

Kurumsal Amaç ve Hedeflerimiz

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	Performans Göstergeleri	Hedef 2022
STRATEJİK AMAÇ 1 İyi yönetim-kurumsallaşma, yeterli ve etkin alt yapı- kapasite	Hedef 1.1 İyi yönetim uygulamalarıyla idari yapıyı güçlendirmek, kurumsallaşmayı sağlamak	SAS Yönetim ve Organizasyon Bazlı (Kurumsal Hizmetler SKS) İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı % Planlanan Öz Değerlendirmenin Tüm Birimlerde Gerçekleşme Oranı % Planlanan Bina Turları Gerçekleşme Oranı % Yıllık Toplantı Planı Gerçekleşme Oranı % Dokümantasyon Tamamlanma Oranı % Unvan ve bölüm bazlı planlı çalışma oranı % Kurumsal Web Sayfası Ulaşım Sayısı Kurumsal İntranet Ulaşım Sayısı Kurumsal Facebook Üye Sayısı Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranı % SHS PDC Oranı % Kişi başı verilen eğitim saati Yıllık Hizmet içi Eğitimlere Katılma Oranı % Engelli Erişilebilirlik Yüzdesi % Planlanan yeni birim açma oranı % Planlanan Tadilat- İyileştirme oranı % Planlanan Dijitalize olma oranı % Aktif Olan Biyomedikal Emvante Oranı YOTA gerçekleştirme oranı % Tıbbi Atık miktarı (kg) Ruhsat Uyum Oranı	>%95 %100 >%95 >%95 %100 >%95 >20000 >50000 >2300 <2 >%92 >25 >%92 >%93 >%90 >%90 >%90 >%95 >%90 <60000 kg/yıl >%95
	Hedef 1.2 Hastaneninfiziksel, teknolojik, donanımsal, hizmet altyapısını, kapasitesini iyileştirmek, arttırmak		
STRATEJİK AMAÇ 2 İnsan odaklı-güvenli, kaliteli- nitelikli, erişilebilir, sağlık hizmeti sunmak	Hedef 2.1 Hasta güvenliği ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	Hastane Enfeksiyonu Oranı % Düşen Hasta Oranı % Cerrahi Hata Sayısı İlaç Uygulama Hata Sayısı Transfüzyon Hata Sayısı Yoğun Bakım Ünitesinde Baş Üsleri Oranı % Hasta hakları birimi yerinde çözüm oranı % Hasta memnuniyet oranı %	<% 2 < %0.1 <5 <5 <5 < %6 >%90 >%95
	Hedef 2.2 Çalışan güvenliği ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	Klinisyen başına poliklinik Muayene Sayısı Acil Servis Hekim Başına Muayene Sayısı 24 saat Acil Servis Hemşire sayısı Klinik başına hemşire sayısı Palyatif Bakım Hemşire Sayısı Yoğun bakım II Hemşire sayısı Ek ödeme dağıtım oranı % Çalışan memnuniyet oranı % Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olay sayısı Aylık ortalama (Beyaz Kod) İş kazaları Sayısı (Kesici/Delici Alet Yaralanmaları, Bulaş, diğer) Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı Kreş açılması, Kreş Hizmet Alımı Yıllık Sosyal aktivite/faaliyet sayısı	<40 <100 >36 6 30 >14 >%38 >%80 <2 <2 >%90 - 8
	Hedef 2.3 Sağlık hizmetinin kalite-niteliği ve verimliliğini arttırmak, sürdürülebilirliğini sağlamak	Yatak doluluk oranı(Klinikler) % Yatan Hasta vaka karması Yatan hasta memnuniyet oranı Yatak doluluk oranı(Yoğun Bakım) % Yoğun Bakım mortalite Oranı Yatak doluluk oranı(Palyatif Bakım) % Ortalama Kalış Gün Sayısı ABC grubu ameliyat Oranı % ABC grubu Günlük Ortalama Ameliyat Sayısı Acil sevk oranı % Acil Servis Müracaat Oranı Acil servis hasta memnuniyet oranı Günlük Açılan Ortalama Poliklinik Sayısı Hastaların ortalama muayene bekleme süresi Avaktan hasta memnuniyet oranı Laboratuvar Sonuç Verme Süresi/Hormon MR Raporlama Raporlama süresi Klinik Kalite (takip edilen) gösterge başarı oranı SAS, SKS ve Verimlilik YD/Sağlık Hizmetleri Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	>%85 >0.9 >%95 >%80 <%24 > %85 <21 >%35 > 30 < %0.3 <%20 >%85 >55 <30dk >%90 <3 <10 <10 >%85 >%90
	Hedef 2.4 Bedensel, zihinsel ve sosyal şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak	Engelli Erişilebilirlik Yüzdesi % Aylık hasta ziyaret sayısı TRSM hizmeti alan aktif hasta sayısı	>%93 >240 >400
STRATEJİK AMAÇ 3 Mali sürdürülebilirliği sağlamak	Hedef 3.1 Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak	Gelir Gerçekleştirme Oranı % Gider Gerçekleştirme Oranı % Gelirlerin giderleri karşılamaya oranı % Borçluluk süresi (gün) Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı (gün) SAS, SKS ve Verimlilik YD /İdari-Mali Bazlı İzlenen Göstergelerde Başarı Oranı %	> %100 <%100 %110 <120 <50 >%90

