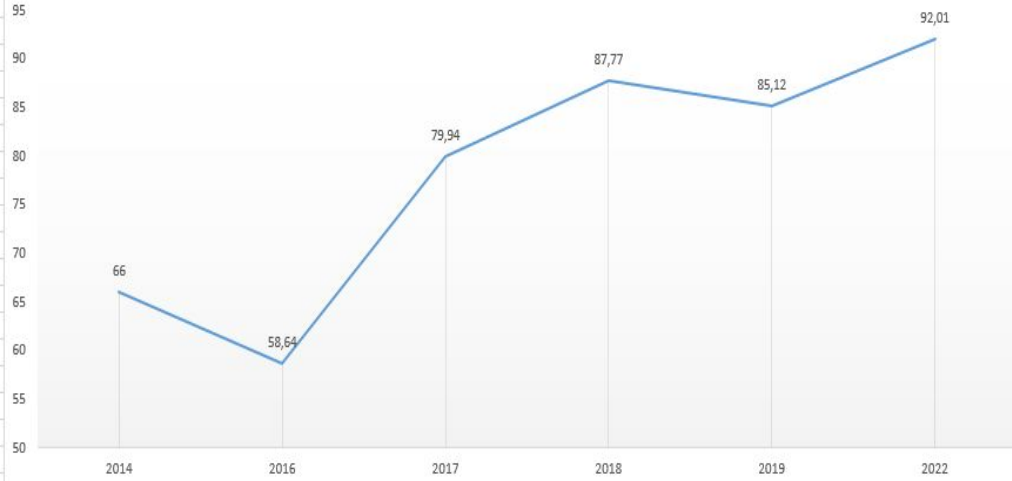


6.2-Dış Kontrol: Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü belgelendirme faaliyetleri kapsamında dış denetimler gerçekleştirilmektedir. 2021 yılı içerisinde ISO 9001:2015 belgesi alınmaya hak kazanılmıştır. 2022 Sağlık Bakanlığı Kalite değerlendirmelerinden 92,01 puan alınarak kurum tarihinin en yüksek puanı sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Kalite Değerlendirme Süreci (Yıl Bazında)

YIL BAZINDA DEĞERLENDİRİLEN STANDART			Başhekim	Kalite Direktörü	Kalite Birim Çalışanları			
2014	66	40 standart (Mevzuat 4)		Ergin Berçin				
2016	58,64	56 standart (Mevzuat 5,1)	Prof. Dr. Emin Kurt	Ergin Berçin				
2017	79,94	95 standart (Mevzuat 5,1)	Prof. Dr. Emin Kurt	Sadık Kaplan	Rabia Erdoğan (Kaplan)	Ali Gökhan Dereli	Gülcan Çetin	
2018	87,77	557 standart 1100 değer. Ölçütü (Mevzuat 5,1)	Prof. Dr. Emin Kurt	Sadık Kaplan	Rabia Erdoğan (Kaplan)	Ali Gökhan Dereli	Gülcan Çetin	
2019	85,12	100 standart (Mevzuat 5,1)	Prof. Dr. Seyhun Kürşat	Hacer Erdoğan	Sadık Kaplan	Gülcan Çetin	Şahali İpek	
2022	92,01	185 standart 250 değerlendirme ölçütü (Mevzuat 6,1)	Prof. Dr. İsmet Topçu	Sadık Kaplan	Gülcan Çetin	Şahali İpek	Ayla Sayılır	Seval Aslantürk

SAĞLIK BAKANLIĞI KALİTE DEĞERLENDİRME PUAN GRAFİĞİ



D. Diğer Hususlar

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	#mcbuhastane 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
2022	314.426	6.sıra	51.769	39. Sıra	567



