

# Kurumsal Amaç ve Hedefler

## STRATEJİK AMAÇ 1

İyi yönetim-kurumsallaşma, yeterli ve etkin alt yapı-kapasite

## STRATEJİK AMAÇ 2

İnsan odaklı-güvenli, kaliteli-nitelikli, erişilebilir, sağlık hizmeti sunmak

## STRATEJİK AMAÇ 3

Mali sürdürülebilirliği sağlamak

Stratejik Amaç	Hedef	Stratejiler/Performans Hedefi	Performans Göstergeleri	Mevcut 2018	Hedef 2019	Hedef 2020	Hedef 2021	Hedef 2022	Hedef 2023		
STRATEJİK AMAÇ 1 İyi yönetim-kurumsallaşma, yeterli ve etkin alt yapı-kapasite	Hedef 1.1 İyi yönetim uygulamalarıyla idari yapıyı güçlendirmek, kurumsallaşmayı sağlamak	• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Yönetim Uygulamalarının artırılması	SAS Yönetim ve Organizasyon Bazlı (Kurumsal Hizmetler SKS) İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %		>90	>92	>90	>95	>95		
		• Hastane Öz Değerlendirme sistemi etkin kullanımı	Planlanan Öz Değerlendirmenin Tüm Birimlerde Gerçekleşme Oranı %		%100	%100	%100	%100	%100	%100	
		• Hastane Bina Turlarının yapılması	Planlanan Bina Turları Gerçekleşme Oranı %		>80	>85	>80	>95	100		
		• Yıllık Toplantı Planı'na uyum oranı	Yıllık Toplantı Planı Gerçekleşme Oranı %		>80	>85	>80	>95	>95		
		• Hastane tüm faaliyet ve işlem süreçlerinin tanımlanması, İş ve görev tanımlarının yapılması, planlanması ve dokümanite edilmesi	Dokümantasyon Tamamlanma Oranı %		>95	>100	>95	>100	>100		
		• Kurumsal iletişim politikasının geliştirilmesi	Unvan ve bölüm bazlı planlı çalışma oranı %		>90	>90	>90	>95	>95		
			Kurumsal Web Sayfası Ulaşım Sayısı		>20000	>20000	>20000	>20000	>20000		
			Kurumsal İtranet Ulaşım Sayısı		>20000	>20000	>50000	>20000	>20000		
		Kurumsal Facebook Üye Sayısı		>1800	>2000	>1900	>2300	>2500			
		• Etkin Kurumsal risk yönetiminin sağlanması	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranı %		<3	<3	<3	<2	<2		
		• Etkin SHS İnsan Kaynağı istihdamı	SHS PDC Oranı %		>85	>87	>85	>92	>95		
		• Eğitim faaliyetlerini geliştirmek	Kişi başı verilen eğitim saati		>17,5	>20	>17,5	>25	>25		
			Yıllık Hizmet içi Eğitimlere Katılma Oranı %		>85	>87	>85	>92	>95		
		<b>Birim İlişkisi</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sorumlu Birim; BT, BY, SBHM, İMHM, SBHBS, Ki, İMHMY, İK</li> <li>Destek Birim ; KYB, EY-EK, İSG, ÖDB</li> </ul>							
		STRATEJİK AMAÇ 1 İyi yönetim-kurumsallaşma, yeterli ve etkin alt yapı-kapasite	Hedef 1.2 Hastanenin fiziksel, donanımsal, hizmet altyapısını, kapasitesini iyileştirmek, arttırmak	• Hizmet mekânlarının, engelli ve erişim zorluğu yaşayan hasta ve çalışanlara göre yeniden düzenlenmesi	Engelli Erişilebilirlik Yüzdesi %		>90	>91	>90	>93	>95
• Yeni birimler açmak	Planlanan yeni birim açma oranı %				>80	>80	>80	>90	>90		
• Yatırım, Tadilatlar İyileştirmeler	Planlanan Tadilat- İyileştirme oranı %				>80	>80	>80	>90	>90		
• "Dijital Hastane" konseptinin kurulması ve geliştirilmesi (10 tıbbi birim; Poliklinik, Acil, Klinik, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Palyatif Bakım, TRSM, Görüntüleme, Laboratua, Evde Sağlık)	Planlanan Dijitalize olma oranı %				>40	>50	>40	>90	100		
• Özellikle tıbbi cihazların aktif kullanımı	Aktif Olan Biyomedikal Envanter Oranı				>95	>95	>95	>95	>90		
• Kamu sağlık tesisleri afet ve acil durum yönetim sisteminin geliştirilmesi	YOTA gerçekleşme Oranı %				>50	>60	>50	>90	100		
• Tıbbi Atık üretiminin azaltılması	Tıbbi Atık miktarı (kg)				<10000 kg	<10000 kg	<10000 kg	<10000 kg	<10000 kg		
• İnşaat, mekanik ve elektrik yeterliliklerin yerine getirilmesi	Ruhsat Uyum Oranı				>80	>85	>90	>95	100		
<b>Birim İlişkisi</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>Sorumlu Birim; BT, BY, SBHM, İMHM, SBHBS, İMHMY, HHSOB, TY-TB, BİB, KMH, ADY, ÇY-ATK,</li> <li>Destek Birim; KYB, ÖDB, KL, PLK, AML, ACL, PB, YB, AML, LAB, EY-EK</li> </ul>							