Sağlıkta Kalite Standartları

SKS Bölüm Bazlı Gösterge Listesi 2022

BÖLÜM	GÖSTERGE ADI	HEDEF
Kalite Yönetimi	HSTN.GKG01 Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	>%90
Acil Durum ve Afet Yönetimi	HSTN.GKG02 Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	>%95
	HSTN.GKG03 Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	>%95
	HSTN.GKG04 Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	>%95
	HSTN.GKG05 Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı	>%95
	HSTN.GKG06 Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	≤2 dk
Eğitim Yönetimi	HSTN.GKG07 Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	>%70
	HSTN.GKG08 Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	>%85
	HSTN.GKG09 Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	>%85
Hasta Deneyimi	HSTN.GKG10 Hasta Deneyim Anketleri Analizi	>%95
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSTN.GKG11 Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	>%60
	HSTN.GKG12 Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	<0,5
	HSTN.GKG13 Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	<0,5
	HSTN.GKG14 Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	<0,5
	HSTN.GKG15 Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı	<%2
	HSTN.GKG16 Kurumdan Ayrılan Personel Oranı	<%2
	HSTN.GKG17 Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	>%70
Hasta Bakımı	HSTN.GKG18 Hasta Düşme Oranı	<%0 1
	HSTN.GKG19 Basınç Yarası Oranı	≤% 2
İlaç Yönetimi	HSTN.GKG20 İlaç Hatası Bildirim Oranı	<% 1
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	HSTN.GKG21 El Hijyeni Uyum Oranı	>%85
	HSTN.GKG22 El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	>%95
	HSTN.GKG23 Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	>%85
	HSTN.GKG24 Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı	<%08
	HSTN.GKG25 Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı	<%02
	HSTN.GKG26 Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı	<%010
	HSTN.GKG27 Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı	<%1
	HSTN.GKG28 Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı	>%90
Transfüzyon Hizmetleri	HSTN.GKG29 İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı	<%5
Radyasyon Güvenliği	HSTN.GKG30 Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	< %6
	HSTN.GKG31 Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı	≤ %1
Acil Servis	HSTN.GKG32 Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	<%1
	HSTN.GKG33 Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	< 90 dk
	HSTN.GKG34 Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	≤30'
	HSTN.GKG35 Hasta Sevk Oranı	<%0,5
Ameliyathane	HSTN.GKG36 Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	≤ %1
	HSTN.GKG37 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı	>%95
	HSTN.GKG38 Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı	≤ %1
Yoğun Bakım Ünitesi	HSTN.GKG39 Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı	<%15
	HSTN.GKG40 Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	<%30
	HSTN.GKG41 Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	<%4
	HSTN.GKG42 Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı	<%2
Doğum Hizmetleri	HSTN.GKG45 Primer Sezaryen Oranı	<%60
	HSTN.GKG46 Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	<%1
	HSTN.GKG47 Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	>%90
	HSTN.GKG48 Risk Düzeyine Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	>%95
	HSTN.GKG49 Vajinal Doğumda Obstetrik Travma Oranı	<%0,1
	HSTN.GKG50 Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	>%97
	HSTN.GKG51 Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı	>%95
	HSTN.GKG52 Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı	>%95
	HSTN.GKG53 Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı	>%95
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	HSTN.GKG54 Tedavi Programında Olup Takibe Gelmeyen Hasta Oranı	<%30
	HSTN.GKG55 Acil Psikiyatrik Durum Planı Oluşturulan Hasta Oranı	<%45
	HSTN.GKG56 Acil Psikiyatrik Durum Gelişen Hasta Oranı	<%5
	HSTN.GKG57 Remisyon Kararı Verilen Hasta Oranı	≥%20
	HSTN.GKG58 Sağlık Personeli (Vaka Yöneticisi) Başına Düşen Hasta Sayısı	<220
	HSTN.GKG59 İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Oranı	<%1
	HSTN.GKG60 İntihar Girişimi Sonucu Ölen Hasta Oranı	<%1
HSTN.GKG61 Tedavi Programında Olup İstihdam Edilen Hasta Oranı	>%5	



