

GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

**SAS Hastane Seti
(v4.0/2025)**



SAS Hastane Seti (v4.0/2025) Gösterge Yönetimi Rehberi

ISBN: 978-625-92003-1-6

Yazarlar – TÜSEB

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bu rehber hazırlanırken, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0)'nden yararlanılmıştır.

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir. Enstitünün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
E-posta: tuskastandart@tuseb.gov.tr
Web: <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/>

Editörler

Ümit KERVAN, Prof. Dr.

Bayram DEMİR, Doç. Dr.

Hazırlayanlar

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.

Alper YAVUZ, Doç. Dr.

Ayhan KALYONCU, Uzm. Dr.

Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK, Prof. Dr.

Bayram DEMİR, Doç. Dr.

Büşra BOZKURT, Uzm.

Dilek TARHAN, Uzm. Dr.

Evren EKİNGEN, Doç. Dr.

Filiz DENİZLİ ERGEN, Uzm. Dr.

Gül ENGİNTEPE, Hem.

Gülcan COŞKUN AKAR, Prof. Dr.

Hasan GÜLER, Dr.

Hasip YALÇIN, Müh.

Keziban AVCI, Prof. Dr.

Murat SOLMAZ, Uzm. Dr.

Ömer KURNAZ, Dr.

Özlem AKBULUT, Uzm.

Serkan DEDEOĞLU, Doç. Dr.

Seval ÇİFTÇİ, Uzm. Hem.

Sıla AKÇA, Dt.

Tülin ŞEN ESMER, Prof. Dr.

Umut BEYLİK, Prof. Dr.

Yonca ÖZATKAN, Dr. Öğr. Üyesi

Yasemin KURUMLU, Dr.

Zuhal ÇAYIRTEPE, Dr.

* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

SUNUŞ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında en etkili araçlardan biri, doğru şekilde tanımlanmış ve düzenli olarak izlenen kalite göstergeleridir. Kalite göstergeleri, sunulan sağlık hizmetlerinin performansını ölçülebilir hâle getirerek karar verme süreçlerinin nesnel verilere dayandırılmasını ve sürekli iyileştirme faaliyetlerinin etkin biçimde yürütülmesini amaçlamaktadır. Bu kapsamda gösterge yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ile hizmet kalitesinin geliştirilmesinde kritik bir rol üstlenmektedir.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından geliştirilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti (v4.0/2025) kapsamında tanımlanan göstergeler; sağlık tesislerinde yürütülen klinik, yönetsel ve destek süreçlerinin bütüncül bir yaklaşımla izlenmesini, analiz edilmesini ve iyileştirme alanlarının belirlenmesini hedeflemektedir. Bunun yanında gösterge yönetimi, ulusal kalite standartları ile uluslararası kalite ve hasta güvenliği uygulamaları arasında uyumlu bir yapı oluşturulmasını mümkün kılmaktadır. Sağlık tesislerinin hizmet profilleri doğrultusunda göstergeleri yorumlaması ve elde edilen sonuçları iyileştirme çalışmalarına yansıtması, kurumsal kalite kültürünü güçlendirmektedir. Göstergeler vasıtasıyla sağlık tesisleri, mevcut performans düzeylerini önceden belirlenmiş hedeflerle karşılaştırabilmekte ve gelişim alanlarını takip edebilmektedir.

Bu Rehber ile sağlık tesislerinde ölçme ve değerlendirme süreçlerinin güçlendirilmesi, sunulan hizmetlerin sürekli geliştirilmesi ve sağlık tesisleri için yol gösterici bir kaynak olması hedeflenmektedir.

Rehberin tüm paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederiz.

Doç. Dr. Bayram DEMİR
TÜSKA Başkanı

Giriş

TÜSKA akreditasyon programları; hasta güvenliği, klinik etkinlik, yönetim, risk yönetimi ve kurumsal performans alanlarında ölçülebilir, izlenebilir ve karşılaştırılabilir göstergelerin kullanılmasını esas almaktadır. Etkili bir gösterge yönetim sistemi, sağlık tesislerinin mevcut durumunu objektif verilerle ortaya koymasına imkân sağlamaktadır. Ayrıca kurumsal süreçlerin tanımlanmasına, düzenli olarak izlenmesine, güçlü yönlerin belirlenmesine ve iyileştirmeye açık alanların sistematik biçimde tespit edilmesine katkı sunmaktadır. Bu bağlamda, sağlık tesisleri için belirlenmiş göstergeler, standartlara uyumun izlenmesi, standartların karşılanma düzeyinin değerlendirilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından etkili bir yönetim aracı olarak değerlendirilmelidir.

Rehberde standartlarla ilişkili göstergelerin belirlenmesi, ölçüm yöntemi, veri toplama ve doğrulama süreçlerinin yapılandırılması, analiz ve raporlama mekanizmalarının geliştirilmesi ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Bunun yanı sıra, kurumların akreditasyon hazırlık düzeylerinin güçlendirilmesi, kalite yönetim sistemlerinin etkinliğinin artırılması ve kurumsal olgunluk düzeylerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Rehber, yöneticiler, kalite yönetim birimleri ve akreditasyon ekipleri için uygulamaya yönelik temel bir başvuru kaynağı niteliği taşıdığı gibi kurumsal düzeyde kalite ve ölçüm kültürünün yerleşmesine de katkı sağlayacaktır.