Stratejik Amaç	Hedef	Stratejiler/Performans Hedefi	Performans Göstergeleri	Mevcut 2018	Hedef 2019	Hedef 2020	Hedef 2021	Hedef 2022	Hedef 2023	
STRATEJİK AMAÇ 2 İnsan odaklı-güvenli, kaliteli-nitelikli, erişilebilir, sağlık hizmeti sunmak	Hedef 2.1 Hasta güvenliği ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	• Hasta Güvenliğini olumsuz etkileyen olayların azaltılması	Hastane Enfeksiyonu Oranı %	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2	
			Düşen Hasta Oranı %	< 0.1	< 0.1	< 0.1	< 0.1	< 0.1		
			Cerrahi Hata Sayısı	< 7	< 7	< 7	< 7	< 7		
			İlaç Uygulama Hata Sayısı	< 5	< 5	< 5	< 5	< 5		
			Transfüzyon Hata Sayısı	< 5	< 5	< 5	< 5	< 5		
	Hedef 2.2 Çalışan güvenliği ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	• Hasta ve Hasta Yakını başvuruların yerinde ve hızlı çözümünün sağlanması	Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	Hasta memnuniyet oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
STRATEJİK AMAÇ 3 Mali sürdürülebilirliği sağlamak	Hedef 3.1 Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak	• Bütçe Gelirinin gerçekleştirilmesi	Gelir Gerçekleştirme Oranı %	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	
			• Bütçe Giderinin gerçekleştirilmesi	Gider Gerçekleştirme Oranı %	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	
			• Gelirin gider karşılığı	Gelirlerin giderleri karşılama oranı %	110	110	%110	110	110	
			• Borçların kısa sürede ödenmesi	Borçluluk süresi (gün)	< 120	< 120	< 150	< 120	< 120	
			• Etkili bir tedarik, stok ve kaynak kullanımı	Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı (gün)	< 60	< 60	< 50	< 50	< 50	
			• Enerji verimliliğini sağlayacak çalışmalar yapılması	Enerji Tasarruf Oranı %	5	10	%15	15	%15	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi İdari-Mali Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD İdari-Mali Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 95	> 90	> 95	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 95	> 90	> 95	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 95	> 90	> 95	