	HSTN.GKG62 Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yönlendirilen Hasta Oranı	<%5
	HSTN.GKG63 Psikiyatrik Tanısı Nedeniyle 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşuna Yatışı Yapılan Hasta Oranı	<%5
	HSTN.GKG64 Vücut Kitle İndeksi Yüksek Olan Hasta Oranı	<%5
	HSTN.GKG65 Tedavi Programında Olup Madde Bağımlılığı Olan Hasta Oranı	<%1
	HSTN.GKG66 Damgalama ve Ayrımcılığı Önlemek Amacıyla Düzenlenen Eğitim Sayısı	>3
Evde Sağlık Hizmetleri	HSTN.GKG67 Başvurunun Zamanında Karşılama Oranı	>%60
	HSTN.GKG68 Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması	≥2
	HSTN.GKG69 Randevuların Planlanan Zamanda Gerçekleştirilme Oranı	>%60
	HSTN.GKG70 Beslenme Risk Değerlendirmesi Yapılma Oranı	>%95
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	HSTN.GKG76 Hasta Düşme Oranı	<%1
	HSTN.GKG77 Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Yeniden Yatış Oranı	<%1
Biyokimya Laboratuvarı	HSTN.GKG78 Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	≤%1
	HSTN.GKG79 Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	<%1
	HSTN.GKG80 Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	HSTN.GKG81 Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	HSTN.GKG82 Biyokimya Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı	>%70
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	HSTN.GKG83 Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	<%2
	HSTN.GKG84 Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	<%1
	HSTN.GKG85 İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	≤%5
	HSTN.GKG86 Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	HSTN.GKG87 Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<5
	HSTN.GKG88 Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı	>%70
	HSTN.GKG89 Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	≤%5
	HSTN.GKG90 Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	≤%1
	HSTN.GKG91 Kan Kültürlerinde Pozitif Sonuç Oranı	≤%40
	HSTN.GKG92 İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı	>%90
	HSTN.GKG93 Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı	<%1
	HSTN.GKG94 Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı	<%1
	HSTN.GKG95 Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı	<%1
HSTN.GKG96 Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre	<5 dk	
Patoloji Laboratuvarı	HSTN.GKG97 Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı	<%5
	HSTN.GKG98 Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı	<%1
	HSTN.GKG99 Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı	<%1
Bilgi Yönetim Sistemi	HSTN.GKG119 Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	<15dk
	HSTN.GKG120 SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	<60 dk
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	HSTN.GKG121 Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	>%95
	HSTN.GKG122 Sağlık Kuruluna Dönen Toplam Rapor Oranı	<%5