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 sayısının artırılması
	1.7 Personel eksikliğinin giderilmesi
2.Amaç	Hedef
2. Çalışan Güvenliğine ve memnuniyetinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin artırılması	2.1 Sağlık taramalarının tamamlanması
	2.2 Çalışan memnuniyet oranının %5 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 işaretlemelerinin %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 iyileştirilmesi
	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 yönelik süreçlerin tamamlanması
	5.2 Toplanan verilerin analizlerinin yapılmasına ilişkin süreçlerin tamamlanması
	5.3 Hastanede gösterge kültürünün gelişmesine yönelik faaliyetlerin yürütülmesi

FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

A. Mali Bilgiler

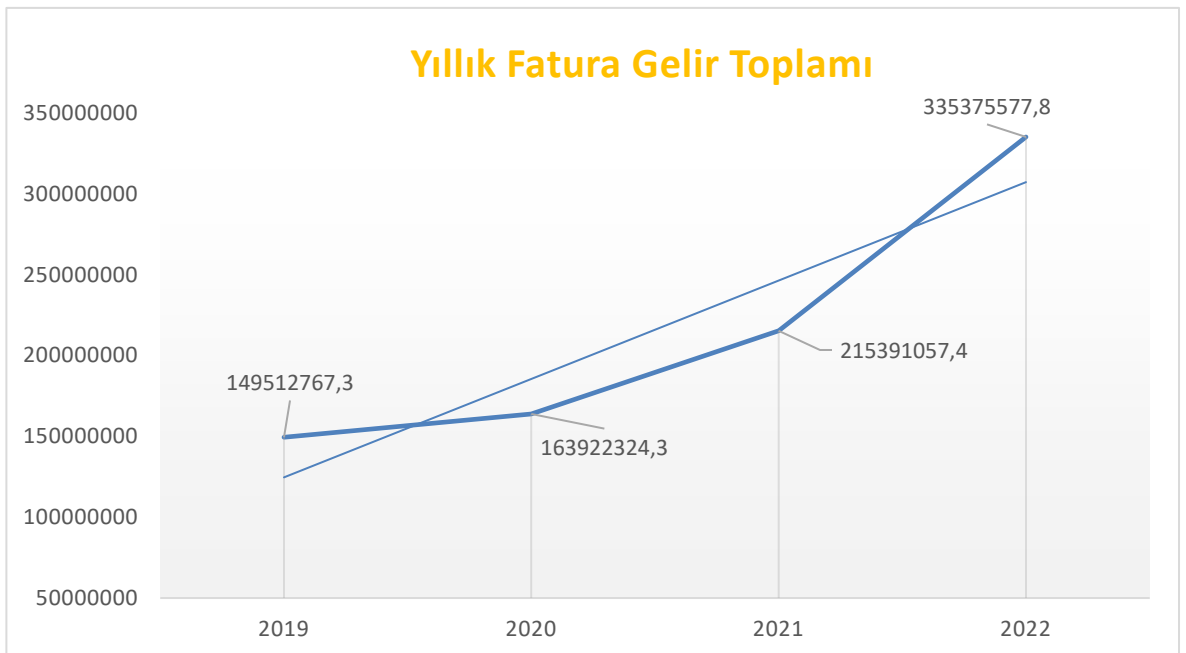
1- Bütçe Uygulama Sonuçları

1.1-Bütçe Giderler

	Bütçe Başlangıç Ödeneği	Gerçekleşme Toplamı	Gerçekleşme oranı (%)
Personel Giderleri	72.710.000,00	188.635.775,45	
SGK Devlet Primi Giderleri	11.038.500,00	158.167.456,63	
Mal ve Hizmet Alımı Giderleri (Genel Toplam Saymanlık)	233.701.600,00	363.626.369,94	
Mal ve Hizmet Alımı Giderleri (Genel Toplam Rektörlük)	13.626.000,00	13.256.968,55	
Cari Transferler	19.745.000,00	32.494.259,62	
Sermaye Giderleri	748.000,00	1.287.427,00	