Stratejik Amaç	Hedef	Stratejiler/Performans Hedefi	Performans Göstergeleri	Mevcut 2018	Hedef 2019	Hedef 2020	Hedef 2021	Hedef 2022	Hedef 2023	
STRATEJİK AMAÇ 2 İnsan odaklı-güvenli, kaliteli-nitelikli, erişilebilir, sağlık hizmeti sunmak	Hedef 2.1 Hasta güvenliği ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	• Hasta Güvenliğini olumsuz etkileyen olayların azaltılması	Hastane Enfeksiyonu Oranı %	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2	
			Düşen Hasta Oranı %	< 0.1	< 0.1	< 0.1	< 0.1	< 0.1		
			Cerrahi Hata Sayısı	< 7	< 7	< 7	< 7	< 7		
			İlaç Uygulama Hata Sayısı	< 5	< 5	< 5	< 5	< 5		
			Transfüzyon Hata Sayısı	< 5	< 5	< 5	< 5	< 5		
	Hedef 2.2 Çalışan güvenliği ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	• Hasta ve Hasta Yakını başvuruların yerinde ve hızlı çözümünün sağlanması	Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	Hasta memnuniyet oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
				Hasta hakları birimi yerinde çözüm Oranı%	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
STRATEJİK AMAÇ 3 Mali sürdürülebilirliği sağlamak	Hedef 3.1 Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak	• Bütçe Gelirinin gerçekleştirilmesi	Gelir Gerçekleştirme Oranı %	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	
			• Bütçe Giderinin gerçekleştirilmesi	Gider Gerçekleştirme Oranı %	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	
			• Gelirin gider karşılığı	Gelirlerin giderleri karşılama oranı %	110	110	%110	110	110	
			• Borçların kısa sürede ödenmesi	Borçluluk süresi (gün)	< 120	< 120	< 150	< 120	< 120	
			• Etkili bir tedarik, stok ve kaynak kullanımı	Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı (gün)	< 60	< 60	< 50	< 50	< 50	
			• Enerji verimliliğini sağlayacak çalışmalar yapılması	Enerji Tasarruf Oranı %	5	10	%15	15	%15	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi İdari-Mali Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD İdari-Mali Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 90	> 90	> 90	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 95	> 90	> 95	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 95	> 90	> 95	
			• Akreditasyon ve Kalite Bazlı İyi Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının artırılması	SAS, SKS ve VerimsizlikYD Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> 90	> 90	> 95	> 90	> 95	

## Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Bölüm Bazlı Gösterge Listesi 2021

BÖLÜM	GÖSTERGE ADI	HEDEF
Kalite Yönetimi	GKG01 Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	>%90
Acil Durum ve Afet Yönetimi	GKG02 Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	>%95
	GKG03 Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	>%95
	GKG04 Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	>%95
	GKG05 Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı	<3 dk
	GKG06 Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	<3 dk
	GKG07 Personelin Eğitime Katılma Oranı	>%70
Eğitim Yönetimi	GKG08 Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	>%85
	GKG09 Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	>%85
	GKG10 Hasta Deneyim Anketleri Analizi	>%95
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	GKG11 Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	>%60
	GKG12 Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	<20
	GKG13 Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	<%1
	GKG14 Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	<%3
	GKG15 Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı	<%2
	GKG16 Kurumdan Ayrılan Personel Oranı	<%2
	GKG17 Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	>%70
Hasta Bakımı	GKG18 Düşen Hasta Oranı	<% 1
	GKG19 Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı	<% 1
	GKG20 Basıncı Yarısı Oranı	<% 1
İlaç Yönetimi	GKG21 İlaç Hatası Bildirim Oranı	<% 1
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	GKG22 El Hijyeni Uyum Oranı	>%75
	GKG23 El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	>%95
	GKG24 Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	>%90
	GKG25 Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı	<%08
	GKG26 Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı	<%02
	GKG27 Ventilator İlişkili Pnömoni/Ventilator İlişkili Olay Hızı	<%010
	GKG28 Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı	<%1
	GKG29 Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı	>%90
	Transfüzyon Hizmetleri	GKG30 İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı
Radyasyon Güvenliği	GKG31 Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	< %6
	GKG32 Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı	≤ %1
Acil Servis	GKG33 Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	<%1
	GKG34 Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	< 90 dk
	GKG35 Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi	≤20'
	GKG36 Hasta Sevk Oranı	<%0,5
Ameliyathane	GKG37 Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	<%0,1
	GKG38 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı	>%95
	GKG39 Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı	<%0,5
Yoğun Bakım Ünitesi	GKG40 Yoğun Bakım Ünitesinde Basıncı Yarısı Oranı	<%15
	GKG41 Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	<%30
	GKG42 Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	<%4
	GKG43 Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı	<%2