Sağlıkta Kalite Standartları

SKS Klinik Kalite Gösterge Listesi 2022

BÖLÜM	GÖSTERGE ADI	HEDEF
KATARAKT CERRAHİSİ	KA.G1. Katarakt operasyon sırasında ön vitrektomi cerrahi yapılan hasta oranı	≤ %0.2
	KA.G2. Katarakt operasyonu sonrası ortalama yatış gün sayısı	≤%1
	KA.G3. Katarakt operasyonu sonrası bir ay içinde endoftalmi görülme oranı	≤%0.02
	KA.G4. Operasyon sonrası bir - üç ay içinde endoftalmi görülme oranı	≤%0.02
	KA.G5. Katarakt Operasyonu sonrası bir ay içinde glokom görülme oranı	≤%0.01
	KA.G6. Katarakt Operasyonu sonrası bir - üç ay içinde glokom görülme oranı	≤ %0.03
	KA.G7. Katarakt Operasyonu sonrası üç ay içinde Reoperasyon oranı	≤0.5
	KA.G8. Operasyon sonrası altı ay içinde görmeyi azaltan arka kapsül kesafeti gelişme oranı	≤%5
	KA.G9. Operasyon sonrası bir yıl içinde Dekolman ve yırtık görülme oranı	≤ %0.09
	KA.G10. Katarakt operasyonu sonrası 15 gün içerisinde kontrole gelen hasta oranı	≥ %95
DİZ PROTEZİ	DP.G1.Diz Protezi Operasyonu geçiren hastalarda Dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı (İlk 2ay)	≤%0,8
	DP.G2.Diz Protezi operasyonu geçiren hastalarda reoperasyon yapılan hasta oranı (İlk 2 ay)	≤%5
	DP.G3.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda reoperasyon yapılan hasta oranı (ilk 12 ay)	≤%5
	DP.G4.Diz Protezi operasyonu geçiren hastalarda ortalama yatış gün sayısı	≤ 3 gün
	DP.G5. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranı	≥ %95
	DP.G6. Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (ilk 2 ay)	≤%5
	DP.G7.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (2 ay-12 ay)	≤%5
	DP.G8.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda antikoagulan ilaç verilen hasta oranı	≥ %95
	DP.G9.Taburcu edilen diz protezi operasyonu geçirmiş hastalarda antikoagulan ilaç reçete edilenlerin oranı	≥ %95
	DP.G10.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda derin ven trombozu tespit edilen hasta oranı (ilk 3 ay)	≤%4
	DP.G11.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 3 ay)	≤%5
	DP.G12.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda sinir hasarı oranı (ilk 1 ay)	≤%0,8
	DP.G13.Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda damar hasarı oranı (ilk 1 ay)	≤%0.1
	DP.G14. Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 50 yaş altı hastaların oranı	≤%5
DP.G15. Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 80 yaş üstü hastaların oranı	≤%10	
DP.G16. Diz protezi operasyonu geçiren hastalardan 50-80 yaşları arasında olan hasta oranı	≥ %85	
DP.G17. Diz protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta oranı	≤%5	
KALÇA PROTEZİ	KP.G1.Kalça Protezi Operasyonu geçiren hastalarda Dislokasyon nedeni ile yeniden yatış oranı (İlk 2ay)	≤%5
	KP.G2.Kalça Protezi operasyonu geçiren hastalarda reoperasyon yapılan hasta oranı (İlk 2 ay)	≤%5
	KP.G3.Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda reoperasyon yapılan hasta oranı (ilk 12 ay)	≤%5
	KP.G4.Kalça Protezi operasyonu geçiren hastalarda ortalama yatış gün sayısı	≤5 gün
	KP.G5. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik verilen hasta oranı)	≥ %95
	KP.G6. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (ilk 2 ay)	≤%5
	KP.G7. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hasta oranı (2 ay-12 ay)	≤%5
	KP.G8. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda antikoagulan ilaç verilen hasta oranı	≥ %95
	KP.G9. Taburcu edilen kalça protezi operasyonu geçirmiş hastalarda antikoagulan ilaç reçete edilenlerin oranı	≥ %95
	KP.G10. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda derin ven trombozu tespit edilen hasta oranı (ilk 3 ay)	≤%4
	KP.G11. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda pulmoner emboli nedeni ile yeniden yatış oranı (ilk 3 ay)	≤%5
	KP.G12. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda sinir hasarı oranı (ilk 1 ay)	≤%0.8
	KP.G13. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda damar hasarı oranı (ilk 1 ay)	≤%0.1
	KP.G14. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde 50 yaş altı hastaların oranı	≤%5
KP.G15. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalardan 50-80 yaşları arasında olan hasta oranı	≥ %85	
KP.G16. Kalça protezi operasyonu geçiren hastalar içerisinde VKİ 40'ın üzerinde olan hasta oranı	≤%5	
KR	KR.G1 Kolorektal kanser tanılı hastalarda preoperatif dönemde 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 Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif tüm abdomen görüntüleme yapılma oranı	≥ %70
	KR.G9 Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalarda komplikasyona bağlı reoperasyon oranı	≤ %10