1. Gösterge Yönetiminin Amaç ve Önemi

Sağlık tesislerinde kalite, sunulan hizmetlerin güvenli, doğru, ölçülebilir ve sürekli iyileştirilebilir olmasıyla önem kazanmaktadır. Gösterge yönetimi, sağlık hizmeti boyutlarının nesnel verilerle izlenmesini sağlayan temel kalite araçlarından biridir. Göstergeler, sağlık hizmeti sunum süreçlerini ölçülebilir hale getirerek, kalite yönetim çalışmalarına yön veren somut çıktılar sağlamaktadır. Bu yaklaşım, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği başta olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde sürekli kalite iyileştirme anlayışını destekler. Ayrıca kurumsal ölçekte hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkelerinin güçlenmesine katkı sağlar.

2. Gösterge Yönetiminin Kapsamı ve Temel Yaklaşım

Etkili bir gösterge yönetimi yapısı, kurum tarafından takip edilecek göstergeler; kurumun hizmet yapısı, hasta profili ve risk alanları dikkate alınarak, bölüm yöneticileri ile kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir. Güvenilir veri kaynaklarının kullanılması ve veri toplama yöntemlerinin açık, herkes tarafından aynı şekilde uygulanabilir olması esastır. Bu nedenle çalışanların sürece katılımı ve işin amacına ilişkin farkındalıklarının sağlanması gerekir. Göstergelerin farklı zamanlarda aynı hesaplama yöntemiyle ölçümü ve zaman dilimleri arası karşılaştırılabilir olması hedef değere ilişkin değerlendirmelerin doğru yapılabilmesini sağlar. İhtiyaç duyulan detaylı analizlere ulaşmak için kullanılacak olan alt göstergeler ise, hedefe yönelik iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasına katkı sağlayabilir.

Standart setinin yapısı itibarıyla sadece bu rehberde belirlenen göstergeler dışında sağlık tesisi kendi hizmetlerini iyileştirmeye hizmet edecek veyahut yapılan işin niteliğine ve yürütülen sürecin özelliğine göre ilave göstergeler tanımlayıp izleyebilir.

3. Gösterge Kartlarının Oluşturulması

Gösterge kartları, her bir göstergenin standart, anlaşılır ve operasyonel tanımlanmasını sağlayan temel dokümanlardır. Bir gösterge kartında; göstergenin tanımı, amacı, hesaplama yöntemi, veri kaynağı ve analiz periyodu açık şekilde yer almalıdır.

Bu bilgiler, göstergenin tüm paydaşlar tarafından aynı şekilde anlaşılmasını ve uygulanmasını sağlar. Gösterge kartlarının açık ve sade bir dil ile hazırlanması ise değerlendirme sürecinin sağlıklı yürütülmesini mümkün kılar.

4. Göstergelerin İzlemesi, Değerlendirme Süreci ve İyileştirme Faaliyetleri

Gösterge izleme süreci; belirlenen periyotlarda verilerin toplanması, hesaplanması ve analiz edilmesi aşamalarını içerir. Her bir gösterge için veri toplama ve analiz periyotları farklılık arz edebilir.

Gösterge sonuçları, belirlenen hedef değerler ile karşılaştırılarak değerlendirilmelidir. Hedef değerler, sağlık tesisinin mevcut durumu ve iyileştirme planı dikkate alınarak belirlenir. Hedeflerin kalite çalışmalarında süreklilik açısından düzenli olarak gözden geçirilmesi gösterge yönetiminin dinamik bir yapıda olmasını sağlar. Bu yönüyle gösterge yönetiminde temel amaç belirlenen hedefler üzerinden iyileştirme faaliyetlerinin uygulanması ve etkinliğinin sürekli izlenmesidir.

5. Değerlendirme Dışı ya da Takip Edilmeyen Göstergeler

Rehberde yer alan herhangi bir göstergenin, kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi ya da mevzuatı gereği sağlık tesisinde uygulanamaması gibi durumlarda ilgili göstergeler takip edilmez. Bunun yanı sıra, gösterge kartları bazında yer alan “Alt Göstergeler”in takibi zorunlu değildir. Sağlık tesislerine ilgili alanda detaylı etüt etme ve rehberlik etmek amacıyla sunulmuştur.

6. Diğer Hususlar

Bu rehberde yer alan göstergelerin bir kısmı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0)’nde benzer isimle bulunmaktadır. Dolayısıyla, benzer göstergeler ikame olarak kullanılabilecektir.

SAS Hastane Seti (v4.0/2025) Gösterge Listesi



**SAS Hastane Seti v4
Gösterge Listesi**

Sıra No.	Gösterge Adı
1	Hedeflere Ulaşma Oranı
2	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı
3	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
4	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
5	Çalışan Memnuniyet Oranı
6	Personel Devir Hızı
7	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
8	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
9	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
10	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
11	Çalışan Sağlık Gözetimlerinin Tamamlanma Oranı
12	Hasta Memnuniyet Oranı
13	Basıncı Yarası Görülme Oranı
14	Yoğun Bakım Ünitesinde Basıncı Yarası Görülme Oranı
15	Hasta Düşme Oranı
16	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı
17	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı
18	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı
19	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı
20	Cerrahi Profilaksizde Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
21	El Hijyeni Uyum Oranı
22	El Antiseptiği Tüketim Oranı

23	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı
24	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı
25	İmha Edilen İlaç Oranı
26	İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı
27	Kan ve Kan Bileşeni Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı
28	Hastane Mortalite Oranı
29	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
30	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
31	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
32	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
33	Sezaryen Oranı
34	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
35	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
36	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Oranı
37	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi
38	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı
39	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
40	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
41	Kaybolan Numune Oranı
42	Tekrar Alınan Numune Oranı
43	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
44	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
45	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı
46	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı
47	Panik Değer Bildirim Oranı
48	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
49	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı

50	Laboratuvarlarda Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı
51	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı
52	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
53	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Kullanım Oranı
54	Postoperatif Sepsis Oranı
55	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı
56	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
57	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
58	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
59	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı
60	Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi
61	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
62	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre
63	Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
64	Aktif Cihaz Oranı
65	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı
66	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı
67	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı
68	Hemodiyaliz Hastalarında Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
69	Hemodiyaliz Hastalarında Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
70	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
71	Hemodiyaliz Hastalarında Eritropoetin Kullanım Oranı
72	Hemodiyaliz Hastalarında Ortalama Hb Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı
73	Hemodiyaliz Hastalarında HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
74	Hemodiyaliz Hastalarında Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı

75	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hasta Oranı
76	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
77	Hemodiyaliz Hastalarında Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
78	Fissür Sealant (Örtücü) Uygulama Oranı
79	Tekrar Alınan Diş Protezi Ölçü Oranı
80	Reddedilen Diş Protezi Ölçü Oranı
81	Kaybolan Ölçü Oranı
82	Kaybolan Protez Oranı
83	Zamanında Teslim Edilmeyen Diş Protezi Oranı
84	Ortalama Hasta Yatış Süresi
85	Yatak Doluluk Oranı
86	Laboratuvar Giderlerinin Toplam Tahakkuk Geliri Payı
87	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
88	Personel Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
89	Bütçe Denklik İndeksi
90	Klinik Rehber, Kılavuz Ve Protokollere İlişkin Rastgele İncelenen Vaka Sayısı
91	Sürdürülebilirlik Eğitimi Katılım Oranı
92	Atık Azaltım Oranı
93	Geri Dönüştürülen Atık Oranı

SAS

HASTANE SETİ

(v4.0/2025)

