

GÖSTERGE LİSTESİ

S. No	Gösterge Grubu	Gösterge Adı	Gösterge Kodu	Hedef Değer	Hesaplama Yöntemi	Veri Toplama Periyodu	Veri Analiz Periyodu	Sorumlular	İlgili Bölümler	Alt Göstergeler
1	Acil Durum Yönetimi	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	GKG02-A.1.Z	%100	(Formu tam doldurulan mavi kod olay sayısı/ Ger- çekleşen mavi kod olay sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Bölüm Kalite Sorumluları Kalite Yöneticisi	Tüm Bölümler	Mavi kod Formunda eksik doldurulan bölüm
2	Acil Durum Yönetimi	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	GKG03-A.2.Z	%100	(Formu tam doldurulan beyaz kod olay sayısı/ Ger- çekleşen beyaz kod olay sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kalite Yöneticisi Beyaz Kod Ekibi	Kalite Departmanı	Beyaz Kod Formunda Eksik Doldurulan Bölüm
3	Acil Durum Yönetimi	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	GKG04-A.3.Z	%100	(Formu tam doldurulan pembe kod olay sayısı/ Gerçekleşen pembe kod olay sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kalite Yöneticisi Pembe Kod Ekibi	Kalite Departmanı	Pembe Kod Formunda Eksik Doldurulan Bölüm
4	Acil Durum Yönetimi	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	A.4.Z	Maksimum 3 dakika	Gerçekleşen mavi kod olaylarında olay yerine ulaş- ma sürelerinin toplamı/ Gerçekleşen mavi kod olay sayısı	Aylık	3 ay	Kalite yöneticisi Mavi Kod Ekibi	Kalite Departmanı	1.Mavi Kod Verilen Bölüme Ortalama Ulaşma Süresi 2.Mesai Saati İçinde Mavi Koda Ulaşma Süresi 3.Mesai Saati Dışında Mavi Koda Ulaşma Süresi
5	Acil Durum Yönetimi	Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	GKG05	3 dk ve altı	Beyaz kod anons saati-Beyaz koda ulaşılın saat/Beyaz kod sayısı	Aylık	3 AY	Kalite yöneticisi Mavi Kod Ekibi	Kalite Departmanı	
6	Acil Durum Yönetimi	Mavi Kodda 3 dk İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı	GKG05	%100	3 dk içinde ulaşılan mavi kod sayısı/ Toplam mavi kod sayısı*100	Aylık	3 AY	Kalite yöneticisi Mavi Kod Ekibi	Kalite Departmanı	
7	Acil Servis	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	GKG33-S.101.Z	%1 ve altı olmalı	(Acil servise 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hastası/ Acil servise başvuran hasta sayısı)x100	Aylık	3 ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	Tanı Bazında Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
8	Acil Servis	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	GKG34-S.99.Z	Maksimum 4 saat (240 dk.)	Müşahedede yatan hastaların yatış süreleri toplamı/ Müşahedeye yapılan toplam yatış sayısı	Aylık	3 ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	1.Acil Serviste 0-4 Saati Aşan Müşahede Oranı
9	Acil Servis	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	GKG35-S.100.Z	15 dakika ve altı olmalı	Konsültasyona ulaşma süreleri toplamı/ Acil servise konsültasyon istem sayısı	Aylık	3 ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	1.Branş Bazında Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi 2.Mesai İçi Konsültasyon Ulaşma Süresi
10	Acil Servis	Hasta Sevk Oranı	GKG36	%0,5 ve altı olmalı	(Acil servisten başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı/ Acil servise başvuran hasta sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	1.Tanı Bazında Hasta Sevk Oranı
11	Acil Servis	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı	S.98.Z	%8 ve altı olmalı	(Narkotik ilaç kullanılan hasta sayısı/toplam hasta sayısı)*100	Aylık	3 AY	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	1.Acil Serviste Poliklinik Hastalarına Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı 2.Hekim Bazında Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı
12	Acil Servis	Pnömoni'de Antibiyotik Başlangıç Dozundan Önce Acil Serviste Kan Kültür Testi Yapılan Hasta Oranı	S.34.Z	%50 ve üstü olmalı	(pnömoni tanılı hasta sayısı/pnömoni tanısı ile kan kültürü alınan hasta sayısı)X100	1 Ay	3 Ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	
13	Acil Servis	Mesai Dışı Konsültasyon Ulaşma Süresi	OH	45 dk ve altı olmalı	Mesai Dışında konsültasyona gelme saatinden konsültasyona çağırılma saati arasındaki süre/Mesai Dışı konsültasyon istem sayısı	Aylık	3 AY	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	
14	Ameliyathane	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	GKG37-S.95.Z	%0,5 ve altı	(Cerrahi operasyon sonrası, operasyon ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı / Toplam cerrahi operasyon sayısı)x100	Aylık	3 ay	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	1.Ameliyat Türüne Göre Planlanmamış Geri Dönüş Oranı 2.Hekim Bazlı Ameliyathaneye Planlanmamış Dönüş Oranı
15	Ameliyathane	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	GKG38-S.93.Z	%100	(Güvenli cerrahi kontrol listesinin uygun şekilde kullanıldığı operasyon sayısı / Toplam cerrahi operasyon sayısı)x100	Aylık	3 ay	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	1.Bölüm Bazında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
16	Ameliyathane	Ameliyat Notu Yazılmama Oranı	OH	%0	(Ameliyat notu yazılmayan hasta sayısı/ Toplam ameliyat sayısı)X100	Aylık	3 Ay	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	