KOLOREKTAL KANSER	KR.G10 Kolorektal kanser tanılı hastalarda postoperatif erken mortalite oranı	≤ %5
	KR.G11 Kolorektal kanser tanılı hastalarda perioperatif dönemde profilaktik antibiyotik kullanma oranı	≥ %95
PROSTAT KANSERİ	PR.1. Üriner Sistem Şikayetleri İle Gelen 50 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda PSA Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥95
	PR.2.Total PSA Değeri 2.5 ng/ml ve Üzerinde Olan 50 - 60 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	≥95
	PR.3.Total PSA Değeri 3 ng/ml ve Üzerinde Olan 60 - 70 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	≥80
	PR.4.Total PSA Değeri 5 ng/ml ve Üzerinde Olan 70 - 80 Yaş Aralığındaki Hastalarda Prostat Biyopsisi Yapılma Oranı	≥80
	PR.5.Prostat Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Serbest PSA Bakılma Oranı	≤0.5
	PR.6.Radyoterapi Alan Prostat Kanseri Tanılı Hastalarda Komplikasyon Görülme Oranı :	≤30
	PR.7.Prostat Kanseri Hastalarda Radikal Prostatektomi Sonrası Komplikasyon Görülme Oranı	≤20
KORONER KALP HASTALIĞI	KK.1. İlk Kez KKH Tanısı Almış Hastalarda LDL Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥ %95
	KK.2. Kan Basıncı Değeri Kontrol Altında Olan KKH Tanılı Hasta Oranı	≥ %95
	KK.3. Koroner Anjiyografi Öncesi Noninvaziv Test Yapılan KKH Tanılı Hasta Oranı	≥ %50
	KK.4.İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Koroner Anjiyografi Yapılma Oranı	≥ %50
	KK.5. İlk kez KKH tanısı alan hastalarda koroner anjiyoplasti yapılma oranı	≥%35
	KK.6. Koroner Anjiyografi Yapılan KKH Tanılı Hastalarda Medikal Tedavi Verilme Oranı	≥% 90
	KK.7. İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda By-Pass Cerrahisi Uygulanma Oranı	≤%1
	KK.8. KKH Tanılı Hastalarda Koroner Reanjiyografi Uygulama Oranı	≤% 1
	KK.9. İlk Kez KKH Tanısı Alan Hastalarda Akut Miyokart Enfarktüsü Görülme Oranı	≤ %1
	KK.10. Akut Miyokart Enfarktüsü Mortalite Oranı	≤% 5
	KK.11. By-pass cerrahisi sonrası mortalite oranı	≤ %1
	KK.12. By-pass cerrahisi sonrası reoperasyon oranı	≤ %10
İNME	İN.G1. İlk Kez KKH Tanısı Almış Hastalarda LDL Ölçümü Yapılan Hasta Oranı	≥ %95
	İN.G1. Geçici iskemik atak tanısı alan hastaların hastaneye yatış oranı	≥80
	İN.G2. EKO veya TEE tetkiki yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı	≥70
	İN.G3. Radyolojik görüntüleme yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı	≥80
	İN.G4. İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı	≥5
	İN.G5. İntravenöz trombolitik tedavi ile ilişkili hemoraji komplikasyonu gelişen iskemik inme tanılı hasta oranı	≤ %6
	İN.G6. İntraarteriel girişimsel trombolitik tedavi veya trombektomi tedavisi uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı	≥ %1
	İN.G7. İntraarteriel girişimsel trombolitik tedavi/trombektomi tedavi uygulanması hemorajik komplikasyon gelişen iskemik inme tanılı hasta oranı	≤ %10
	İN.G8. Dekompresif cerrahi uygulanan inme tanılı hasta oranı	≥ %0.1
	İN.G9. Rehabilitasyon tedavisine erken başlanan inme tanılı hasta oranı	≥ %50
	İN.G10. Pulmoner enfeksiyon gelişen inme tanılı hasta oranı	≤ %30
	İN.G11. Üriner enfeksiyon gelişen inme tanılı hasta oranı	≤ % 30
	İN.G12. Derin ven trombozu gelişen inme tanılı hasta oranı	≤ % 10
	İN.G13. Taburculuk sonrası inme tanısı ile tekrar yatışı yapılan hasta oranı	≤ %10
	İN.G14. İskemik inme tanılı hastalarda INR bakılma oranı	≥ %80
	İN.G15. Karotis endarterektomi yapılan iskemik inme tanılı hasta oranı	≥ %10
İN.G16. Supraaortik stent uygulanan iskemik inme tanılı hasta oranı	≥ %5	
DİABETES MELLİTUS	DM.G1 DM tanısı alan hastalarda HbA1c ölçümü yapılanların oranı	≥ %95
	DM.G2 DM tanısı alan hastalarda yılda en az 4 Kez HbA1c ölçümü yapılan hasta oranı	≥ %70
	DM.G3 DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c ≥ %8 olan hasta oranı	≤ %10
	DM.G4 DM tanısı alan hastalarda son ölçülen HbA1c ≤ %7 olan hasta oranı	≥ %70
	DM.G5 DM tanısı alan hastalar içinde son HbA1c düzeyi % 7-8 arasında olan hasta oranı	≤ %20
	DM.G6 DM tanısı alan hastalar içinde vücut kütle indeksi hesaplanan hasta oranı	≥ %95
	DM.G7 DM tanısı alan hastalar içinde LDL kolesterol ölçümü yapılan hasta oranı	≥ %90
	DM.G8 DM tanısı alan hastalar içinde LDL kolesterol düzeyi <100 mg/dl olan hasta oranı	≥ %50
	DM.G9 DM tanısı alan hastalar içinde LDL kolesterol düzeyi <70mg/ dl olan hasta oranı	≥ %40
	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 nefropati taraması amacı ile mikroalbuminüri ölçümü yapılan hasta oranı	≥%95
	DM.G14 DM nedeni ile böbrek hastalığı gelişen hasta oranı	≤%15
DM.G15 DM tanısı alan hastalar içinde retinopati tanısı alan hasta oranı	≤ %10	
DM.G16 DM tanısı alan hastalar içinde alt ekstremitte amputasyon oranı	≤ %0.08	
DM.G17 DM tanısı alan hastalarda kronik komplikasyonlar nedeni ile yatışı yapılanların oranı	≤ %2	
DM.G18 DM tanısı alan hastalar içinde nöropati tanısı alan hasta oranı	≤%20	
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI	KH.G1. KOAH tanısı alan hastalarda spirometri yapılma oranı	≥% 80
	KH.G2. KOAH tanısı alan hastalarda inhaler tedavi eğitimi verilme oranı	≥%80
	KH.G3. Steroid tedavisi alan KOAH tanılı hasta oranı	≤%30
	KH.G4. KOAH alevlenme tanısıyla yatışı yapılan hasta oranı	≤%40
	KH.G5. KOAH alevlenme tanısı alan ayaktan hasta oran	≤%10
	KH.G6. KOAH akut alevlenme tanısı ile taburcu olduktan sonra 90 gün içinde aynı tanı ile tekrar yatışı yapılan hasta oranı	≤%30
	KH.G7. KOAH tanısı ile alan hastalarda mortalite oranı	≤%10
	GD.G1.1. izlemde (0-14 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G2.1. izlemde (0-14 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G3.1. izlemde (0-14 hafta) kan grubu tayini yapılan gebe oranı	≥ %95