	GKG44 Organ ve Doku Nakil Bölge Koordinasyon Merkezine Bildirilen Beyin Ölümü Oranı	<%1
<b>Doğum Hizmetleri</b>	GKG47 Primer Sezaryen Oranı	<%60
	GKG48 Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	<%1
	GKG49 Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	>%90
	GKG50 Risk Düzeyine Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	>%95
	GKG51 Vajinal Doğumda Obstetrik Travma Oranı	<%0,1
	GKG52 Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	>%95
	GKG53 Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı	>%95
	GKG54 Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı	>%95
	GKG55 Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı	>%95
	<b>Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri</b>	GKG56 Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı
GKG57 Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı		<%5
GKG58 Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı		<%5
GKG59 Tedavisi Remisyon Nedeni İle Sonlandırılan Hasta Oranı		<%5
GKG60 Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Oranı		%1
GKG61 İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı		<%1
GKG62 İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı		<%1
GKG63 Tedavi Programında Olup İstihdam Edilen Hasta Oranı		>%95
GKG64 Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı		<%1
GKG65 Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı		<%1
GKG66 Takip Programında Olup Obezite Tanısı Alan Hasta Oranı		<%1
GKG67 Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı		<%1
GKG68 Damgalama ve Ayrımcılığı Önlemek Amacıyla Düzenlenen Eğitim Sayısı		>%95
<b>Evde Sağlık Hizmetler</b>	GKG69 Başvurunun Zamanında Karşılama Oranı	>%95
	GKG70 Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması	>%95
	GKG71 Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı	>%95
	GKG72 Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı	>%95
<b>Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri</b>	GKG78 Düşen Hasta Oranı	<%1
	GKG79 Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Yeniden Yatış Oranı	<%1
<b>Biyokimya Laboratuvarı</b>	GKG80 Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	<%1
	GKG81 Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	<%1
	GKG82 Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	GKG83 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
GKG84 Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı	>%90	
<b>Mikrobiyoloji Laboratuvarı</b>	GKG85 Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	<%2
	GKG86 Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	<%1
	GKG87 İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	<%5
	GKG88 Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	GKG89 Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	GKG90 Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı	>%90
	GKG91 Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	<%1
	GKG92 Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	<%1
	GKG93 Kan Kültürlerinde Pozitif Sonuç Oranı	<%2
	GKG94 İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı	<%1
	GKG95 Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı	<%1
	GKG96 Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı	<%1

	GKG97 Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı	<%1
	GKG98 Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre	<5 dk
Patoloji Laboratuvarı	GKG99 Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı	<%1
	GKG100 Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı	<%1
	GKG101 Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı	<%1
Bilgi Yönetim Sistemi	GKG121 Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	<15dak
	GKG122 SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	<60 dak
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	GKG123 Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	>%95
	GKG124 Sağlık Kuruluna Dönen Toplam Rapor Oranı	<%5