17	Ameliyathane	Laparoskopik Başlayan Açığa Dönüşen Ameliyat Oranı	S.96.0	2% ve altı olmalı	Açığa dönen ameliyat sayısı/ Toplam laparoskopik ameliyat sayısı X 100	Aylık	3 Aylık	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
18	Ameliyathane	Salon Temizlenmeden Alınan Ameliyat Sayısı	OH	0	Salon temizlenmeden alınan ameliyat sayısı/Toplam ameliyat sayısıX100	Aylık	3 Ay	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
19	Ameliyathane	Steril Olmamış Malzeme Oranı	OH	0%	Steril olmamış malzeme sayısı/Sterilizasyona giren toplam malzeme sayısıx100	Aylık	3 Aylık	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
20	Ameliyathane	Taraf İşaretlemesi Yapılmadan Ameliyathaneye İnen Hasta Sayısı	OH	0	Taraf işaretlemesi yapılmayan hasta sayısı	Aylık	3 Aylık	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
21	Ameliyathane	Kayıp Alet Sayısı	OH	0	Kaybolan alet sayısı	Aylık	3 AY	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
22	Ameliyathane	Kullanımdışı Bırakılan Cerrahi Alet Sayısı	OH	0	Kullanımdışı Bırakılan Cerrahi Alet Sayısı	Aylık	3 AY	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
23	Anestezi	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	GKG39-S.97.0	%0,1 ve altı	(Cerrahi operasyonlarda, anestezi komplikasyonu gelişen hasta sayısı/Toplam cerrahi operasyon sayısı)x100	Aylık	3 ay	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi Anestezi Sorumlu Teknisyeni	Ameliyathane	1.Anestezi Türüne Göre Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı
24	Anestezi	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı	S.94.Z	%0	(Postoperatif dönemde solunum aresti gelişen hasta sayısı / Toplam anestezi operasyon sayısı) x 100	Aylık	3 Aylık	Anestezi Sorumlu Teknisyeni	Anestezi	
25	Anjiyo	Tekrarlanan Anjiyo İşlem Sayısı	OH	7 ve altında olmalı	Tekrarlanan Anjiyo İşlem Sayısı	Aylık	3 AY	Anjiyo Sorumlu Hemşiresi	Anjiyo	
26	Anlaşmalı Kurumlar	Kesintiye Uğrayan Fatura Oranı	OH	0,50	Kesinti tutarı	Aylık	3 aylık	Anlaşmalı Kurumlar Sorumlusu	Anlaşmalı Kurumlar	
27	Anlaşmalı Kurumlar	Fatura Edilmemiş Dosya Tutarı	OH		Fatura edilmemiş dosya tutarı	Aylık	3 AY	Anlaşmalı Kurumlar Sorumlusu	Anlaşmalı Kurumlar	1.Fatura Edilmeme Nedenlerinin Oranı
28	Bilgi Yönetim Sistemleri	Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	GKG125-D.5.Z	Maksimum 10 dk.	Teknik birimin HBYS arızalarına müdahale süreleri toplamı/ HBYS arıza sayısı	Aylık	3 ay	Bilgi İşlem Sorumlusu Bilgi İşlem Görevlileri	Bilgi İşlem	1.10 Dakikayı Geçen Müdahale Sayısı
29	Bilgi Yönetim Sistemleri	HBYS nin Devre Dışı Kaldığı Süre	GKG126-D.6.Z	Maksimum 30 dk.	HBYS'nin devre dışı kaldığı iş gün sayısı	Aylık	3 ay	Bilgi İşlem Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Bilgi İşlem	HBYS'nin 24 Saatten Fazla Devre Dışı Kalma Sayısı
30	Bilgi Yönetim Sistemleri	HBYS Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı	D.10.O	Ana gösterge hedefi %90 ve üstü olmalı Alt gösterge hedefi 7 gün ve altı olmalı	İlgili dönemde karşılanan talep sayısı/ İlgili dönemde talep edilen toplam revizyon sayısı*100 Karşılana taleplerin toplam gün sayısı/Karşılana talep sayısı	Aylık	3 Aylık	Bilgi İşlem Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Bilgi İşlem	1.HBYS Revizyon Taleplerinin Karşılama Süresi
31	Bilgi Yönetim Sistemleri	48 Saatte Kapatılan İş/ İstem Oranı	OH	100%	48 saat içinde karşılanan iş/istemleri sayısı/ Toplam karşılanan iş takip sayısı X100	Aylık	3 Aylık	Bilgi İşlem Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Bilgi İşlem	
32	Bilgi Yönetim Sistemleri	Malzeme/Cihaz Kaynaklı Bekleyen İş Oranı	OH	%0	Malzeme-Cihaz Kaynaklı Geciken, Bekleyen İşler/Toplam Bekleyen İşler	Üç aylık	3 AY	Bilgi İşlem Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Bilgi İşlem	
33	Biyokimya Laboratuvarı	Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	GKG84	%0,2 ve altı olmalı	(Reddedilen numune sayısı /Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1.Reddedilen Numunenin Red Türüne Göre Oranı 2.Bölümlere Göre Numune Ret Oranları
34	Biyokimya Laboratuvarı	Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	GKG85	%0,1	(Kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	Numunenin Kaybolma Nedeni
35	Biyokimya Laboratuvarı	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	GKG86	15	İlgili dönemde, iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında uygunsuzluk sayısı	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1.Test Bazında İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk
36	Biyokimya Laboratuvarı	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	GKG87	%8 ve altı olmalı	İlgili dönemde, dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı/toplam dış kalite kontrol çalışması	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1.Test Bazında Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk
37	Depo	Mesai Dışı Depo Açılma Sayısı	OH	0	Mesai dışı depo açılma sayısı	Aylık	3 Aylık	Depo Sorumlusu	Depo	
38	Destek Hizmetler	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	D.1.Z	1/12 gün (2 Saat) ve altı	Temel tesis kaynaklarında yaşanan arızalı gün sayısı	Aylık	3 Ay	Teknik Servis Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis	

39	Destek Hizmetler	Atık Devir Hızı(Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)	D.3.Z	Tıbbi Atıklar 2 günde bir bir- Tehlikeli Atıklar en geç 6 ayda bir	Atıkların geçici atık deposundan çıkış süresi / Atıkların depoya geliş süresi	Aylık	3 Aylık	Destek Hizmetleri Yöneticisi	Destek Hizmetler	1.Atık Devir Hızı (Tehlikeli Atık) 2.Bölüm Bazlı Tıbbi Atık Devir Hızı
40	Destek Hizmetler	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi	D.2.Z	30 dk ve altı	Tesis kaynaklı sorunlara müdahale süresi toplamı (saat)/ Tesis kaynaklı yaşanan toplam	Aylık	3 Aylık	Teknik Servis Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis	
41	Destek Hizmetler	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı	D.4.Z	0	Atık kaynaklı yaşanan kaza sayısının toplamı	Aylık	3 Aylık	Destek Hizmetleri Yöneticisi	Destek Hizmetler	
42	Destek Hizmetler	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi	D.7.Z	10 saat ve altı	Cihaz arızalarına müdahale süresi toplam(saat)/ Yaşanan cihaz arızası sayısı	Aylık	3 Aylık	Teknik Servis Sorumlusu Biyomedikal Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis Biyomedikal	Teknik Servisin Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi Biyomedikalın Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi
43	Destek Hizmetler	Cihaz Arızalanma Sıklığı	D.8.Z	Ayda 4 kez	Toplam Arızalanan cihaz sayısı/ İlgili dönemdeki gün sayısı	Aylık	3 Aylık	Teknik Servis Sorumlusu Biyomedikal Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis Biyomedikal	1.Teknik Servis Cihaz Arızalanma Sıklığı 2.Biyomedikal Cihaz Arızalanma Sıklığı
44	Destek Hizmetler	Cihazların Arızalı Gün Sayısı	D.9.O	5 İş Günü	Toplam Cihazların arızalı kaldığı gün sayısı / Arızalı cihaz sayısı	3 Ay	3 Ay	Teknik Servis Sorumlusu Biyomedikal Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis Biyomedikal	1.Teknik Servis Cihazların Arızalı Gün Sayısı 2.Biyomedikal Cihazların Arızalı Gün Sayısı
45	Destek Hizmetler	48 Saatte Kapatılan İş/İstem Oranı	OH	%100	48 saat içinde karşılanan iş-istemleri sayısı/Toplam iş takip sayısı*100	Aylık	3 AY	Teknik Servis Sorumlusu Biyomedikal Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis Biyomedikal	1.Teknik Servis 48 Saatte Kapatılan İş/İstem Oranı 2.Biyomedikal 48 Saatte Kapatılan İş/İstem Oranı
46	Destek Hizmetler	Malzeme/Cihaz Kaynaklı Bekleyen İş Oranı	OH	%0	Malzeme-Cihaz Kaynaklı Bekleyen İşler/Toplam Bekleyen İşler	Aylık	3 AY	Teknik Servis Sorumlusu Biyomedikal Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Teknik Servis Biyomedikal	1.Dış Firma Desteği Nedeni İle Bekleyen İş Oranı
47	Destek Hizmetler	Güvenlik Devir Hızı	OH		Toplam İşten Ayrılan Güvenlik görevlisi sayısı/Ortalama Güvenlik Görevlisi Sayısı*100	Aylık	3 AY	İşletme direktör Yardımcısı Destek Hizmetler Yöneticisi Güvenlik Görevlisi	İşletme Direktör Yardımcılığı Güvenlik	-
48	Destek Hizmetler	Ulaşım Şikayet Sayısı	OH	0	Hasta ve çalışan geri bildirimlerinden gelen ulaşım ile ilgili şikayet sayısı	Aylık	3 AY	Destek Hizmetler Yöneticisi İşletme Direktör Yardımcısı	Destek Hizmetler İşletme Direktör Yardımcılığı	—
49	Destek Hizmetler	Yemekhane Şikayet Sayısı	OH	0	Hasta ve çalışanlardan gelen yemekhane ile ilgili şikayet sayısı	Aylık	3 AY	Yemekhane Sorumlusu Destek Hizmetler Yöneticisi İşletme Direktör Yardımcısı	Yemekhane Destek Hizmetler İşletme Direktör Yardımcılığı	
50	Destek Hizmetler	Temizlik Şikayet Sayısı	OH	0	Hasta ve çalışanlardan gelen temizlik ile ilgili şikayet sayısı	Aylık	3 AY	Destek Hizmetler Yöneticisi İşletme Direktör Yardımcısı	Destek Hizmetler İşletme Direktör Yardımcılığı	—
51	Destek Hizmetler	Zayi Olan Tekstil Sayısı	OH		Zayi olan tekstil ürünlerinin sayısı	Aylık	3 AY	Destek Hizmetler Yöneticisi İşletme Direktör Yardımcısı	Çamaşırhane Destek Hizmetler İşletme Direktör Yardımcılığı	
52	Doğum Hizmetleri	Primer Sezeryan Oranı	GKG45	%25 ve altı olmalı	(Toplam primer sezaryen sayısı/ Toplam doğum sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	1.Doktor Bazında Primer Sezeryan Oranı
53	Doğum Hizmetleri	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	GKG46-S.61.Z	20% ve altı olmalı	(İlk doğumu düşük risk düzeyine sahip olup sezaryen olan kadın sayısı/Düşük riske sahip ilk do- ğum yapan kadın sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	1.Komplikasyon Türüne Göre Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezeryan Oranı
54	Doğum Hizmetleri	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı	S.62.Z	%70 ve üzeri	(Sezaryen sonrası DVTprofilaksisi uygulanan hasta sayısı / Toplam sezaryen olan hasta sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimi	Kadın Doğum Servisi	Derin Ven Trombozu Gelişen Hasta Oranı
55	Doğum Hizmetleri	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	GKG49-S.64.Z	%0,1 ve altı olmalı	(Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetriktravma gelişen hasta sayısı/Toplam enstrümanlıvajinal do- ğum sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	1.Komplikasyon Türüne Göre Enstrümanlı Vajinal Doğumlar
56	Doğum Hizmetleri	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	GKG49-S.65.Z	%0,1 ve altı olmalı	(Enstrümansız vajinal doğumlarda obstetriktravma gelişen hasta sayısı/Toplam enstrümansız vajinal doğum sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	1.Komplikasyon Türüne Göre Enstrümansız Vajinal Doğum