GÖSTERGE KARTLARI



 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hedeflere Ulaşma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hedeflere Ulaşma Oranı		
Tanım	İlgili dönemde sağlık hizmet sunumuna yönelik tanımlanmış olan göstergelerden hedefleri gerçekleşen göstergelerin, toplam hedef sayısına oranını gösteren performans göstergesidir		
Amaç	Kurumda gösterge kartları için belirlenen hedef değerlerin analizinin yapılması ve gerekli iyileştirmelerin sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	Gösterge hedef ve sonuçları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Gerçekleşen hedef sayısı}}{\text{Belirlenen toplam hedef sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Üst yönetim kararıyla onaylanmış gösterge bazındaki hedef değerler dikkate alınır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde sonuçlandırılan düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin, aynı dönemde sonuçlandırılması planlanan toplam DİF sayısına oranını ifade eden performans göstergesidir. Düzeltilici İyileştirici Faaliyet (DİF): Sağlık hizmet sunum veya destek süreçlerinde tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi, süreç performansının geliştirilmesi ve risklerin azaltılması amacıyla planlanan iyileştirme faaliyetleridir.		
Amaç	Kurumda tespit edilen uygunsuzlukların ve geliştirmeye açık alanların zamanında ele alınma ve sonuçlandırılma düzeyinin izlenmesi, iyileştirme faaliyetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirme kültürünün geliştirilmesine katkı sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sonuçlandırılan DİF sayısı}}{\text{Toplam DİF sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Önceki değerlendirme döneminde sonuçlandırılması planlandığı halde tamamlanmayan ve sonraki dönemde kapatılan DİF'ler, ilgili dönemin hesaplamasına dahil edilmez. • Bir sonraki değerlendirme döneminde kapatılması planlanan ancak planlanan süreden önce sonuçlandırılan DİF 'ler, planlandığı dönemin hesaplamasına dahil edilir. • DİF'lere gerekçesi belirtilmek kaydıyla ek süre verilebilir. Verilen ek süre tarihleri planlanan yeni DİF sonuçlandırma tarihi olarak kabul edilir. Böylelikle bir sonraki hesaplama tarihi ile dikkate alınır. • Toplam DİF sayısı, ilgili dönemde açılan ve kapanması planlanan toplam DİF sayısını ifade eder.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde gerçekleştirilen kurumsal eğitim faaliyetlerine personelin katılım oranını gösteren performans göstergesidir.		
Amaç	Kurumda planlanan eğitim faaliyetlerine personel katılım düzeyinin izlenmesi, mesleki ve kurumsal gelişimin desteklenmesi ve eğitim planlamasının etkinliğinin değerlendirilmesidir.		
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları, katılım listeleri, eğitim planları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eğitimlere katılan personel sayısı}}{\text{Katılması planlanan toplam personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	- Hekimlerin planlanan eğitimlere katılma oranı - Hemşirelerin planlanan eğitimlere katılma oranı - Diğer sağlık personelinin planlanan eğitimlere katılma oranı		
Açıklama	- Gösterge kapsamında, kurumun kalite ve hizmet süreçleriyle ilişkili planlı eğitim faaliyetleri esas alınır. - Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. - Alt gösterge gruplarına ilişkin veriler, ilgili personel grupları bazında izlenir ve raporlanır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde planlanan eğitimlerin gerçekleştirilme düzeyini belirten orandır.		
Amaç	Kurumun eğitim planının etkinliğinin izlenmesi, eğitim faaliyetlerinin sürekliliğinin takip edilmesini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Eğitim birimi kayıtları, yıllık eğitim planı, eğitim gerçekleşme tutanakları/raporları/imza listesi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Gerçekleştirilen eğitim sayısı}}{\text{Planlanan eğitim sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- SAS'ta yer alan eğitimler esas alınmalıdır. - Uyum ve oryantasyon eğitimleri gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Çalışan Memnuniyet Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışan Memnuniyet Oranı		
Tanım	“Çalışan Geri Bildirim Anket”leri esas alınarak ve/veya hastane tarafından gerçekleştirilen anketlerin soru bazında analizini ifade eder.		
Amaç	Kurumda çalışan memnuniyet düzeyinin izlenmesi, çalışma ortamı ve insan kaynakları uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve çalışan odaklı iyileştirme faaliyetlerinin planlanmasına katkı sağlanmasıdır.		
Veri Kaynağı	İlgili anketler		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{“Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen çalışan sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Personel Devir Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Personel Devir Hızı		
Tanım	Kurumda çalışan personelin kurumdan ayrılma oranı ve nedenlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır.		
Amaç	Personelin kurumdan ayrılma nedenleri analiz edilerek, ilgili iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanır.		
Veri Kaynağı	İnsan kaynakları kayıtları, özlük dosyaları, atama ve ayrılış belgeleri		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kurumdan ayrılan personel sayısı}}{\text{Toplam aktif çalışan personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	Meslek bazında kurumdan ayrılan personel oranı		
Açıklama	- İstifa, terk, işten çıkarılma, başka kuruluşa tayinler dâhil edilir. Emeklilik, askerlik, sağlık raporu, eş durumu tayinleri ve ölüm vb. nedenlerle ayrılma durumunda olanlar kapsam dışı tutulur. - Toplam aktif çalışan hesaplamasında ilgili dönemdeki en yüksek personel sayısı alınmalıdır. (Örneğin, 6 aylık dönemde aylık personel sayılarının 500, 550, 500, 505, 545, 555 olduğu görüldüğünde dönemin en yüksek değeri olan 555 gösterge hesaplamasında kullanılmalıdır). - Meslek bazında takip edilecek asgari kategoriler; - Hekim - Hemşire - Diğer sağlık çalışanları - Temizlik personeli		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Mesleki Eğitime Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Mesleki Eğitime Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı		
Tanım	Personelin mesleki eğitime (diploma) uygun bölüm/birimde çalıştırılma durumunu belirten orandır.		
Amaç	Kurumda çalışanların mesleki eğitime (diplomasına) uygun birimlerde istihdam edilmesini sağlamak, hizmet sunum kalitesini ve çalışan memnuniyetini desteklemek amacıyla uygun olmayan görevlendirmelerin izlenmesidir.		