## Sağlıkta Kalite Standartları

### SKS Klinik Kalite Gösterge Listesi 2021

BÖLÜM	GÖSTERGE ADI	HEDEF
KATARAKT CERRAHİSİ	Katarakt Operasyonu Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı	≤ %0.2
	Katarakt Operasyonu Sonrası Ortalama Yatış Gün Sayısı	≤1
	Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Ay İçinde Endoftalmi Görülme Oranı	≤ %0.02
	Katarakt Operasyonu Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Endoftalmi Görülme Oranı	≤ %0.02
	Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı	≤ %0.01
	Katarakt Operasyonu Sonrası Bir - Üç Ay İçinde Glokom Gelişme Oranı	≤ %0.03
	Katarakt Operasyonu Sonrası Üç Ay İçinde Reoperasyon Oranı	≤ %0.5
	Katarakt Operasyonu Sonrası Altı Ay İçinde Görmeyi Azaltan Arka Kapsül Kesafeti Gelişme Oranı	≤ %5
	Katarakt Operasyonu Sonrası Bir Yıl İçinde Dekolman veya Yırtık Görülme Oranı	≤ %0.09
	Katarakt Operasyonu Sonrası 15 Gün İçerisinde Kontrol Gelen Hasta Oranı	≥ %95
DİZ VE KALÇA PROTEZİ	DP.G1 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Dislokasyon Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı (İlk 2 ay)	≤ %0.8
	DP.G2 Diz Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 2 ay)	≤ %5
	DP.G3Diz Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 12 ay)	≤ %5
	DP.G4Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Hastanede Ortalama Yatış Gün Sayısı	≤ 5
	DP.G5 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Revizyon Cerrahisi Yapılan Hasta Oranı (12 ay)	≤ %1
	DP.G6 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilen Hasta Oranı	≥ %95
	DP.G7 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (İlk 2 ay)	≤ %5
	DP.G8 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (2 ay-12 ay)	≤ %5
	DP.G9 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı	≥ %95
	DP.G10 Taburcu Edilen Diz Protezi Operasyonu Geçirmiş Hastalarda Antikoagulan İlaç Reçete Edilenlerin Oranı	≥ %95
	DP.G11 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Derin Ven Trombozu Tespit Edilen Hasta Oranı (ilk 3 ay)	≤ %4
	DP.G12 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Nedeni ile Yeniden Yatış Oranı (ilk 3 ay)	≤ %5
	DP.G13 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Sinir Hasarı Oranı (ilk 1 ay)	≤ %0.8
	DP.G14 Diz Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Damar Hasarı Oranı (ilk 1 ay)	≤ %0.1
	KP.G1Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Dislokasyon Nedeni İle Yeniden Yatış Oranı (İlk 2 ay)	≤ %5
	KP.G2 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Reoperasyon Yapılan Hasta Oranı (İlk 2 ay)	≤ %5
	KP.G3 Kalça Protezi Operasyonu Yapılan Hastalarda Reoperasyon Geçiren Hasta Oranı (İlk 12 ay)	≤ %5
	KP.G4 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Hastanede Ortalama Yatış Gün Sayısı	≤ 5
	KP.G5 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Revizyon Cerrahisi Yapılan Hasta Oranı (12 ay)	≤ %1
	KP.G6 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Operasyon Gününde Profilaktik Antibiyotik Verilen Hasta Oranı	≥ %95
	KP.G7 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (İlk 2 ay)	≤ %5
	KP.G8 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tespit Edilen Hasta Oranı (2 ay-12 ay)	≤ %5
	KP.G9 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Antikoagulan İlaç Verilen Hasta Oranı	≥ %95
	KP.G10 Taburcu Edilen Kalça Protezi Operasyonu Geçirmiş Hastalarda Antikoagulan İlaç Reçete Edilen Hasta Oranı	≥ %95
KP.G11 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Derin Ven Trombozu Tespit Edilen Hasta Oranı (İlk 3 ay)	≤ %4	
KP.G12 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Pulmoner Emboli Nedeni İle Yeniden Yatış Oranı (İlk 3 ay)	≤ %5	
KP.G13 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Sinir Hasarı Oranı (İlk 1 ay)	≤ %4	
KP.G14 Kalça Protezi Operasyonu Geçiren Hastalarda Damar Hasarı Oranı (İlk 1 ay)	≤ %0.1	