57	Doğum Hizmetleri	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	GKG50	%100	(Normal doğum yapan ve güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı/ Toplam normal doğum yapan hasta sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	Eksik Doldurulan Güvenli Doğum Kontrol Listesi
58	Doğum Hizmetleri	Sezaryen Oranı	S.63.Z	%45 ve altı olmalı	(Toplam sezaryen sayısı/ Toplam doğum sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	
59	Doğum Hizmetleri	Sadece Anne Sütü ile Emzirilerek Taburcu Edilen Bebek Oranı	GKG53	%90	(Doğumu Hastanede Gerçekleştikten Taburcu Olana Kadar Sadece Anne Sütü ile Beslenen Toplam Yenidoğan Sayısı / Toplam Canlı Yenidoğan Sayısı) X 100	Aylık	3 AY	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Kadın Doğum Servisi Yenidoğan Yoğun Bakım	
60	Doğum Hizmetleri	Doğumdan Sonraki İlk 1 Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne-Bebek Çifti Oranı	GKG51			Aylık	3 AY	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	
61	Doğum Hizmetleri	Doğumundan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı	GKG52		Doğumundan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Sayısı/Toplam Doğan Bebek Sayısı	Aylık	3 AY	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	
62	Doğum Hizmetleri	Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı	GKG54		Doğum sonrası depresyon riski yönünden değerlendirilen anne sayısı/Toplam anne sayısı*100	Aylık	3 AY	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	
63	Doğum Hizmetleri	Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	GKG47			Aylık	3 AY	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	
64	Doğum Hizmetleri	Risk Düzeyine Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	GKG48			Aylık	3 AY	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hekimleri	Kadın Doğum Servisi	
65	Eğitim Yönetimi	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	GKG07- Y.6.Z	%85	(Belirlenen eğitimlere katılan personel sayısı/Belirlenen eğitimlere katılması gerekli personel sayısı) x 100	Aylık	3 ay	İK Yöneticisi Eğitim Hemşiresi	İnsan Kaynakları Hemşirelik Hizmetleri	1.Bölüm Bazında Eğitimlere Katılım Oranı
66	Eğitim Yönetimi	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	GKG-09- Y.7.Z	%80	(Gerçekleştirilen eğitim sayısı/Planlanan eğitim sayısı) x 100	Aylık	3 ay	İK Yöneticisi Eğitim Hemşiresi	İnsan Kaynakları Hemşirelik Hizmetleri	1.Planlanan Eğitimlerin Eğitici Bazında Gerçekleştirilme Oranı
67	Eğitim Yönetimi	Hizmet İçi Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	OH	100%	(Gerçekleştirilen Hizmet içi eğitim sayısı/ Planlanan Hizmet içi eğitim sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	İK Yöneticisi Eğitim Hemşiresi	İnsan Kaynakları Hemşirelik Hizmetleri	
68	Eğitim Yönetimi	Eğitim Başarı Oranı	OH	%90 ve üzeri		3 aylık	3 aylık	İK Yöneticisi Eğitim Hemşiresi	İnsan Kaynakları Hemşirelik Hizmetleri	
69	Eğitim Yönetimi	Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	GKG08	%100	Genel uyum (oryantasyon) eğitimi alan personel sayısı/İlgili ayda işe yeni başlayan personel sayısı	Aylık	3 AY	Melek TAN	İNSAN KAYNAKLARI	Bölüm Uyum Planının Zamanında Uygulanma Oranı
70	Enfeksiyonların Önlenmesi	El Hijyeni Uyum Oranı	GKG22-S.17.Z	%80	(Tanımlanan endikasyonlarda gerçekleştirilen uygun el hijyeni eylem sayısı/Gözlemlenen toplam el hijyeni endikasyonu sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Enfeksiyon Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	1.Bölüm Bazında El Hijyeni Uyum 2.Unvan Bazında El Hijyeni Uyum
71	Enfeksiyonların Önlenmesi	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı	GKG25-S.10.Z	%2 ve altı	(Santral venözkateterilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu sayısı /Santral venözkateterkullanım günü) x 100	Aylık	3 ay	YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi YDYB Sorumlu Hemşiresi Enfeksiyon Hemşiresi	Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım	1.Hastanın Yatışından İtibaren 30 Gün Sonra Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
72	Enfeksiyonların Önlenmesi	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı	GKG26-S.11.Z	%3	(Ürinerkateterilişkili üriner sistem enfeksiyon sayı- sı /Ürinerkateter kullanım günü) x 1000	Aylık	3 ay	YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Enfeksiyon Hemşiresi	Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım	1.Kısa süreli kateterizasyonda gelişen enfeksiyon sayısı