GEBELİK SÜRECİ VE DOĞUM	GD.G4.1. İzlemede (0-14 hafta) tam kan sayımı yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G5.1. izlemede (0-14 hafta) TSH taraması yapılan gebe oranı	≥ %75
	GD.G6.1. İzlemede (0-14 hafta) tam idrar tetkiki yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G7.1. izlemede (0-14 hafta) ultrasonografi yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G8.1. izlemede (0-14 hafta) Risk Belirlemesi Yapılan Gebe Oranı	≥ %95
	GD.G9.2. izlemede (18-24 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G10.2. izlemede (18-24 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G11.HbsAg bakılan gebe oranı (0-24 hafta)	≥ %95
	GD.G12.İdrar kültürü yapılan gebe oranı (0-24 hafta)	≥ %95
	GD.G13.2. izlemede (18-24 hafta) obstetrik ultrasonografi yapılan gebe oranı (ayrıntılı USG):	≥ %95
	GD.G14.Trizomi18, Trizomi 21, Biyokimyasal Marker Tarama Testi Yapılan Gebe Oranı (11-20 Hafta) (Kombine/Üçlü/Dörtlü)	≥ %75
	GD.G15.Demir preparatı desteği verilen gebe oranı	≥ %95
	GD.G16.D vitamini desteği verilen gebe oranı	≥ %90
	GD.G17.3. izlemede (28-32 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G18.3. izlemede (28-32 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G19.3. İzlemede (28-32 hafta) tam idrar tetkiki yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G20. Oral glukoz tolerans testi (50 ve 75 gr) yapılan gebe oranı (İlk 30 hafta içerisinde)	≥ %80
	GD.G21.4. izlemede (36-38 hafta) kan basıncı ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G22.4. izlemede (36-38 hafta) Vücut-Kütle-İndeksi ölçümü yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G23.4. İzlemede (36-38 hafta) tam kan sayımı yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G24.4. İzlemede (36-38 hafta) tam idrar tetkiki yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G25.4. izlemede (36-38 hafta) obstetrik ultrasonografi yapılan gebe oranı	≥ %95
	GD.G26. Primer sezaryen yapılan gebe oranı	≤ %20
	GD.G27.Doğum Sonrası ilk 24 saat içerisinde tam kan bakılma oranı	≥ %95
	GD.G28.Vajinal doğum sonrası ilk 24 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranı	≥ %95
	GD.G29.Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranı	≥ %95
	GD.G30.Postpartum 2-5. Günler arasında izlem yapılan lohusaların oranı	≥ %95
	GD.G31. Gebe izlem formu doldurulan gebe oranı	≥ %95
	GD.G32. Doğum ile sonuçlanan gebeliklerde doldurulan ortalama gebe izlem formu sayısı	≥ %95