<b>KOLOREKTAL KANSER</b>	KR.G1 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Total Kolonoskopi Yapılma Oranı	≥%95
	KR.G2 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Tüm Abdomen Görüntüleme Yapılma Oranı	≥%95
	KR.G3 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Toraks Görüntüleme Yapılma Oranı	≥%50
	KR.G4 Rektum Kanseri Tanılı Hastalarda Preoperatif Alt Abdomen MR Çekilme Oranı	≥%50
	KR.G5 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif CEA Bakılma Oranı	≥%95
	KR.G6 Kolorektal Kanser Tanısı ile Operasyon Geçiren Hastalarda Yılda En Az Bir Defa CEA Bakılma Oranı	≥%95
	KR.G7 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda, Postoperatif Total Kolonoskopi Yapılma Oranı	≥%70
	KR.G8 Rektum Kanseri Tanılı Hastalarda Postoperatif Rektosigmoidoskopi, Kolonoskopi veya Rektoskopi Yapılma Oranı	≥%70
	KR.G9 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Postoperatif Tüm Abdomen Görüntüleme Yapılma Oranı	≥%70
	KR.G10 Kolorektal Kanser Tanısı ile Operasyon Geçiren Hastalarda Komplikasyona Bağlı Reoperasyon Oranı	≤%10
	KR.G11 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Postoperatif Erken Mortalite Oranı	≤%5
	KR.G12 Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Preoperatif Profilaktik Antibiyotik Kullanma Oranı	≥%95
<b>PROSTAT KANSERİ</b>	PR.G1 Alt Üriner Sistem Şikayetleri ile Gelen 50 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda PSA Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥%95
	PR.G2 Total PSA Değeri 2.5 ng/ml ve Üzerinde Olan 50 - 60 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	≥%95
	PR.G3 Total PSA Değeri 3 ng/ml ve Üzerinde Olan 60 - 70 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	≥%80
	PR.G4 Total PSA Değeri 5 ng/ml ve Üzerinde Olan 70 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	≥%80
	PR.G5 Prostat Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Serbest PSA Bakılma Oranı	≤%0.5
	PR.G6 Radyoterapi Alan Prostat Kanseri Tanılı Hastalarda Komplikasyon Görülme Oranı	≤%30
	PR.G7 Prostat Kanseri Hastalarda Radikal Prostatektomi Sonrası Komplikasyon Görülme Oranı	≤%20
<b>KORONER KALP HASTALIĞI</b>	KK.G1 İlk Kez KKH Tanısı Almış Hastalarda LDL Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥%95
	KK.G2 Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan KKH Tanılı Hasta Oranı	≥ %95
	KK.G3 KKH Tanılı Hastalarda Tütün Kullanma Oranı	≤ %5
	KK.G4 Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan KKH Tanılı Hasta Oranı	≥%50
	KK.G5 İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyografi Yapılma Oranı	≥%50
	KK.G6 İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyoplasti Yapılma Oranı	≥%35
	KK.G7 Koroner Anjiyografi Yapılan KKH Tanılı Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı	≥%90
	KK.G8 İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda By-Pass Cerrahisi Uygulanma Oranı	≤%1
	KK.G9 KKH Tanılı Hastalarda Koroner Reanjiyografi Uygulama Oranı	≤% 1
	KK.G10 İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Akut Miyokart Enfarktüsü Görülme Oranı	≤%1
	KK.G11 Akut Miyokart Enfarktüsü Mortalite Oranı	≤%5
	KK.G12 By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı	≤% 1
	KK.G13 By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı	≤% 10
<b>İNME</b>	İN.G1 Ambulans ile Hastaneye Ulaşan İnme Tanılı Hasta Oranı	≥%50
	İN.G2 Geçici İskemik Atak Tanısı Alan Hastaların Hastaneye Yatış Oranı	≥%80
	İN.G3 EKO veya TEE Tetkiki Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≥%70
	İN.G4 Karotis-Vertebral Doppler USG Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≥%80
	İN.G5 İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≥%3
	İN.G6 Trombolitik Tedavi ile İlişkili Hemoraji Komplikasyonu Gelişen İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≤ %6
	İN.G7 İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≥ %0.5
	İN.G8 İntraarteriyel Girişimsel Trombolitik Tedavi veya Trombektomi Tedavisi Sonrası Hemorajik Komplikasyon Gelişen İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≤ %10
	İN.G9 Dekompresif Cerrahi Uygulanan İnme Tanılı Hasta Oranı	≥ %0.1
	İN.G10 Rehabilitasyon Tedavisine Erken Başlanan İnme Tanılı Hasta Oranı	≥%50
	İN.G11 Pulmoner Enfeksiyon Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı	≤% 30
	İN.G12 Üriner Enfeksiyon Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı	≤% 30
	İN.G13 Bası Yarası Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı	≤% 30
	İN.G14 Derin Ven Trombozu Gelişen İnme Tanılı Hasta Oranı	≤ %30
	İN.G15 Hastanede Düşen İnme Tanılı Hasta Oranı	≤ %1
	İN.G16 Taburculuk Sonrası İnme Tanısı ile Tekrar Yatışı Yapılan Hasta Oranı	≤ %10
	İN.G17 İskemik İnme Tanılı Hastalarda INR Bakılma Oranı	≤ % 80
İN.G18 Karotis Endarterektomi Yapılan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≥ %10	
İN.G19 Supraaortik Stent Uygulanan İskemik İnme Tanılı Hasta Oranı	≥ %5	
<b>DM</b>	DM.G1 DM Tanısı Alan Hastalarda HbA1c Ölçümü Yapılanların Oranı	≥ %95
	DM.G2 DM Tanısı Alan Hastalarda Yılda 4 Kez ve Üzeri HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥ %70
	DM.G3 DM Tanısı Alan Hastalarda Son Ölçülen HbA1c ≥%9 Olan Hasta Oranı	≤ %10
	DM.G4 DM Tanısı Alan Hastalarda Son Ölçülen HbA1c ≤ 7 Olan Hasta Oranı	≥ %70
	DM.G5 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Son HbA1c Düzeyi % 7-9 Arasında Olan Hasta Oranı	≤ %20