73	Enfeksiyonların Önlenmesi	Ventilatör ilişkili Pnömoni/Ventilatör ilişkili Olay Hızı	GKG27-S.14.Z	5	(Ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/Ventilatör kullanım günü) x 100	Aylık	3 ay	YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi YDYB Sorumlu Hemşiresi Enfeksiyon Hemşiresi	Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım	1.40 Yaş ve Altı Pnömoni Gelişen Hasta Sayısı
74	Enfeksiyonların Önlenmesi	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	GKG28-S.15.Z	%1	(Seçilen prosedürle ilişkili?Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE)? sayısı / Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşireleri Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Acil Servis Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi YDYB Sorumlu Hemşiresi Enfeksiyon Hemşiresi	Kadın Doğum Servisi Dahiliye Servisler Cerrahi Servisler Acil Servis Ameliyathane Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım Enfeksiyon	1.Diz Protezi Ameliyatı Sonrası Görülen Enfeksiyon Oranı
75	Enfeksiyonların Önlenmesi	Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	GKG29-S.16.Z	%98 ve üzeri olmalı	(Seçilen prosedürde, Uygun profilaksi sayısı / Toplam profilaksi sayısı) X 100	Aylık	3 ay	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Ameliyathane	1.Cerrahi Profilaksi Uygulanmayan Hasta Oranı
76	Enfeksiyonların Önlenmesi	Hastane Enfeksiyon Hızı	S.8.Z	5%	(Hastane genel sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon gelişen hasta sayısı/ Yatan tüm hasta sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Enfeksiyon Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	
77	Enfeksiyonların Önlenmesi	İnvaziv Araç ilişkisi Enfeksiyon Hızı	S.9.Z	3%	(İnvaziv araç ilişkili enfeksiyon gelişen hasta saayısı/Araç gün sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Enfeksiyon Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	
78	Enfeksiyonların Önlenmesi	Sağlık Hizmeti ilişkili Enfeksiyon Nedeni ile Mortalite Oranı	S.18.O	1%	(Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon nedeni ile ölen hasta/Yatan toplam hasta sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Enfeksiyon Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	
79	Enfeksiyonların Önlenmesi	Yenidoğanlarda Hastane Kaynaklı Kan Enfeksiyonu Hızı	S.12.Z	1%	(YDYBÜ'nde gelişen kan dolaşımı enfeksiyonu/YDYBÜ'nde yatan hasta sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Enfeksiyon Hemşiresi YDYB Sorumlu Hemşiresi	Yenidoğan Yoğun Bakım	
80	Enfeksiyonların Önlenmesi	Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızı	S.13.Z	5%	(YBÜ'leri sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon gelişen hasta sayısı/YBÜ'lerinde yatan toplam hasta sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Enfeksiyon Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yeni Doğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	
81	Enfeksiyonların Önlenmesi	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	GKG23		İlgili ayda tüketilen el hijyeni malzemesi (adet)/ İlgili aydaki hasta günü*1000	Aylık	3 AY	Enfeksiyon Hemşiresi Başhemşire	Hemşirelik Hizmetleri	
82	Enfeksiyonların Önlenmesi	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	GKG24			Aylık	3 AY			
83	Fizik Tedavi / Sağlık Hizmetleri	Rehabilitasyona Yönlendirilen İnme Hastası Oranı	S.57.O	Hedef: %80 ve üzeri olmalı	(Rehabilitasyona Yönlendirilen inme (SVH) hasta sayısı/ SVH tanısı ile gelen hasta sayısı) x100	Aylık	3 Ay	Sorumlu Fizyoterapist	FTR	
84	Fizik Tedavi / Sağlık Hizmetleri	Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Aynı Tanı İle Yeniden Yatış Oranı	GKG82			Aylık	3 AY	FTR Sorumlu Fizyoterapiti ve FTR Uzmanı	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesi	
85	Genel Muhasebe	Karlılık Oranı	OH	%6	(Gelir tutarı-maliyet tutarı)/Gelir tutarı*100	3 Ay	3 Ay	Genel Muhasebe Sorumlusu	Genel Muhasebe	
86	Genel Muhasebe	Ciro Artış Oranı	OH	%10	(Bir önceki dönem cirosu-son dönemin cirosu)x100	3 Ay	3 Ay	Genel Muhasebe Sorumlusu	Genel Muhasebe	
87	Genel Muhasebe	Fatura Edilmiş Tahsilatı Yapılmamış Dosya Tutarı	OH		Fatura edilmiş fakat firma tarafından tahsilatı yapılmamış dosya tutarı	Aylık	3 AY	Genel Muhasebe Sorumlusu	Genel Muhasebe	—

88	Hasta Bakımı	Düşen Hasta Oranı	GKG18-S.2.Z	%0,2	(Yatışı yapılan hastalarda düşen hasta sayısı/Yatışı yapılan toplam hasta sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşireleri Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi YDYB Sorumlu Hemşiresi FTR Sorumlu Fizyoterapisti Enfeksiyon Hemşiresi Kalite Yöneticisi	Kadın Doğum Servisi Dahiliye Servisler Cerrahi Servisler Acil Servis Ameliyathane YYB KVC Yoğun Bakım YDYB FTR	1.Bölüm Bazında Düşen Hasta Oranı 2.Düşme Risk Puanına Göre Düşen Hasta Oranı
89	Hasta Bakımı	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı	GKG19-S.94.Z	%1	(Postoperatif dönemde solunum yetmezliği yaşayan hasta sayısı/ Genel anestezi altında gerçekleşen operasyon sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Hemşiresi YDYB Sorumlu Hemşiresi	Kadın Doğum Servisi Cerrahi Servisler Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım	Ameliyat Türüne Göre Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı
90	Hasta Bakımı	AMI'da Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı	S.28.O	%100	(Primer perkütan koroner girişim başlanma süresi toplamı/AMI tanılı hasta sayısı)x100	1 ay	3 Ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Acil Servis	
91	Hasta Bakımı	AMI Vaka-Ölüm Oranı	S.31.O	%1	(AMI tanısıyla arrest olan hasta sayısı/AMI tanılı hasta sayısı)x 100	1 Ay	3 Ay	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi YYB Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Acil Servis Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım	
92	Hasta Bakımı	AMI'da Hastaneye Varış İtibarı İle 30 Dk içinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı	S.27.Z	%100	(AMI'da Hastaneye varış itibarı ile 30 dk içinde Fibrinolitik Tedavi uygulanan hasta sayısı) X 100	Aylık	3 Aylık	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Acil Servis	
93	Hasta Bakımı	Diz Artroplastisi İçin Revizyon Ameliyat Olan Hasta Oranı	S.45.O	0.05	Diz artroplastisi opera olan hasta sayısı/ Diz artroplastisi için revizyon olan hasta sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri	Cerrahi Servisler	
94	Hasta Bakımı	Elektif Birincil Total Kalça Ve Diz Artroplastisi İşlemi Sonrası 30 Gün İçinde Kopmlıkasyon Nedeni İle Yeniden Başvuru Sayısı	S.42.Z	0	(Total kalça ve diz artroplastisi opera olan hasta sayısı/ 30 gün içinde komplikasyondan yeniden başvuru sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri	Cerrahi Servisler	
95	Hasta Bakımı	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan Kalça Kırığı Cerrahisi Oranı	S.44.Z	%100	(48 saat içinde başlatılan kalça kırığı cerrahisi sayısı/ Toplam kalça kırığı cerrahisi sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri	Cerrahi Servisler	
96	Hasta Bakımı	Postoperatif Pulmoner Embolizm Veya Derin Ven Trombozu (DVT) Oranı	S.38.Z	0,1	Postop dönemde hasta sayısı/ pulmoner emboli, dvt olan hasta sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri YYB Sorumlu Hemşiresi	Cerrahi Servis Klinikleri Yetişkin Yoğun Bakım	
97	Hasta Bakımı	Kalça Kırığı Mortalite Oranı	S.43.Z	0	(Kalça kırığı mortalite sayısı/Kalça Kırığı tanısı ile yatan hasta sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri	Cerrahi Servisler	
98	Hasta Bakımı	Antikoagulan Tedavi Gören Atrial Fibrilasyonu/ Çarpınısı Bulunan Hasta Oranı	S.52.Z	99%	(Koagülasyon tedavisi alan AF'li hasta sayısı / AF tanısıyla gelen hasta sayısı) X 100	Aylık	3 Aylık	Dahiliye Servis sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Sorumlu Hemşiresi	Dahiliye Servisleri Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım	