1.2-Bütçe Gelirleri

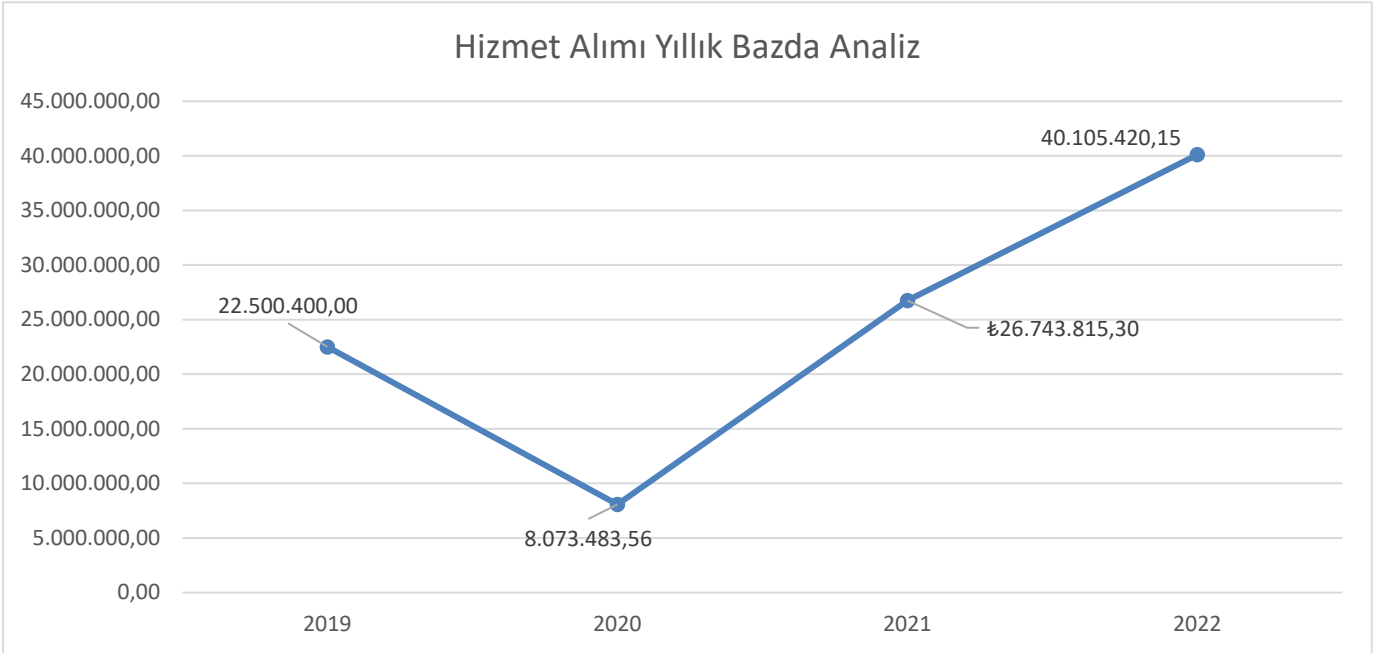
	Rektörlükten Aktarılan	Fatura Gelirleri	Toplam
OCAK		222.586.561,14	₺222.586.561,14
ŞUBAT		221.423.322,27	₺221.423.322,27
MART		273.166.979,91	₺273.166.979,91
NİSAN		294.488.041,14	₺294.488.041,14
MAYIS	124.500,00	247.817.088,82	₺26.026.708,82
HAZİRAN	150.000,00	285.036.844,45	₺30.003.684,45
TEMMUZ	1.000.000,00	268.722.777,47	₺27.872.277,47
AĞUSTOS		301.450.716,67	₺301.450.716,67
EYLÜL		306.776.459,94	₺306.776.459,94
EKİM		305.382.229,78	₺305.382.229,78
KASIM		310.713.499,93	₺310.713.499,93
ARALIK	401.000,00	316.191.119,28	₺32.020.119,28
TOPLAM	4.146.000	335.375.577,8	₺339.521.577,80