<b>DİABETES MELLİTUS</b>	DM.G6 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde DM Eğitimi Alan Hasta Oranı	≥ %95
	DM.G7 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Beden Kütle İndeksi Hesaplanan Hasta Oranı	≥ %95
	DM.G8 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde LDL Kolesterol Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥ %90
	DM.G9 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde LDL Kolesterol Düzeyi	≥ %50
	DM.G10 DM Tanısıyla Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)	≤ %3
	DM.G11 DM Tanısıyla Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)	≤ %3
	DM.G12 DM Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Ölçülen Hasta Oranı	≥ %95
	DM.G13 DM Tanısı Alan Hastalarda Kan Basıncı Son Ölçüm Değeri 130/80 ve Altında Olan Hasta Oranı	≥ 50%
	DM.G14 DM Tanısı Alan Hastalarda Tütün Kullanım Oranı	≤ %5
	DM.G15 DM Tanısı Alan Hastalarda Nefropati Taraması Amacı ile Mikroalbuminüri Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥ %95
	DM.G16 DM Nedeni ile Böbrek Hastalığı Gelişen Hasta Oranı	≤ %15
	DM.G17 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Retinopati Taraması Yapılan Hasta Oranı	≥ %95
	DM.G18 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Alt Ekstremitte Amputasyon Oranı	≤ %0.08
	DM.G19 DM Tanısı Alan Hastalarda Kronik Komplikasyonlar Nedeni ile Yatışı Yapılanların Oranı	≤ %2
	DM.G20 DM Tanısı Alan Hastalar İçinde Ayak Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	≥ %95
	<b>KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI</b>	KH.G1 KOAH Tanısı Alan Hastalarda Spirometri Yapılma Oranı
KH.G2 KOAH Tanısı Alan Hastalarda İnhaler Tedavi Eğitimi Verilme Oranı		≥% 80
KH.G3 Steroid Tedavisi Alan KOAH Tanılı Hasta Oranı		≤ % 30
KH.G4 Yılda En Az Bir Kez Kontrole Gelen KOAH Tanılı Hasta Oranı		≤ % 40
KH.G5 KOAH Alevlenme Tanısıyla Yatışı Yapılan Hasta Oranı		≤% 10
KH.G6 KOAH Akut Alevlenme Tanısı ile Taburcu Olduktan Sonra 3 Ay İçinde Aynı Tanı ile Tekrar Yatışı Yapılan Hasta Oranı		≤% 30
KH.G7 KOAH Tanısı ile Yoğun Bakım Servisine Yatan Hasta Oranı		≤% 10
KH.G8 KOAH Alevlenme Tanısı ile Antibiyotik Reçete Edilen Hasta Oranı		≤% 10
KH.G9 KOAH Tanısı Alan Hastalardaki Mortalite oranı		≤% 10
KH.G10 KOAH Tanısı Alan Hastalarda Tütün Kullanma Oranı		≤% 1
KH.G11 KOAH Alevlenme Tanısıyla Birden Fazla Yatışı Yapılan Hasta Oranı		≤% 10
<b>DİŞ İMPLANTI</b>	Dİ.G1 İmplant Tedavisi Öncesi Teşhis İçin Panoramik ve/veya Ekstra-Oral Film, BT (Bilgisayarlı Tomografi) Çektiren Hasta Oranı	≥%95
	Dİ.G2 İmplant Tedavisi Öncesi Hastanın Protez Polikliniği Tarafından Görülme Oranı	≥%95
	Dİ.G3 İmplant Tedavisi Öncesi Subgingival Küretaj, Sağ Sol Çene Flep Operasyonu, Biyomateryal Uygulaması Ve Sinüs Plastiği Yaptıran Hasta Oranı	≤%20
	Dİ.G4 İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az Bir Kere Kontrol Muayenesi Yapılan Hasta Oranı	≥%95
	Dİ.G5 İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az Bir Kere Radyografik Görüntü Alınan Hasta Oranı (Periapikal, Panoramik ve/veya BT)	≥%95
	Dİ.G6 İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde En Az Bir Kere Diş Taşı Temizliği Yaptıran Hasta Oranı	≥%50
	Dİ.G7 İmplant Tedavisi Sonrası Bir Yıl İçerisinde İmplant Yapılan Bölgede Rapor Edilen Flep Operasyonu veya Greft Membran Yapılan Hasta Oranı	≤%5
	Dİ.G8 İmplant Tedavisi Sonrası 2 Yıl İçerisinde Komplikasyon Gelişme Oranı (Periimplantitis)	≤%5