99	Hasta Bakımı	Antitrombolitik Tedavi Reçete Edilerek Taburcu Edilen İnme Hastası Oranı	S.55.O	100%	(Antitrombolitik Tedavi ile taburcu edilen hasta sayısı/ İnme Tanısı ile Gelen Hasta Sayısı) x 100	Aylık	3 Ay	Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Dahiliye Servisleri Yetişkin Yoğun Bakım	
100	Hasta Bakımı	Pnömonide Hastaneye Varış İtibariyle İlk 6 Saat İçinde Antibiyotik Başlanma Oranı	S.35.Z	100%	Pnömonide hastaneye varış itibariyle ilk 6 saat içinde antibiyotik tedavisine başlanan hasta sayısı/ pnömoni tanısıyla hastaneye başvuran.	Aylık	3 Aylık	Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Dahiliye Servisleri Yetişkin Yoğun Bakım	
101	Hasta Bakımı	İnme İle Gelen Hastaya Derin Ven Trambozu (DVT) Profilaksisi Verilme Oranı	S.53.Z	100%	(İnme ile gelen DVT uygulanan hasta sayısı/ inme ile gelen hasta sayısı) x 100	Aylık	3 Aylık	Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Dahiliye Servisleri Yetişkin Yoğun Bakım	
102	Hasta Bakımı	İnme Hastalarında Yatışın İkinci Günü Sonunda Uygulanan Antitrombolitik Tedavi Oranı	S.54.O	%100	(İnme hastalarında yatışın ikinci günü trombolitik tedavi hasta sayısı / inme tanılı hasta sayısı) x100	Aylık	3 Aylık	Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Dahiliye Servisleri Yetişkin Yoğun Bakım	
103	Hasta Bakımı	AMI'da 30 Gün İçerisinde Yeniden Başvuru Sayısı	S.30.O	0	AMI ' da 30 gün içerisinde yeniden başvuru sayısı	Aylık	3 Aylık	KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	KVC Yoğun Bakım Yetişkin Yoğun Bakım	
104	Hasta Bakımı	AMI' da Vaka Gelişinde Aspirin Verilme Oranı	S.26.Z	100%	(MI tanısı ile aspirin verilen hasta sayısı / mı tanısı ile hastaneye gelen hasta sayısı) x 100	Aylık	3 Aylık	KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	KVC Yoğun Bakım Yetişkin Yoğun Bakım	
105	Hasta Bakımı	Cerrahi Girişim Öncesi 24 Saat İçinde düzenli VTE Profilaksisi Uygulanan Hastaların Oranı	S.37.Z	%0,8	(Yatan hasta sayısı/ VTE profilaksisi uygulanan hasta)x100	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlusu	Cerrahi Servisler Kadın Doğum Servisi KVC Yoğun Bakım Yetişkin Yoğun Bakım	
106	Hasta Bakımı	Hasta Bakım Planı Hazırlama Oranı	OH	100%	(Hasta bakım planını hazırlanan hasta sayısı/ yatan hasta sayısı)x100	Aylık	3 Aylık	Dahili Servis Sorumlu Hemşireleri Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi	Dahili Servisler Cerrahi Servisler Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım Kadın Doğum Servisi	
107	Hasta Bakımı	Bası Ülseri Görülme Sıklığı	GKG20-S.1.Z	3%	(Bası ülseri gelişen hasta sayısı / yatan hasta sayısı x100)	Aylık	3 Aylık	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Dahiliye Servis Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi	Cerrahi Servis Dahiliye Servis Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım Kadın Doğum Servisi	

108	Hasta Bakımı	Sözel İstemin İlk 24 Saat İçerisinde Kaydedilme Oranı	OH	%100	(Sözel istemin ilk 24 saat içerisinde kaydedilme sayısı / yapılan sözel istemin sayısı)x100	Aylık	3 Ay	Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Dahiliye Servis Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Cerrahi Servisler Dahiliye Servisler Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım Kadın Doğum Servisi Acil Servis	
109	Hasta Bakımı	Taburculuk Özetlerini Zamanında Aktarma Oranı	OH	HBYS + Hasta Dosyası	(Taburculuk özeti zamanında verilen hasta sayısı/ taburcu edilen hasta sayısı)x100	Aylık	3 Ay	Dahili Servis Sorumlu Hemşireleri Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi	Dahili Servisler Cerrahi Servisler Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım Kadın Doğum Servisi	
110	Hasta Bakımı	Hemşirede ilk değerlendirmenin hasta değerlendirme prosedüründe belirtilen tüm bileşenlere göre yapılma oranı	S.7.0	%100	Hemşirede ilk değerlendirmenin hasta değerlendirme prosedüründe belirtilen tüm bileşenlere göre tam yapılma sayısı/Toplam yatan hasta sayısı)*100	Aylık	3 AY	Dahili Servis Sorumlu Hemşireleri Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireleri Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi KVC Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Kadın Doğum Servisi Sorumlu Hemşiresi Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Dahili Servisler Cerrahi Servisler Yetişkin Yoğun Bakım KVC Yoğun Bakım Yenidoğan Yoğun Bakım Kadın Doğum Servisi Acil Servis	
111	Hasta Bakımı	Pnömoni tedavisi sonrasında 30 gün içinde yeniden başvuru oranı	S.36.O	<%1	Pnömoni tedavisi sonrası 30 gün içinde yeniden hastaneye başvuran hasta sayısı/pnömoni tanısıyla gelen hasta sayısı * 100	Aylık	3 AY	Dahiliye Servis Sorumlu Hemşireleri Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Dahiliye Servisler Acil Servis Yetişkin Yoğun Bakım	
112	Hasta Deneyimi	Acil Hasta Anket Doldurma Sayısı	OH	AYLIK 150 ANKET 3 AYLIK 450 ANKET	Acil servise başvuran hastalarda doldurulan anket sayısı	Aylık	3 AY	Hasta Hakları Sorumlusu	Hasta Hakları	
113	Hasta Deneyimi	Ayaktan Hasta Anket Doldurma Sayısı	OH	Aylık 150 Anket Üç aylık 450 anket hedeflenmektedir.	(Ayaktan hastalarda doldurulan anket sayısı)	Aylık	3 AY	Hasta Hakları Sorumlusu	Hasta Hakları	
114	Hasta Deneyimi	Yatan Hasta Anket Doldurma Sayısı	OH	100	(Yatan hasta doldurulan anket sayısı	Aylık	1 AY	Hasta Hakları Sorumlusu	Hasta Hakları	

115	Hasta Deneyimi	Hasta Memnuniyet Oranı	GKG10-H.1.Z	%95	(Evet Toplamı)/(Toplam cevap sayısı/Toplam Soru sayısı)*100 Hasta Hakları Hesabı (Hasta Geri Bildirimleri Memnuniyet Oranı+ Hasta Memnuniyet Anketleri Memnuniyet Oranı)/2	Aylık	3 ay	Hasta Hakları Sorumlusu	Hasta Hakları	1.Ayaktan Hasta Bazında Hasta Memnuniyet Oranı 2.Yatan Hasta Bazında Memnuniyet Oranı 3.Acil Hasta Bazında Memnuniyet Oranı
116	Hasta Deneyimi	Hekim Şikayet Sayısı	OH		Hekim şikayet sayısı	Aylık	3 AY	Hasta Hakları Sorumlusu	Hasta Hakları	Hekim Bazlı Şikayet Sayısı
117	Hasta Hizmetleri	Muayene Bekleme Süresi	OH	Maksimum 30 dk.	Muayane olmak için gelen hastaların kayıt açıldıktan sonra muayene olduğu zamana kadar beklediği dakika toplamı/Toplam hasta sayısı	Aylık	3 AY	Hasta Hizmetleri Müdürü Hasta Danışmanı Ekip Lideri	Hasta Hizmetleri	
118	Hasta Hizmetleri	Tahsil Edilmeyen Hasta Oranı	OH	0,5	Tahsil edilmeyen toplam tutar/İlgili dönemdeki toplam ciro	Aylık	3 AY	Hasta Hizmetleri Müdürü	Hasta Hizmetleri	
119	Hasta Hizmetleri	Kaçırılan Çağrı Oranı	OH	%6	Kaçırılan çağrı toplamı/Toplam gelen arama	Aylık	3 AY	Santral Sorumlusu Hasta Hizmetleri Müdürü	Santral	
120	Hasta Hizmetleri	CRM Arama Sayısı	OH	3 Aylık toplam 2400 arama	CRM Arama Sayısı (acil, yatan, ayaktan hasta)	Aylık	3 AY	Santral Sorumlusu Hasta Hizmetleri Müdürü	Santral	1.Acil Hasta CRM Arama Sayısı 2.Yatan Hasta CRM Arama Sayısı 3.Ayaktan Hasta CRM Arama Sayısı
121	İdari Tıbbi Sekreterlik	Hastane Mortalite Oranı	S.48.Z	%5	Ölen hasta sayısı/Toplam yatan hasta sayısı*100	Aylık	3 AY	İdari Tıbbi Sekreter	İdari Tıbbi Sekreterlik	
122	İlaç Yönetimi	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	GKG21-S.19.Z	2	İlgili dönemde, GRS üstünden yapılan uygulama aşamasındaki ilaç hata bildirim sayısı	Aylık	3 ay	Eczacı Kalite Yöneticisi	Eczane Kalite Departmanı	Bölüm Bazında İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı
123	İlaç Yönetimi	Advers Etki Görülme Oranı	S.20.Z	1%	Yatan hasta içi yazılan; Advers etki görülen order sayısı	Aylık	Aylık	Eczacı	Eczane	
124	İlaç Yönetimi	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	S.21.O	1%	İlaç etkileşimi görülen order sayısı/ İlgili dönemde yazılan order sayısı*100	Aylık	Aylık	Eczacı	Eczane	
125	İlaç Yönetimi	İmha Edilen İlaç Miktarı	S.22.O	<1 Kg	İlgili dönemde Miadı dolan ilaçların Mg/Kg olarak miktarı	3 Aylık	3 Aylık	Eczacı	Eczane	
126	İlaç Yönetimi	Mesai Dışı Eczane Açılma Sayısı	OH	0	Mesai dışı eczane açılma sayısı	Aylık	Aylık	Eczacı	Eczane	
127	Kalite Yönetimi	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	GKG01- Y.2.Z	%95	Sonuçlandırılan DÖF sayısı/Sonuçlandırılması planlanan DÖF sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Kalite Yöneticisi	Kalite Departmanı	1.Bölüm Bazında Kapatılan Düzeltici-Önleyici Faaliyet Sonuçlandırma Oranı
128	Kalite Yönetimi	Hedeflere Ulaşma Oranı	Y.1.Z	80%	(Ulaşılan hedef sayısı toplamı/ Toplam hedef sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Kalite Yöneticisi	Kalite Departmanı	
129	Kalite Yönetimi	Döküman Revizyon Sayısı	Y.3.Z	En az 10 adet doküman	Revize edilen toplam döküman sayısı.	Aylık	3 Aylık	Kalite Yöneticisi	Kalite Departmanı	
130	Kalite Yönetimi	Hatalı İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanım Sayısı	Y.4.Z	3	Hatalı yapılan toplam bildirim sayısı.	Aylık	3 Aylık	Kalite Yöneticisi	Kalite Departmanı	
131	Kalite Yönetimi	Yapılan İyileştirme Sayısı	OH	3	Tamamlanan iyileştirmelerin tamamı.	Aylık	4 Aylık	Kalite Yöneticisi	Kalite Departmanı	
132	Klinik Laboratuvarlar	Tekrar Alınan Numune Oranı	S.77.Z	0,1%	(Tekrar alınan numune sayısı/ Toplam numune sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
133	Klinik Laboratuvarlar	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	S.90.Z	0,5%	(Zamanında verilmeyen sonuç sayısı/ Toplam verilen sonuç sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1.Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre 2.Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre 3.Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre 3.1.Otomasyonun arızalı gün sayısı 3.2.Cihaz bazında arızalı olduğu gün sayısı 3.3.Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç ile İlgili Gecikmelerin Oranı
134	Klinik Laboratuvarlar	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	S.73.Z	%0	(Klinik laboratuvar testlerinde hatalı istem sayısı/Toplam istem sayısı)*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	

135	Klinik Laboratuvarlar	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	S.74.Z	%0	(Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Sayısı/ Toplam Numune Sayısı)*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1.Hatalı etiketlenen numune oranı 2.Hatalı numune kabı kullanılma oranı 3.Yetersiz numune oranı 4.Hemolizli numune oranı 5.Pıhtılı numune oranı 6.Belirlenen maksimum transfer süresini aşan numune oranı
136	Klinik Laboratuvarlar	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	S.75.Z	%0	Yanlış kimliklendirilmiş numune sayısı/toplam numune sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1-Numune Çalışılmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı 2-Numune Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
137	Klinik Laboratuvarlar	Kaybolan Numune Oranı	S.76.Z	0	Kaybolan numune sayısı/Toplam numune sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
138	Klinik Laboratuvarlar	Laboratuvara Teslim Edilmeyen Numunelerin Oranı	S.78.0	%0	Laboratuvara Teslim Edilmeyen Numunelerin Sayısı	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
139	Klinik Laboratuvarlar	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	S.80.Z	%0	Kontamine kabul edilen kan kültürü numunesi sayısı/toplam kan kültürü sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
140	Klinik Laboratuvarlar	Kan Kültürlerinde Kabul Edilmiş Protokollere Uygun Örnek Alım Oranı	S.81.0	%100	Uygun alınmış kan kültür sayısı/toplam kan kültür sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni	Laboratuvar	
141	Klinik Laboratuvarlar	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	S.82.Z	%2	Kontamine kabul edilen idrar kültürü numunesi sayısı/toplam idrar kültürü sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
142	Klinik Laboratuvarlar	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	S.83.Z	5 ve altı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
143	Klinik Laboratuvarlar	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	S.84.Z	40	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
144	Klinik Laboratuvarlar	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	S.87.Z	%1 ve altı	(Direk gram boyama ile son identifikasyonarasında uyumsuzluk tespit edilen kan kültürü sayısı/Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı) x 100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
145	Klinik Laboratuvarlar	Panik Değer Bildirim Oranı	S.98.Z	%100	Bildirimi yapılan toplam panik değer test sayısı/Toplam panik değer tespit edilen test sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
146	Klinik Laboratuvarlar	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı	S.91.Z	%1	Hatalı rapor sayısı/Toplam rapor sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	
147	Kurumsal İletişim	Ziyaret Edilen Firma Sayısı	OH	Ayda 10 firma ziyareti	İlgili dönemde ziyaret edilen toplam firma sayısı	aylık	3 ay	Kurumsal İletişim Uzmanları İşletme Direktör Yardımcısı	Kurumsal İletişim Departmanı İşlet Direktör Yardımcılığı	
148	Kurumsal İletişim	Satışı Yapılan Kapsamlı Check-Up Paketi	OH	Aylık 3 tane kapsamlı check-up satışı	İlgili dönemde toplam yapılan kapsamlı check-up sayısı	Aylık	3 aylık	Kurumsal İletişim Uzmanları İşletme Direktör Yardımcısı	Kurumsal İletişim Departmanı İşletme Direktör Yardımcılığı	
149	Kurumsal İletişim	Sosyal Medya Takipçi Sayısı	OH	Aylık 130 kişi	Sosyal Medya Takipçi Sayısı	Aylık	3 aylık	Basın Yayın Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Kurumsal İletişim Departmanı	1.Facebook Takipçi Sayısı 2.Twitter Takipçi Sayısı 3.Linkedin Takipçi Sayısı 4.Instagram Takipçi Sayısı 5.Youtube Takipçi Sayısı 6.Doğum Okulu Takipçi Sayısı 7.Diabet Okulu Takipçi Sayısı
150	Kurumsal İletişim	Basında Çıkan Haber Sayısı	OH	Aylık 26 tane haber	Yerel basında çıkan kurum haberlerinin toplamı	Aylık	3 aylık	Basın Yayın Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Kurumsal İletişim Departmanı İşletme Direktör Yardımcılığı	

151	Kurumsal İletişim	Youtube'da Yayınlanan Video Sayısı	OH	Aylık 10 tane video	Toplam paylaşılan video sayısı	Aylık	3 aylık	Basın Yayın Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Kurumsal İletişim Departmanı İşletme Direktör Yardımcılığı	
152	Kurumsal İletişim	Aylık Web Gösterim Sayısı	OH	Aylık 38.000 IMP	Google analytics raporlam sistemi üzerinden web sitesine gelen kişilerin ayak izi takibi yönetimi ile verilerin toplanması	Aylık	3 AY	Basın Yayın Sorumlusu İşletme Direktör Yardımcısı	Kurumsal İletişim Departmanı	1.Web sitesi kullanıcı sayısı 2.Bir kullanıcının ortalama gezdiği sayfa sayısı
153	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	GKG88	%0,1	(Mikrobiyoloji laboratuvar testlerinde reddedilen numune sayısı / Toplam numune sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	Reddedilen Numunenin Red Türüne Göre Oranları Reddedilen Numunenin Geldiği Bölüm
154	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı	GKG89	%0,1	(Kaybolan numune sayısı / Alınan toplam numune sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	Kaybolan Numunenin Kaybolma Nedeni
155	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	GKG94	2	(Kontaminasyon tespit edilen kan kültürü şişe sayısı/Toplam kan kültürü şişe sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	1.Kan Kültüründeki Gelişen Enfeksiyon Türü
156	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	GKG90	2	(İdrar kültürlerinde tespit edilen kontaminasyon sayısı/Toplam idrar kültürü sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	İdrar Kültüründeki Üremelerde Gelişen Enfeksiyon Türü
157	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	GKG91	%0	İlgili dönemde, iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında uygunsuzluk sayısı	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	1.Test Bazında İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
158	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	GKG92	%0	İlgili dönemde, dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk raporlanan test sayısı	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Laboratuvar Sorumlu Hekimi	Laboratuvar	1.Test Bazında İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
159	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	GKG95	%1	(Direk gram boyama ile son identifikasyonarasında uyumsuzluk tespit edilen kan kültürü sayısı/Bakteri üremesi tespit edilen kan kültürü sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	Uyumsuzluk Tespit Edilen Kan Kültüründe Üremenin Nedeni
160	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Kan Kültürlerinde Pozitif Sonuç Oranı	GKG96	%5	Pozitif çıkan toplam bakteri sayısı/Kan kültürü sayısı	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
161	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı	GKG97		İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Sayısı/Toplam Kan Kültürü Sayısı*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni	Laboratuvar	-
162	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Oranı	GKG98			Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
163	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Alındıktan Sonra 2 Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Oranı	GKG99	%0	Alındıktan Sonra 2 Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Sayısı/Toplam Alınan Kan Kültürü sayısı	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
164	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Kan Kültürlerinde Yalancı Pozitiflik Oranı	GKG100	%0		Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
165	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Pozitif Sinyal Veren Şişelerden İlk Yarım Saatte İşleme Alınan Şişe Oranı	GKG101					Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
166	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Akılcı Laboratuvar Uygulamaları Uyum Oranı	GKG93	%100	Kriterlere uyum sayısı/ Sağlık Bakanlığı Tetkik ve Teşhis Hizmetleri Dairesi Başkanlığı'nın Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi kapsamında yayınlanan kriter sayısı (birim, kritik değer, panik değer ve rapor düzeni)*100	Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
167	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre	GKG102			Aylık	3 AY	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni Mikrobiyoloji Uzmanı	Laboratuvar	
168	Odyometri	Tekrarlanan SFT İşlem Sayısı	OH	15	Tekrarlanan SFT İşlem Sayısı	Aylık	3 AY	Odyometrist	Odyometri	

169	Odyometri	Tekrarlanan Odyometri İşlem Sayısı	OH	0	Tekrarlanan Odyometri İşlem Sayısı	Aylık	3 AY	Odyometrist	Odyometri	
170	Perfüzyonist / Sağlık Hizmetleri	Anjiyografi Sonrası Bypass İşlemi Yapılan Hasta Oranı	S.32.Z	6% ve üzeri	(Anjio sonrası bypass olan toplam hasta sayısı/ Toplam anjiyografi olan hasta sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Perfüzyonist	Ameliyathane-Perfüzyonist	
171	Perfüzyonist / Sağlık Hizmetleri	Bypass İşleminde Ototolog Damarların Kullanılma Oranı	S.33.O	100%	(Bypass işleminden otolog damar kullanılan hasta sayısı/ Toplam yapılan bypass sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	Perfüzyonist	Ameliyathane-Perfüzyonist	
172	Radyasyon Güvenliği	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	GKG31-S.69.Z	%20	(Kontrast madde ile çekilen tomografi sayısı/ Toplam çekilen tomografi sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Radyoloji Sorumlu Teknisyeni Radyoloji Sorumlu Hekimi	Radyoloji	1.İç İstemlerde Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranının Toplam Tomografi Sayısına Oranı 2.Dış İstemlerde Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Sayısının Toplam Tomografi Sayısına Oranı
173	Radyasyon Güvenliği	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı	GKG32-S.70.Z	%1	(Tekrarlayan çekim sayısı/Toplam çekim sayısı) x100	Aylık	3 ay	Radyoloji Sorumlu Teknisyeni Radyoloji Sorumlu Hekimi	Radyoloji	1.Çocuk Hastalarda Tekrar Röntgen Çekim Oranı
174	Radyasyon Güvenliği	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı	S.72.O	0	Toplam çekilen hasta sayısı/ gebeler yapılan tetkik sayısı	Aylık	3 Aylık	Radyoloji Sorumlu Teknisyeni Radyoloji Sorumlu Hekimi	Radyoloji	
175	Risk Yönetimi	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)	Y.5.Z		İlgili dönemde gerçekleşen risk sayısı/Önceki yılın aynı döneminde gerçekleşen risk sayısı*100	Aylık	3 AY	Kalite Yöneticisi İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	Kalite Departmanı İş Sağlığı ve Güvenliği	
176	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Çalışan Memnuniyet Oranı	GKG11-Ç.1.Z	%80	(Evet Toplamı, Biraz/Kısmen Toplamı, Hayır Toplamı)	6 AY	6 AY	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	1.Çalıştığım Bölüm Konusunda Görüşlerim Dikkate Alınır. 2.Çalıştığım Kurumdan Ayrılmayı Hiç Düşünmem
177	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	GKG12-Ç.6.Z	0	Çalışanlara yönelik hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen sözel ve/veya fiziksel şiddet olayı sayısı	Aylık	3 ay	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	1.Bölüm Bazında Çalışanlara Yönelik Şiddet Sayısı
178	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	GKG13-Ç.5.Z	2	(Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı/Sağlık hizmeti sunulan alanlarda çalışan toplam personel sayısı)x100	Aylık	3 ay	Enfeksiyon Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	Bölüm Bazında Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
179	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	GKG14-Ç.4.Z	%2	Raporlanan kesici veya delici alet yaralanma sayıları toplamı / Sağlık hizmeti sunulan alanlarda çalışan toplam personel sayısı	Aylık	3 ay	Enfeksiyon Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri	Bölüm Bazında Kesici Delici Alet Yaralanma Oranı
180	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Personelin Devir Hızı	GKG15-GKG16-Ç.2.Z	%4	[Kurumdan ayrılan personel sayısı /(Dönem başındaki personel sayısı + Dönem sonundaki personel sayısı) / 2] x 100 [Bölüm değiştiren personel sayısı /(Dönem başındaki personel sayısı + Dönem sonundaki personel sayısı) / 2]] x 100	Aylık	3 ay	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	1. Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı 2. Kurumdan Ayrılan Personel Oranı 3. Bölüm Bazında Personel Devir Hızı 4. Hemşire Bölüm Değiştirme Oranı
181	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Ç.3.Z	2	(Kurumda mesleki eğitimine uygun bölümde çalış- mayan personel sayısı/Kurumda çalışan toplam personel sayısı) x 100	Aylık	3 ay	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	Unvan Bazında Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
182	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	GKG17-Ç.7.Z	%95	(Çalışanlara yönelik tamamlanan sağlık tarama işlemi sayısı/ Çalışanlara yönelik tamamlanması planlanan sağlık tarama işlemi sayısı) x 100	Aylık	3 ay	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	1.Bölüm Bazında Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı 2.Sağlık Taraması Yapılmayan Personel Sayısı
183	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Yıl İçinde Yapılan Motivasyon Uygulama Sayısı	OH	3	Yıl içinde yapılan motivasyon uygulama sayısı	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
184	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Fazla Mesai Maliyetleri	OH		Mesaiye kalan personel sayısının toplamı ve mesailer için ödenen ücretin toplamı.	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	

185	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Deneme Süresinde Vazgeçilen Kişi Oranı	OH	Yıllara Göre Ortalama 2017: %0,22 2018: %0,07	(Deneme süresinde vazgeçilen kişi sayısı/İlgili dönem içinde işe alınan toplam kişi sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yönetici	İnsan Kaynakları	
186	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	İş Gücü Kaybı Sayısı	OH	10 kişi ve altı	Ücretsiz doğum izni, doğum izninde olanlar(doğum raporu) daimi ve uzun süreli raporlu olan kişilerin toplam sayısı	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
187	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Çalışan Öneri Değerlendirme İle Yapılan İyileştirme Oranı	OH	50%	(Değerlendirme sonucu gerçekleştirilen öneri sayısı/ Toplam öneri sayısı)X100	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
188	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Kurumda Performans Değerlendirilmesi Sonucu Düşük Çıkan Kişi Oranı	OH	10%	(Performans değerlendirilmesinde düşük çıkan toplam kişi sayısı/Performans değerlendirmesi yapılan kişi sayısı)*100	Yıllık	Yıllık	İnsan Kaynakları Yöneticileri	İnsan Kaynakları	
189	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Disiplin Cezası Alan Kişi Sayısı	OH	1	Disiplin cezası alan toplam kişi sayısı	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
190	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Boş Kadronun Doldurulma Süresi	OH	5 İş Günü	Boş kalan kadroların toplam gün sayısı/Alınan kişi sayısı	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
191	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	İşten Çıkış Nedenlerinin İyileştirme Sayısı	OH	100%	İyileştirilen işten çıkış nedenlerinin toplamı	Aylık	3 Ay	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
192	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Kurum İçi Terfi Sayısı	OH	Yılda 2 Kez	Kurum içinde terfi alan kişi sayısı toplamı.	Aylık	3 Ay	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
193	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Yöneticilerden Kaynaklı Çıkış Oranı	OH	%0	Yöneticisi nedeni ile işten ayrılan kişi sayısı toplamı/Toplam işten çıkan kişi sayısı*100	Aylık	3 Aylık	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
194	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Çalışan Memnuniyet Anketi Doldurulma Oranı	OH	%70 ve üzeri	(Çalışan memnuniyet anketi dolduran kişi sayısı/ Toplam personel sayısı)*100	6 AY	6 AY	İnsan Kaynakları Yöneticisi	İnsan Kaynakları	
195	Satın Alma	İlaç Taleplerinin Temin Edilme Süresi	OH	Hedef 5 gün ve daha az olmalıdır.	(İlaç Temin Edilme Günü)/Temin edilen ilaç sipariş sayısı	Aylık	3 AY	Satınalma Sorumlusu	Satın Alma Departmanı	
196	Satın Alma	Cihaz Taleplerinin Temin Edilme Süresi	OH	En fazla 42 Gündür	(Cihaz Temin Edilme Günü)/Temin edilen cihaz sayısı	Aylık	3 AY	Satın Alma Sorumlusu	Satın alma Departmanı	
197	Satın Alma	Malzeme Taleplerinin Temin Edilme Süresi	OH	En fazla 7 iş günü	(Malzeme Temin Edilme Günü)/Temin edilen malzeme sayısı	Aylık	3 AY	Satın Alma Sorumlusu	Satın Alma Departmanı	
198	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	GKG127	%95	(Taburcu olan hastalarda eksiksiz doldurulan hasta dosyası sayısı/ Taburcu olan toplam hasta sayısı) x 100		3 ay	Arşiv görevlisi	Arşiv	Servis Bazında Eksiksiz Doldurulan Hasta Dosyası Oranı
199	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	Sağlık Kuruluna Dönen Toplam Rapor Oranı	GKG128			Aylık	3 AY			
200	Transfüzyon Hizmetleri	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünleri Oran	GKG30-S.23.Z	%1	İlgili dönemde imha edilen kan ve veya kan ürünü sayısı/Toplam Kan ürünü sayısı*100	Aylık	3 ay	Transfüzyon Merkezi Sorumlu Teknisyeni Transfüzyon Merkezi Sorumlu Hekimi	Transfüzyon Merkezi	Türüne Göre İmha Edilen Kan Miktarı
201	Transfüzyon Hizmetleri	Tam Kan Kullanım Oranı	OH	%5'in altı	Tam Kan Kullanım Sayısı/ Toplam kullanılan eritrosit sayısı x 100	Aylık	3 Aylık	Transfüzyon Merkezi Sorumlu Teknisyeni Transfüzyon Merkezi Sorumlu Hekimi	Tranfözyon Merkezi	
202	Transfüzyon Hizmetleri	Tranfözyona Bağlı Gelişen Reaksiyon Sayısı	S.24.Z	0	Tranfözyona bağlı gelişen reaksiyon sayısı	Aylık	3 Aylık	Transfüzyon Merkezi Sorumlu Teknisyeni Transfüzyon Merkezi Sorumlu Hekimi	Tranfözyon Merkezi	
203	Uyku Laboratuvarı	Uyku Laboratuvarı Tekrarlanan İşlem Sayısı	OH		Toplam Tekrarlanan İşlem Sayısı	Aylık	3 AY	Uyku Teknisyeni	Uyku Laboratuvarı	1.Tekrarlanan Polisomnografi İşlem Sayısı 2.Tekrarlanan EEG İşlem Sayısı
204	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı	S.46.Z	%3	(Yenidoğan Yoğun bakım ünitesinde ölen hasta sayı- sı/Yoğun bakım ünitesinde 1 önceki aydan devreden hasta + 1 ay içinde yatan toplam hasta sayısı)x100	Aylık	3 ay	Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yenidoğan Yoğun Bakım	Hastalık şiddetine göre Beklenen Martalite Oranı

205	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	Yenidoğan Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	S.51.O	%2<	(Taburcu ya da sevk sonrası 48 saat içinde aynı hastalık ya da komplikasyon nedeniyle yeniden yatış yapan hasta sayısı/ Taburcu ya da sevk edilen)	Aylık	3 ay	Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yenidoğan Yoğun Bakım	
206	Yoğun Bakım Ünitesi	Yoğun Bakım Ünitesinde Basıncı Yarısı Oranı	GKG40	3	(Yoğun bakım ünitesinde gelişen bası üleri sayısı/ Yoğun bakım ünitesinde toplam yatış gün sayısı) x100	Aylık	3 AY	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Yetişkin Yoğun Bakım	Dışardan Bası Üleri ile Gelen Hasta Oranı Risk Düzeyi 12 ve Altında Çıkan Hastalarda Oluşan Bası Üleri Oranı
207	Yoğun Bakım Ünitesi	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	GKG41-S.47.Z	%30	(Yoğun bakım ünitesinde ölen hasta sayısı/ Yoğun bakım ünitesinde 1 önceki aydan devreden hasta + 1 ay içindeyatan toplam hasta sayısı)x100	Aylık	3 ay	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	Hastalık Şiddetine Göre Beklenen Mortalite Oranı
208	Yoğun Bakım Ünitesi	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	GKG42- S.49.O	2	(Taburcu ya da sevk sonrası 48 saat içinde aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle yeniden yatışı yapılan hasta sayısı/Taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı) x 100	Aylık	3 ay	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yeni Doğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Yetişkin Yoğun Bakım Yeni Doğan Yoğun Bakım	Tanı Bazında 48 Saat İçinde Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
209	Yoğun Bakım Ünitesi	İskemik İnmede Vaka- Ölüm Oranları	S.58.O	<%1	(İskemik inmede vaka-ölüm sayısı / İskemik inme ile gelen hasta sayısı) x100	Aylık	3 Aylık	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	
210	Yoğun Bakım Ünitesi	Hemorajik İnme Vaka-Ölüm Oranları	S.59.O	<%1	(Hemorojik inmede vaka- ölüm sayısı / hemorojik inme tanısı ile gelen hasta sayısı) X100	Aylık	3 Ay	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	
211	Yoğun Bakım Ünitesi	Serebrovasküler Hastalık Sonrası Sekel Görülme Oranı	S.60.O	<%1	(SVH sonrası sekel görülen hasta sayısı/ SVH tanısıyla gelen hasta sayısı) X100	Aylık	3 Aylık	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	
212	Yoğun Bakım Ünitesi	Statin Reçete Edilerek Taburcu Edilen İnme Hastası Oranı	S.56.O	100%	(Statin reçete edilerek taburcu edilen inme hastası sayısı/ inme tanısıyla gelen hasta sayısı) x100	Aylık	3 Aylık	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	
213	Yoğun Bakım Ünitesi	Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı	GKG43			Aylık	3 AY	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi ve Sorumlu Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	
214	Yoğun Bakım Ünitesi	Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezine Bildirilen Beyin Ölümü Oranı	GKG44			Aylık	3 AY	Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi ve Hekimi	Yetişkin Yoğun Bakım	

*Veriler, veri toplama periyoduna göre toplanır; veri analizi periyoduna göre Kalite Departmanı tarafından analizi yapılır.

**Gösterge Kodu OH:Kurumun belirlediği göstergeler; GK...:SKS Göstergeleri; Diğer kodlamalar:SAS Göstergelerini ifade etmektedir.