2- Diğer Hususlar

2.1 Hizmet Alımı Yapılan Cihazlar;

Bölüm Adı	Hizmet Alımı	Maliyet
Tıbbi Mikrobiyoloji	ELİSA TESTLERİ HİZMET ALIMIMI	2246589,57
Nükleer Tıp	PET/BT HİZMET ALIMIMI	4885142,75
Tıbbi Genetik	GENETİK HASTALIKLAR TANI MERKEZİ HİZMET ALIMIMI	2836738,00
Tıbbi Biyokimya	BIYOKİMYA HORMON TESTLERİ HİZMET ALIMIMI	15282753,11
Tıbbi Biyokimya	SPEŞİFİK HORMON TESTLERİ HİZMET ALIMIMI	4678106,21
Tıbbi Biyokimya	KANGAZI ANALİZLERİ HİZMET ALIMIMI	2833829,48
Tıbbi Biyokimya	TAM OTOMATİK İDRAR ANALİZLERİ HİZMET ALIMIMI	918415,12
Tıbbi Patoloji	KİT KARŞILIĞI SIVI BAZLI SİTOLOJİK TETKİKLER HİZMET ALIMIMI	368345,84
Tıbbi Patoloji	FİSH PROBLARI GÖRÜNTÜLEME VE ANALİZ SİSTEMİ HİZMET ALIMIMI	79539,98
Onkoloji	RADYASYON ONKOLOJİ HİZMET ALIMIMI	4179215,84
Tomografi	BT ÇEKİM HİZMET ALIMIMI	1178990
	GENEL TOPLAM	40.105.420,15