Veri Kaynağı	İnsan kaynakları kayıtları, özlük dosyaları, diploma ve mezuniyet belgeleri, görev tanımları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Mesleki eğitime uygun olmayan birimde çalışan personel sayısı = $\frac{\text{Kurumdaki toplam personel sayısı}}{\text{Mesleki eğitime uygun olmayan birimde çalışan personel sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Mevzuat, kurum içi yetkilendirme ve kişinin talebi ile görevlendirilmiş personel, mesleki eğitime uygun kabul edilir. - Geçici görevlendirmeler, izin, rapor, acil hizmet ihtiyacı vb. gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı		
Tanım	Belirlenen dönemde tıbbi süreçlerde çalışan personelin kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamaya, konu ile ilgili iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır. Kesici/Delici Alet Yaralanması: İğne, bistüri, ampul, cam, lanset ve benzeri kesici veya delici tıbbi aletler nedeniyle meydana gelen ve çalışan sağlığını riske sokan yaralanmalardır.		
Amaç	Kurumda kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığını, şeklini ve nedenini izleyerek, çalışan güvenliğini artırmaya yönelik iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kesici/delici alet yaralanma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	- Meslek bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı - Klinik/birim/ünite bazında kesici-delici aletle yaralanma oranı		
Açıklama	- Toplam çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dahil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. - Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde sağlık hizmet sunum süreçlerinde çalışan personelin kan ve/veya vücut sıvılarına maruz kalma olaylarının sıklığını, şeklini ve nedenini izlemeye yönelik geliştirilmiş ölçüm aracıdır. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet: Sağlık hizmetleri sunumu sırasında kan, serum, plazma, idrar, tükürük ve benzeri vücut sıvılarının çalışanla temas etmesi sonucu oluşan riskli durumlardır.		
Amaç	Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sıklığı, şekli ve nedenlerine yönelik analizler yaparak çalışan güvenliğinin artırılmasına yönelik önleyici ve iyileştirici uygulamaların hayata geçirilmesini sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Toplam çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dahil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde hastane ve hastanede sunulan hizmetler sırasında çalışanlara yönelik gerçekleşen fiziksel, sözel veya psikolojik şiddet olaylarını izlemeye yönelik göstergedir.		
Amaç	Çalışanlara yönelik şiddet olaylarının sıklığını izlemek, çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirmek ve şiddetin önlenmesine yönelik iyileştirme faaliyetlerini desteklemektir.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen şiddet olayı sayısı}}{\text{Toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Toplam çalışan personel sayısına; hizmet alımı yoluyla görevlendirilen personel, stajyer ve intern öğrenciler dahil edilir. İdari görevde çalışan personel ile geçici görev ve ücretsiz izinde olan personel kapsam dışı tutulur. • Bu çerçevede SKS kapsamında takip edilen göstergeler de takip edilir. Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen göstergeler (Bakanlık tarafından yayınlanan göstergeler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Çalışan Sağlık Gözetimlerinin Tamamlanma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Çalışan Sağlık Gözetimlerinin Tamamlanma Oranı		
Tanım	İlgili değerlendirme döneminde, çalışanlara yönelik planlanan periyodik sağlık taramalarını eksiksiz olarak tamamlayan personel oranını ifade eder.		
Amaç	Kurumda çalışan sağlığının korunması ve geliştirilmesi, mesleki risklerin erken dönemde tespit edilmesi ve mevzuat kapsamında öngörülen sağlık taramalarının uygulanma düzeyinin izlenmesidir.		
Veri Kaynağı	İşyeri hekimi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sağlık taramalarını tamamlayan çalışan sayısı}}{\text{Sağlık taraması kapsamındaki toplam çalışan sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge, hastane bünyesinde fiilen görev yapan tüm çalışanları kapsar. - Göstergeye ilişkin değerlendirme yapılan yıl içinde, kuruluştaki en az altı (6) ay süreyle görev yapmış olan personel hesaplama kapsamına dahil edilir. - Kuruma ilk defa görevlendirilen personel, altı (6) aylık süre şartı aranmaksızın sağlık gözetimi programı kapsamına alınır ve gösterge hesaplamasında dikkate alınır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hasta Memnuniyet Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hasta Memnuniyet Oranı		
Tanım	Hasta memnuniyet oranı kurum tarafından uygulanan “Hasta Deneyim Anket”leri veya ayrıca kurum tarafından geliştirilmiş ve uygulanan anketlerin analizini ifade eder.		
Amaç	Hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin hasta ya da gerekli durumlarda hasta yakınının memnuniyet düzeyinin analiz edilmesi ve geribildirim sonucu sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik iyileştirme alanlarının belirlenmesidir.		
Veri Kaynağı	Hasta memnuniyet/deneyim anketleri		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; “Memnun/katılıyorum” ve üzeri olarak değerlendirilen hasta sayısı $= \frac{\text{Ankete katılan toplam hasta sayısı}}{\text{Ankete katılan toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Kurum tarafından aynı kapsamda takip edilen anketler (Bakanlık tarafından yayınlanan anketler vb.) ikame olarak kullanılabilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Basınç Yarası Görülme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Basınç Yarası Görülme Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde, hastane kliniğinde (yoğun bakım hariç) yatarken basınç yarası gelişen veya evresi artan hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Hastane kaynaklı basınç yaralarının sıklığını izlemek, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin artırılmasını sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta dosyaları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı}}{\text{Yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki aydan devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Klinik bazında basınç yarası gelişme oranı - Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı - Yeni gelişen (evre I) basınç yarası oranı		