Verimlilik Gösterge Listesi 2022

	HEDEF
Başhekim	
Müdürlerin Per formans Değerlendirme Puanlarının Ortalaması	
Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	
Yatak Doluluk Oranı	
Yatak Devir Hızı	
Aktif Olan BiyomedikalEnvanter Oranı	
Sağlık Tesisi VKİP uanının Tesis Grup Ortalamasına Oranı	
Primer Sezaryen Oranı	
MaviKodUygulaması Uyum Oranı İ	
Hastane Antibiyotik Bulunan Reçete Oranı	
Normal Doğum Yapıp 24 Saat Sonra Taburlan Anne Oranı	
Sezaryen Doğum Yapıp 48 Saatten Sonra Taburcu Olan Anne Oranı	
E-Reçete Kullanım Oranı	
Acil Servis Müracaat Oranı	
Acilden Sevk Edilen Hasta Oranı	
Acil Servis Ortalama Kalış Süresi	
Sağlık Tesisi Acil Tebliğine Uyum Oranı	
Sevk Kabul Oranı	
Hastane Koordinasyon Sistemi'nin Güncellenme Oranı	
Ameliyathane Kapasite Kullanım Oranı	
Hastalık Şiddetine Göre Standardize Edilmiş Mortalite Oranı	
Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı	
Laboratuvar Tetkik Uygunluğu	
Görüntüleme Tetkik Uygunluğu	
Görüntüleme Sonuç Verme Süresi	
Sağlık Tesisi Verimlilik Karne Puanı	
SağlıkTesis SKS Puanı	
EkÖ deme Dağıtım Oranı	
Hekim Randevu SistemiÜ zerinden Yapılan Muayene Oranı	
Poliklinik Hizmetlerinden Hasta Şikâyet Oranı	
Klinisyen Hekim Başına Düşen PoliklinikOdası Oranı	
Klinisyen Hekim Başına Düşen Günlük Hasta Sayısı	
Teletıp ve TeleradyolojiÜ zerinden Görüntüleme Oranı	
Teletıp ve TeleradyolojiÜ zerinden Raporlama Oranı	
SağlıkKuruluşu KlinikKalite Puanı	
Sağlık Bakım Hizmetleri	
Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı	
KataterİlişkiliÜriner Sistem Enfeksiyon Hızı	
SantralKataterİlişkiliK an Dolaşımı Enfeksiyon (SVK-KDE) Hızı	
VentilatörİlişkiliOlay (Vb) Hızı	
Yoğun Bakım Ünitelerinde Bası Ülseri Görülme Oranı	
Sertifikalı (YetkinlikBelgesi) Çalışan PersonelOranı	
Sağlık Çalışanları Hizmet içi, Uyum, Hasta ve Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimlerin Kalite Standartlarını Karşılama Düzeyi	
Yıllık Hizmet içiEğitilmelere Katılma Oranı	
Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımı ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	
Sterilizasyon Hizmetleri ile İlgiliStandartların Gerçekleştirilme Oranı	
Güvenli ilaç Uygulaması ile ilgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	
GüvenliTransfizyon Uygulaması ile İlgiliStandartların Gerçekleştirilme Oranı	
İdari Mali Hizmetler	
Toplam TahakkukGelirinin Toplam Gidere Oranı	
Mal Alımlarının Tahakkukların 10 Gün İçerisinde Muhasebeleştirilmesi	
Gelir Bütçesi Gerçekleşme Oranı	
Gider Bütçesi Gerçekleşme Oranı	
Enerji Tasarruf Oranı	
İlaç ve TıbbiSarf Malzeme Tüketim Tutarı Tasarruf Oranı	
Mevcut İlaç ve Sarf Stok Tutarının AylıkOrtalama Tüketim Tutarına Oranı	
SağlıkTesisleriVeriG önderim Başarı Oranı	
Hastane Bilgi GüvenliğiKonusunda Tüm Personele Yılda En Az Bir Kez Eğitim Verilmesi	
Patoloji Verilerinde Sağlık Bilişim Standartları Kullanım Oranı	
RadlyolojiTetkikVerilerindeSağlıkB ilişim Standartları Kullanım Oranı	
Laboratuvar Tetkik Verilerinde Sağlık Bilişim Standartları Kullanım Oranı	
Finansal Risk Oranı	
Destek ve Kalite Hizmetleri	
Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile ilgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	
Arşivlerin Fiziki Koşulları ve İşleyişi ile İlgiliStandartlarınGerçekleştirilme Oranı	
Temizlik Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı	
Atık YönetimiStandartları Gerçekleştirilme Oranı	
Acil Durum ve Afet Yönetimi ile ilgiliStandartların Gerçekleştirilme Oranı	
Mutfak Hizmetleri ile İlgiliStandartların Gerçekleştirilme Oranı	
Güvenlik Hizmetleri ile ilgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı	
Tesis GüvenliğiYönetimi ile ilgiliStandartlarının Gerçekleştirilme Oranı	
Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin Gerçekleştirilme Oranı	



TSİM 2021 ÖZET

İL	İSTANBUL
İLÇE	EYÜPSULTAN
ÇKYS KODU	177295
KURUM ADI	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ
ÇKYS KURUM TİPİ	GENEL HASTANE
KURUM TÜRÜ	SAĞLIK BAKANLIĞI
KURUM ROLÜ	B
CERRAHİ SERVİS YATAK SAYISI	46
CERRAHİ SERVİS YATAK DOLULUK ORANI (%)	25,2
DAHİLİ SERVİS YATAK SAYISI	80
DAHİLİ SERVİS YATAK DOLULUK ORANI (%)	46,7
YOĞUN BAKIM YATAK SAYISI	14
YOĞUN BAKIM YATAK DOLULUK ORANI (%)	41,2
TOPLAM TESCİLLİ YATAK SAYISI (Yoğun Bakım Dahil)	140
TOPLAM YATAK DOLULUK ORANI-% (Tescilli yatağa göre-YB Dahil)	39,8
KONSÜLTASYON MUAYENE	22699
AYAKTAN MUAYENE SAYISI (Diş ve Acil Dahil)	693611
ACİL SERVİSTE ÖLEN SAYISI	5
ACİL MUAYENE SAYISI	304235
ACİL MUAYENE ORANI-%	43,9
YATAN HASTA SAYISI	3816
YATAN HASTA ORANI (%)	0,6
TABURCU OLAN HASTA SAYISI	3639
ÖLEN HASTA SAYISI	249
YATILAN GÜN SAYISI	20348
ERİŞKİN YOĞUN BAKIM YATAK SAYISI	14
ERİŞKİN YOĞUN BAKIM YATAK DOLULUK ORANI (%)	41,2
ÇOCUK YOĞUN BAKIM YATAK SAYISI	0
ÇOCUK YOĞUN BAKIM YATAK DOLULUK ORANI (%)	
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM YATAK SAYISI	0
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM YATAK DOLULUK ORANI (%)	
VENTİLATÖR SAYISI	9
EVDE SAĞLIK KAPSAMINDA SON AY TAKİP EDİLEN HASTA SAYISI	18483
EVDE SAĞLIK KAPSAMINDA SON AY ZİYARET EDİLEN HASTA SAYISI	40379
KLİNİSYEN OLAN UZMAN HEKİM SAYISI	46
KLİNİSYEN OLMAYAN UZMAN HEKİM SAYISI	12
TOPLAM UZMAN HEKİM SAYISI (Prof.+Doç+Uzm)	58
KLİNİSYEN UZMAN HEKİM BAŞINA DÜŞEN GÜNLÜK MUAYENE SAYISI (Acil ve Diş Hariç)	381,8
A GRUBU AMELİYAT SAYISI	134
B GRUBU AMELİYAT SAYISI	353
C GRUBU AMELİYAT SAYISI	821
D GRUBU AMELİYAT SAYISI	650
E GRUBU AMELİYAT SAYISI	145
D GRUBU GÜNÜBİRLİK AMELİYAT SAYISI	517
E GRUBU GÜNÜBİRLİK AMELİYAT SAYISI	3812
DİĞER GÜNÜBİRLİK AMELİYAT SAYISI (Günübirlik D-E Hariç)	14



TOPLAM AMELİYAT SAYISI	6446
BÜYÜK VE ORTA (A,B,C) AMELİYAT ORANI (%)	20,5
CERRAHİ HEKİM BAŞINA DÜŞEN AYLIK BÜYÜK VE ORTA (A,B,C) AMELİYAT SAYISI	57,5
TOPLAM YOĞUN BAKIM YATILAN GÜN SAYISI	2106
BT CİHAZ SAYISI (Hizmet alımı dahil)	1
BT ÇEKİM SAYISI (Hizmet alımı dahil)	18467
MR CİHAZ SAYISI (Hizmet alımı dahil)	1
MR ÇEKİM SAYISI (Hizmet alımı dahil)	20840
BİR HASTANIN ORTALAMA KALIŞ GÜNÜ	5,240278135
DEVİR ARALIĞI (Gün)	7,9
YATAK DEVİR HIZI (Hasta)	27,3
DAHİLİ KLİNİSYEN UZMAN HEKİM SAYISI	23
CERRAHİ KLİNİSYEN UZMAN HEKİM SAYIS	23
DAHİLİ MUAYENE SAYISI	201509
CERRAHİ MUAYENE SAYISI	185378
NİTELİKLİ YATAK SAYISI	126
YBYS	5110
TTYS	51100
DAHİLİ YATILAN GÜN SAYISI	14460
CERRAHİ YATILAN GÜN SAYISI	3782
ACİL SERVİSTEN YAPILAN İL İÇİ SEVK	698
ACİL SERVİSTEN YAPILAN İL DIŞI SEVK	0
ÖNCEKİ AYDAN DEVREDEN HASTA SAYISI	576
ÇKYS KURUM TÜRÜ	GENEL HASTANE
KURUM TÜRÜ 1	SAĞLIK BAKANLIĞI
ÖLEN HASTA SAYISI ACİL HARİÇ	244
nufus	417360