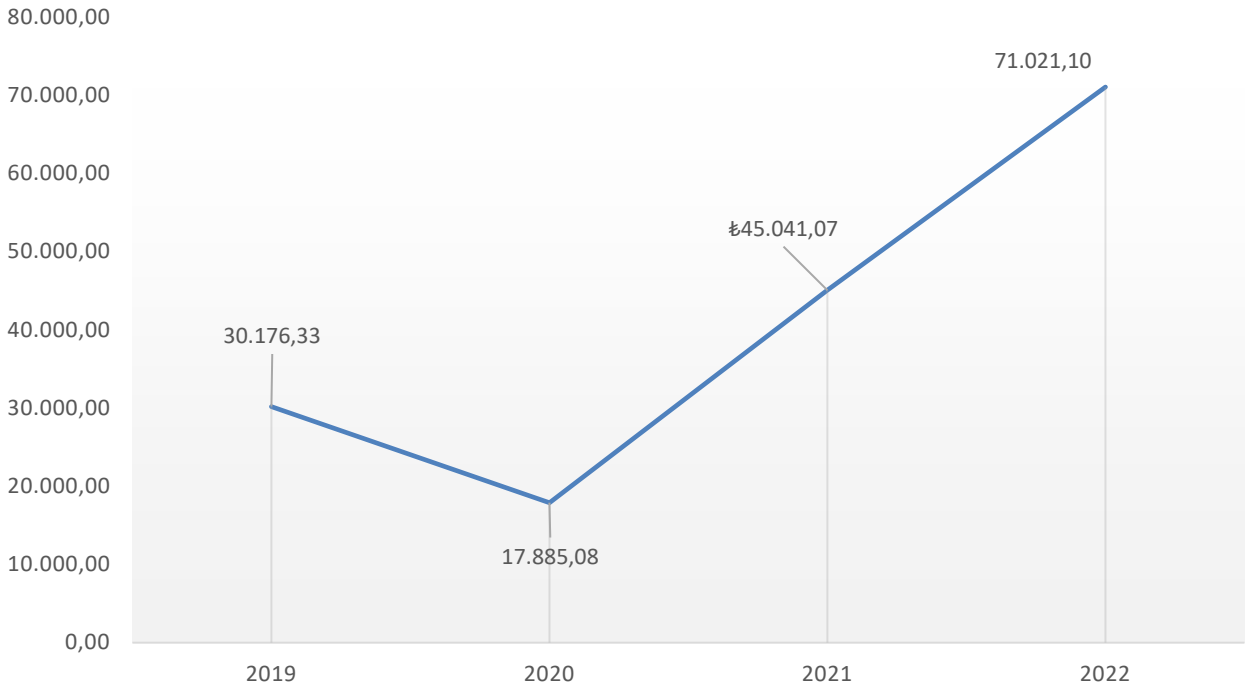


	Maliyet (2022)
Medikal Mühendislik	5.144.043,00
Atölye	621,560,00

2.3 Araç ve Jeneratör Yakıt Kullanımı;

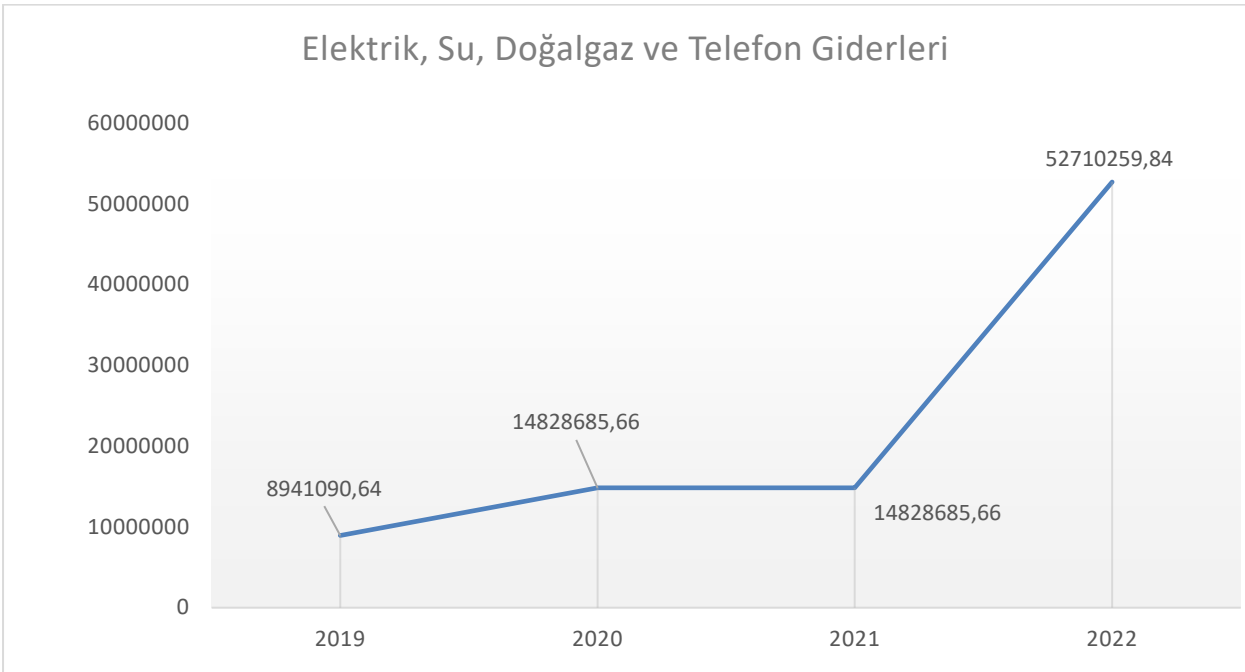
	Motorin	LPG	Benzin	TOPLAM
OCAK	546,53			546,53
ŞUBAT	496,85	540,37		1.037,22
MART	544,39	304,54		848,93
NİSAN	412,15	333,66	43,46	789,27
MAYIS	16.375,93		41,28	16417,21
HAZİRAN	476,32	649,53	57,44	1183,29
TEMMUZ	298,51			298,51
AĞUSTOS	484,03	359,09		843,12
EYLÜL	9.597,69			9.597,69
EKİM	423,98	634,50	44,50	1102,98
KASIM	37.892,07			37.892,07
ARALIK	413,27		51,01	464,28
TOPLAM	67.961,72	2.821,69	237,69	71.021,1
GENEL TOPLAM				71.021,1