# Verimlilik Karne Gösterge Listesi 2021

	HEDEF
<b>Başhekim</b>	
Müdürlerin Per formans Değerlendirme Puanlarının Ortalaması	
Sağlık Tesisleri Verimlilik Yerinde Değerlendirme Puanı	%90 ve üzeri
Sağlık Tesisi SKS Puanı	%85 ve üzeri
Yatak Doluluk Oranı	GO üzerinde
Yatak Devir Hızı	GO üzerinde
Primer Sezaryen Oranı	GO altında
Hastane Antibiyotik Bulunan Reçete Oranı	%30 ve altında
E-Reçete Kullanım Oranı	%90 ve üzeri
Acil Servis Müracaat Oranı	%20 ve altında
Acilden Sevk Edilen Hasta Oranı	GO altında
Sağlık Tesisi Acil Servis Yerinde Değerlendirme Skoru	%85 ve üzeri
Hastane Koordinasyon Sistemi'nin Güncellenme Oranı	%90 ve üzeri
Ameliyathane Kapasite Kullanım Oranı	GO üzerinde
Laboratuvar Tetkik Uygunluğu	bir önceki döneme göre azalma
Görüntüleme Tetkik Uygunluğu	bir önceki döneme göre azalma
Hekim Randevu Sistemi'nden Yapılan Muayene Oranı	%33 ve üzeri
Klinisyen Hekim Başına Düşen Günlük Hasta Sayısı	GO üzerinde
Teletıp ve Teleradyoloji Sistemine Radyolojik Veri Gönderim Oranı (İstem-Görüntü)	0,7 ve üzeri
Teletıp ve Teleradyoloji Sistemine Gönderilen Rapor ve Görüntü Oranı	0,5 ve üzeri
<b>Sağlık Bakım Hizmetleri</b>	
Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımı ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	%85 ve üzeri
Sterilizasyon Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	%90 ve üzeri
Güvenli ilaç Uygulaması ile ilgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	%85 ve üzeri
Sağlık Çalışanları Hizmet içi, Uyum, Hasta ve Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimlerin Kalite Standartlarını Karşılama Düzeyi	GO üzerinde
Güvenli Transfüzyon Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	GO üzerinde
Yoğun Bakımlarda Bası Ülseri Görülme Oranı	GO altında
Yıllık Hizmet içi Eğitimlere Katılma Oranı	Türkiye Ortalaması
Sağlık Bakım Alanında Çalışan Personelin Nöbet Tutma Oranı	GO üzerinde
Özellikli Alanlarda Sertifikalı (Yetkinlik Belgesi) Çalışan Personel Oranı	%20 ve üzeri
<b>İdari Mali Hizmetler</b>	
Gider Artış Oranı	%1 in altında
Mal Alımlarının Tahakkukların 10 Gün İçerisinde Muhasebeleştirilmesi	10 gün ve altı
Bütçe Sapma Oranı	1 ve altı
Global Bütçe Dışı Tahakkukun Tahsilata Oranı	100%
Mevcut İlaç ve Sar f Stok Tutarının Aylık Ortalama Tüketim Tutarına Oranı	60 gün ve altı
Finansal Risk Oranı	2 ve altı
Sağlık Tesisinde Kullanılan Teknik Sistemlerin Takibi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	%85 ve üzeri
Hastanede Açık İhale Usulü İle Gerçekleştirilen Alımların Toplam Alım Tutarına Oranı	%75 ve üzeri
Sağlık Tesisi Veri Gönderim Başarı Oranı	%95 ve %103 arası
Hastane Bilgi Güvenliği Konusunda Tüm Personele Yılda En Az Bir Kez Eğitim Verilmesi	%85 ve üzeri
Laboratuvar Tetkik Verilerinde Sağlık Bilişim Standartları Kullanım Oranı	%90 ve üzeri