Araç Ve Jeneratör Yakıt Kullanımı Yıllık Analiz



2.4 Elektrik, Su, Doğalgaz ve Telefon Giderleri

	Elektrik	Su	Doğalgaz	Telefon	Toplam
OCAK	₺1.337.172,29	₺176.091,02	1.875.513,51	5.974,91	3.394.751,73
ŞUBAT	₺1.246.967,55	₺168.060,00	1.422.170,21	6.029,54	2.843.227,30
MART	₺1.599.679,08	₺150.529,00	1.565.315,33	9.675,80	3.325.199,21
NİSAN	₺1.656.247,42	₺198.933,50	618.470,74	6.148,28	2.479.799,84
MAYIS	₺2.366.210,13	₺173.011,50	₺177.578,15	5.956,17	2.722.755,95
HAZİRAN	₺3.873.983,05	₺187.802,00	₺188.869,00	9.399,55	4.260.053,60
TEMMUZ	₺4.508.249,08	₺139.334,50	₺177.979,00	7.777,75	4.833.340,33
AĞUSTOS	₺6.572.045,87	₺134.900,00	₺206.630,50	9.075,10	6.922.651,47
EYLÜL	₺5.436.521,91	₺168.671,00	₺281.260,00	8.524,06	5.894.976,97
EKİM	₺3.356.643,87	₺115.430,50	₺413.001,00	9.157,43	3.894.232,80
KASIM	₺3.161.622,29	₺107.506,50	2.204.790,50	9.190,86	5.483.110,15
ARALIK	₺3.369.683,66	₺187.814,50	3.089.545,50	9.116,73	6.656.160,39
TOPLAM	38.485.026,20	1.908.084,02	12.221.123,44	96.026,18	52.710.259,84
GENEL TOPLAM					₺52.710.259,84



2.5 Bütçe Gelirleri

III. KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

	2022 BÜTÇE BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	2022 GERÇEKLEŞME TOPLAMI	GERÇEKLEŞME ORANI
	TL	TL	%
03- Teşebbüs ve Mülkiyet Gelirleri	397221000,00	384795811,45	
04-Alınan Bağış ve Yardımlar	24530000,00	7074828,02	
05-Diğer Gelirler		200196994,60	
06-Sermaye Gelirleri			
Gelirler Toplamı			

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ		PROSES ETKİLEŞİM DERECELENDİRME TABLOSU																												K	
ANA PROSES	ALT 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		
	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	C	A	B	B	A	C	A	A	A	A	A	
HASTA ve ÇALIŞAN ODANLI HİZMETLER	5.Insan 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	C	A	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	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	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	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	C	B	B	C	C	B	B	C	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	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	C	C	B	C	C	C	B	C
	19.Transfüzyon	C	B	C	A	A	B	B	C	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	C	A	C	C	B	C	C		
21.Tahlil	C	B	B	A	B	A	B	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	A	A	A	C	C	B	B	C	C	C	C	C		
DİSTEK HİZMETLERİ	22.Tesis Yönetimi	C	B	C	A	B	B	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	C	B	B	B	B	C	
	23.Bilgi Yönetimi	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	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	A	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	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	C	B	B	C	A	C	C	
	28.Değ Kaynak Kullanımı	C	B	B	A	B	A	A	A	C	C	C	C	C	C	B	C	B	C	B	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	C	A	C	C	A	B	C	B	A	C	A	C	C	A	
	ETKİLENE																														
A	ETKİSİZ																														
B	İNDİREKT ETKİLİ																														
C	DİREKT ETKİLİ																														

SWOT ANALİZİ

(Strengths Weaknesses Opportunities Threats)

S (GÜÇLÜ YÖNLER)

Elektronik orderin 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.)

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- Tarih)

İmza
Prof. Dr. İsmet Topçu
Başhekim



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ