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında, yatış sırasında mevcut olduğu tespit edilen basınç yaraları değerlendirme dışı bırakılır. Ancak yattığı süre içerisinde basınç yarası evresinin artması halinde hesaplama dahil edilir. - Hastalar kliniğe yatışından itibaren (48 saatten önce taburculuğu planlanan mobil hastalar hariç) ilk 8 saat içerisinde basınç yarası açısından değerlendirilmeli ve risk ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Görülme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Görülme Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde yoğun bakım ünitesinde yatarken basınç yarası gelişen veya evresi artan hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Hastane kaynaklı basınç yaralarının sıklığını izlemek, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin artırılmasını sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta dosyaları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Evre II ve üzeri basınç yarası gelişen hasta sayısı}}{\text{Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki aydan devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Risk düzeyine göre basınç yarası gelişme oranı - Vücut bölgesi bazında basınç yarası gelişme oranı - Yeni gelişen (evre I) basınç yarası oranı		
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında, yatış sırasında mevcut olduğu tespit edilen basınç yaraları değerlendirme dışı bırakılır. - Evre II ve üzerindeki basınç yaraları (yeni gelişen veya evresi artan) paya dahil edilmelidir. - Hastalar yoğun bakım ünitesine yatışından itibaren ilk 8 saat içerisinde değerlendirilmeli ve ölçüm aracı puanına göre önlem alınmalıdır. - Kurumda birden fazla yoğun bakım ünitesi varsa her bir üniteye ayrı ayrı takip yapılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hasta Düşme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hasta Düşme Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde sunulan sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen hasta düşmelerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçüm aracıdır.		
Amaç	Yatan ve ayaktan hastalar dâhil olmak üzere tüm hasta gruplarında düşme olaylarının izlenmesi, riski yüksek olan hasta gruplarının belirlenmesi hasta güvenliğine yönelik uygulamalarının etkinliğinin artırılması ile hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesini amaçlamaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam hasta düşme sayısı}}{\text{Yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki aydan devreden hasta sayısı} + \text{ayaktan toplam başvuru sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	• Ayaktan hasta düşme oranı • Yatan hasta düşme oranı • Düşme zamanına göre hasta düşme oranı • Yaş gruplarına göre çocuklarda düşme oranı		
Açıklama	• Ayaktan başvuru sayısına, tüm ayaktan hasta başvuruları (poliklinik, acil servis, diyaliz, günübirlik vb.) dâhil edilir. • Hesaplama düşme olay bildirimleri esas alınır. • Gerçekleşen tüm düşme olayları “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi”ne raporlanmalıdır. • Çocuklarda yaş grupları aşağıdaki şekilde hesaplanacaktır; 0 – 3 yaş, 4 – 7 yaş, 8 – 11 yaş, 12 – 18 yaş		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı		
Tanım	Hastanede sunulan sağlık hizmetleri sırasında santral venöz kateter kullanımı ile ilişkili olarak gelişen kan dolaşımı enfeksiyonlarının sıklığını izlemeye yönelik hasta güvenliği ve enfeksiyon kontrol göstergesidir.		
Amaç	Santral venöz kateter uygulamalarına bağlı gelişebilecek enfeksiyon risklerini izlemek, hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu} = \frac{\text{gelişen hasta sayısı}}{\text{Santral kateter kullanım gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. - Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. - Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır. - Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında üriner kateter kullanımı ile ilişkili olarak gelişen üriner sistem enfeksiyonlarının sıklığını izlemek amacıyla kullanılan enfeksiyon kontrol ve hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	Üriner kateter uygulamalarına bağlı gelişen enfeksiyon risklerini izlemek, hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu sayısı}}{\text{Üriner kateter kullanım gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. - Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım servislerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. - Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır. - Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında ventilatör kullanımı ile ilişkili olarak gelişen pnömoni sıklığını izlemek amacıyla kullanılan enfeksiyon kontrol ve hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	Ventilatör kullanımına bağlı gelişen pnömoni olaylarını analiz ederek hasta bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik uygulamaların etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Ventilatör ilişkili pnömoni sayısı}}{\text{Ventilatör kullanım gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Her yoğun bakım ünitesi kendi içinde ve kendi branş grubunda değerlendirilmelidir. - Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre 1. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı zorunluluğu yoktur. - Son üç aylık invaziv araç kullanım günü 150 ve üzerinde olan 2. basamak yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılır. - Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, belirli prosedürlerde gerçekleşen cerrahi işlemler sonrasında gelişen cerrahi alan enfeksiyonunu ifade eder.		
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının ortaya çıkma sıklığını izlemek, cerrahi bakım süreçlerinin hasta güvenliği ve enfeksiyon kontrolü açısından etkinliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi alan enfeksiyonu sayısı}}{\text{Seçilen prosedüre ilişkin cerrahi girişim sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Prosedür bazında cerrahi alan enfeksiyonu oranı		
Açıklama	- Yataklı tedavi kurumlarında hasta yatağı sayısı dikkate alınarak ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı aşağıda sunulmuştur; ✓ 0 - 50 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 1, ✓ 51 - 100 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 2, ✓ 101 - 500 yatak kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 5, ✓ 501 ve üzeri kapasiteli yataklı tedavi kurumlarında en az 6, - Özel dal hastanelerinde kendi branşı ile ilgili en az 1 ameliyat tipinde yapılmalıdır. - Ameliyat tipine özgü CAE sürveyansında takip edilecek ameliyatlara belirlenirken kurum bünyesinde koroner arter by-pass, diz ve kalça protezi ameliyatlarında yıllık 50 ve üzeri ameliyat yapılıyorsa bu ameliyatların takibe dahil edilmesi, - Solid organ nakli yapılan merkezlerde ameliyat sayısına bakılmaksızın tüm organ nakli ameliyatlarının takip edilmesi,		

- Takip edilecek ameliyatların Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi’nde yer alan tablodan seçilerek belirlenmesi gerekmektedir.
- Bkz. [Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi](#)
- Bkz. [Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sürveyansı](#)

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı		
Tanım	Seçili cerrahi işlemlerde uygulanan antibiyotik profilaksisinin kriterlere uygunluk oranını ifade eder.		
Amaç	Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan profilaksilerin standartlara uygun şekilde yapılması ve akılcı ilaç uygulamalarının yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Uygun şekilde gerçekleştirilen cerrahi profilaksi sayısı}}{\text{Seçilen cerrahi prosedürlerde uygulanması gereken toplam cerrahi profilaksi sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans standartlarına göre kurumların takip edecekleri minimum ameliyat sayıları belirlenmiştir. • Profilaksi uygunluk değerlendirmesi; antibiyotik adı, uygulama zamanlaması ve kullanım süresi yönlerinden, kurumun cerrahi profilaksi rehberi esas alınarak yapılır. • Bkz. Ulusal Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi • Bkz. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sürveyansı		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	El Hijyeni Uyum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	El Hijyeni Uyum Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde endikasyonlara uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni uygulamalarının oranını ifade eder.		
Amaç	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların azaltılması, hasta ve çalışan güvenliğinin artırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Beş endikasyon kuralına uygun olarak gerçekleştirilen el hijyeni uygulama sayısı}}{\text{Gözlemlenen toplam el hijyeni fırsat sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Meslek grubu bazında el hijyeni uyum oranı - Klinik / birim / servis bazında el hijyeni uyum oranı		
Açıklama	- Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan “Beş Endikasyon” kuralı çerçevesinde el hijyeni uygulanması gerekli durumlar; ✓ Hasta ile temas öncesi ✓ Aseptik işlem öncesi ✓ Vücut sıvısı maruziyeti riski sonrası ✓ Hasta ile temas sonrası ✓ Hasta çevresi ile temas sonrası El hijyeni fırsatı: Sağlık hizmeti sunumu sırasında beş endikasyon kuralının olduğu ve el hijyeni uygulanmasının gerekli olduğu her bir durumu ifade eder.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	El Antiseptiği Tüketim Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	El Antiseptiği Tüketim Oranı		
Tanım	İlgili dönemde 1000 hasta yatış günü başına alkol bazlı el antiseptiği tüketim miktarını ifade eder.		
Amaç	Çalışanlarda, el hijyeni uyumunu artırmak ve sağlık bakım noktasında el hijyeni ürünlerinin eksiksiz ve sürekli olarak bulunmasını sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Tüketilen litre biriminden alkol bazlı el antiseptiği miktarı}}{\text{Toplam hasta yatış gün sayısı}} * 1000$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Yatış gün sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. - Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı		
Tanım	Sağlık hizmeti sunumu sırasında ilacın isteme, hazırlama, dağıtım veya uygulama aşamalarında meydana gelen ve istenmeyen olay bildirimi yapılan ilaç hatalarının oranını ifade eden hasta güvenliği göstergesidir.		
Amaç	İlaç uygulama sürecinde hasta güvenliğini tehdit eden hataların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve güvenli ilaç yönetimi uygulamalarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirimi yapılan toplam ilaç hatası sayısı}}{\text{Toplam yatış günü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde ilaç hatası gerçekleşme oranı		
Açıklama	Yatış günü sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir. - Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı		
Tanım	Hastanede yatan veya ayaktan tedavi gören hastalarda tespit edilen, birden fazla ilacın birlikte kullanımından kaynaklanan (polifarmasi sebebiyle) istenmeyen ilaç-ilaç etkileşimlerin toplam sayısını ifade eder.		
Amaç	İlaç etkileşimlerini takip ederek hasta güvenliğini artırmak, polifarmasi kaynaklı riskleri azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları, ilaç etkileşim bildirimleri, olay bildirim sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; İstenmeyen olay bildirim sistemi ile kayıt altına alınan ilaç etkileşimi sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	• Kalıcı sekel veya ölüm ile sonuçlanan ilaç etkileşim sayısı • İlaç grubu bazında etkileşim sayısı		
Açıklama	• Yalnızca bildirim sistemine kayıt edilmiş vakalar hesaplama dahil edilir; sözlü bildirimler hesaplama alınmaz. • Etkileşimin klinik sonuç doğurup doğurmadığından bağımsız olarak tüm tespit edilen vakalar hesaplama alınır. • Aynı hastada birden fazla etkileşim tespit edilmişse, her etkileşim ayrı ayrı hesaplanır. • İlaç etkileşimi şüphesiyle bildirilen ancak henüz doğrulanmamış vakalar "beklemede" statüsünde tutulup kesinleştğinde ilgili döneme kaydedilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	İmha Edilen İlaç Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İmha Edilen İlaç Oranı		
Tanım	İlgili dönemde son kullanma tarihinin geçmesi, hasar görme veya ambalaj bütünlüğünün bozulması gibi gerekçelerle imha edilen ilaçların, aynı dönemdeki toplam ilaç stokuna oranını gösteren göstergedir.		
Amaç	İlaç israfını azaltmak, stok yönetimini iyileştirmek ve gereksiz mali kaybın önüne geçmektir.		
Veri Kaynağı	Eczane stok kayıtları, imha tutanakları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İmha edilen toplam ilaç sayısı}}{\text{Kurum stokundaki toplam ilaç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	İlaç grubu bazında imha oranı		
Açıklama	• Uygulanan ilaçlardan kalan miktarlar (kısmi doz kullanımı) veya hazırlanıp kullanılamayan dozlar (fire) bu gösterge kapsamı dışındadır. • Geri çağırma (recall) kararıyla imha edilen ilaçlar hesaplama dışında tutulmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde imha edilen kan veya kan bileşeni sayısının oranını ifade eder.		
Amaç	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli ve verimli kullanımını sağlamak; gereksiz kayıpları önlemek, stok ve süreç yönetimini iyileştirmek ve hasta güvenliğini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hastane stok kayıt sistemleri		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İmha edilen toplam kan ve kan bileşeni sayısı}}{\text{İlgili dönemde kuruma giren + bir önceki dönemden devreden toplam kan ve kan bileşeni sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan ve Kan Bileşeni Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kan ve Kan Bileşeni Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı		
Tanım	Kan ve kan bileşeni transfüzyonu yapılan hastalara ait takip formlarının, eksiksiz ve hatasız doldurulmuş olma oranını ifade eder.		
Amaç	Kan ve kan bileşeni transfüzyon süreçlerinde kullanılan takip formlarının eksiksiz ve doğru doldurulma oranını izlemek, hasta güvenliği risklerinin azaltılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hemovijilans kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Uygun doldurulan kan ve kan bileşeni transfüzyonu takip formu sayısı}}{\text{Toplam kan ve kan bileşeni transfüzyonu takip formu sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Hastaya birden fazla kan ve kan bileşeninin arka arkaya (aynı gün) transfüzyonu yapıldığında hasta tekil olarak toplam takip formu sayısına eklenir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Hastane Mortalite Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hastane Mortalite Oranı		
Tanım	İlgili dönemde hastanede yatarak tedavi gören hastalar (yoğun bakım hariç) arasında, aynı dönemde gerçekleşen tüm hastane içi ölümlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hastane genelinde sunulan tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlar.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hayatını kaybeden hasta sayısı}}{\text{Yatarak tedavi gören toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki dönemden devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Klinik bazlı mortalite oranı		
Açıklama	Ölü doğumlar, acil servise getirilmeden önce hayatını kaybetmiş olanlar, yoğun bakım hastaları ve gününbirlik yatış yapılarak tedavi alan hastalar hesaplamaaya dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı		
Tanım	İlgili dönemde yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin artırılması ve mortalitenin nedenlerinin analiz edilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hayatını kaybeden hasta sayısı}}{\text{Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki dönemden devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Beklenen mortalite oranı (hastalık şiddeti skorlarına göre)		
Açıklama	- Birinci seviye yoğun bakımlarda sadece gerçekleşen mortalite oranı takip edilmelidir. - İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skora sistemleri kullanılarak, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı		
Tanım	İlgili dönemde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan aynı dönem içinde ölenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın oluşturulması, bakım kalitesinin artırılması ve mortalitenin nedenlerinin analiz edilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hayatını kaybeden yenidoğan sayısı}}{\text{Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan toplam hasta sayısı} + \text{bir önceki dönemden devreden hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Birinci seviye yoğun bakımlarda sadece gerçekleşen mortalite oranı takip edilmelidir. - İkinci, üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde hastalık şiddeti skorumlama sistemleri kullanılarak, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen hastalarda, aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle 48 saat içinde aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışı yapılan hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta bakım kalitesi ve tedavi etkinliğinin arttırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{48 \text{ saat içinde aynı hastalık ya da komplikasyonları nedeniyle yeniden yatışı yapılan toplam hasta sayısı}}{\text{Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da sevk edilen toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Pay, aynı seviye veya daha üst seviyedeki yoğun bakımlara yeniden yatışları kapsamalıdır. • Payda, söz konusu yoğun bakımdan daha alt seviyede bir yoğun bakıma veya servise sevk edilen ya da taburcu edilen hastaları kapsamalıdır. • Yoğun bakımdan taburcu edildikten sonra 48 saat içinde aynı kurumdaki aynı veya daha üst seviyede bir yoğun bakıma aynı tanı ile yatışı yapılan hasta, ilk taburcu edildiği yoğun bakımın pay ve paydasına dâhil edilmelidir. • Kurumda aynı seviyede birden fazla yoğun bakım bulunması durumunda, her bir yoğun bakım kendi seviyesindeki yoğun bakımlarla birlikte değerlendirilir. • Her yoğun bakım için ayrı hedef değer belirlenerek takip edilebilir.		

- TÜSKAnet'e veri girişi aşağıdaki kategorilere göre yapılacaktır:

Erişkin birinci basamak YB	Çocuk ikinci basamak YB	Yenidoğan birinci basamak YB
Erişkin ikinci basamak YB	Çocuk üçüncü basamak YB	Yenidoğan ikinci basamak YB
Erişkin üçüncü basamak YB		Yenidoğan üçüncü basamak YB
		Yenidoğan dördüncü basamak YB

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı		
Tanım	İlgili dönemde ilk defa doğum yapan ve sezaryen açısından düşük riske sahip olan Robson 1 ve 2 grubundaki kadınlardan sezaryen doğum yapanların oranını ifade eder.		
Amaç	Sezaryen açısından düşük riske sahip ve ilk defa doğum yapacak kadınların normal doğuma yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İlk doğumda düşük riske sahip kadınlarda toplam sezaryen sayısı}}{\text{İlk doğumda düşük riske sahip kadınlarda toplam doğum sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Hekim bazında düşük riske sahip ilk doğum yapan kadınlarda sezaryen oranı - Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve travayı spontan başlamış kadınlarda sezaryen oranı - Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve indüklenmiş kadınlarda sezaryen oranı		
Açıklama	“Robson 10’lu Sistem”e göre sezaryen açısından düşük riske sahip gebelere ait bilgiler için Bakanlıkça yayınlanan güncel Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2018) ve Sezaryen Klinik Protokolü’nü (2022) inceleyiniz. “Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta travayı spontan başlamış veya indüklenmiş kadınlarda sezaryen oranı” alt göstergesi hesaplama yöntemi: - İlgili dönemde; (Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta ve travayı spontan başlayan kadın sayısı + nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta travayı indüklenmiş kadın sayısı / İlk doğumu sezaryen olan kadın sayısı) x 100		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Sezaryen Oranı	Doküman No																									
		Yayın Tarihi																									
		Revizyon No	00																								
		Revizyon Tarihi	00																								
		Sayfa No	1/1																								
Gösterge Adı	Sezaryen Oranı																										
Tanım	İlgili dönemde toplam doğumlar içinde sezaryen ile gerçekleşen doğumların oranını ifade eder.																										
Amaç	Doğum hizmetlerinde sezaryen uygulama sıklığını izlemek, tıbbi endikasyonlara uygunluğu değerlendirmek, sezaryenlerin azaltılması ve kadınların normal doğuma yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.																										
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi																										
Hedef Değer																											
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sezaryen sayısı}}{\text{Toplam canlı doğum sayısı}} * 100$																										
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık																										
Alt Gösterge	- Primer sezaryen oranı - Tüm gebelerin Robson 10 sınıflamasına göre gruplandırılması ve her grup için sezaryen oranları ayrı hesaplanmalıdır.																										
Açıklama	<table><tr><th colspan="2">ROBSON ON GRUPLU SINIFLAMA SİSTEMİ ROBSON SEZARYEN GRUPLAMASI</th></tr><tr><th>Robson Grup</th><th>GRUPLAR</th></tr><tr><td>1</td><td>Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış</td></tr><tr><td>2</td><td>Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travay başlamadan önce sezaryen yapılmış</td></tr><tr><td>3</td><td>Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış</td></tr><tr><td>4</td><td>Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış</td></tr><tr><td>5</td><td>Eski sezaryenli, tekil, baş geliş, ≥37 hafta</td></tr><tr><td>6</td><td>Tüm nullipar makatlar</td></tr><tr><td>7</td><td>Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)</td></tr><tr><td>8</td><td>Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)</td></tr><tr><td>9</td><td>Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)</td></tr><tr><td>10</td><td>Tüm tekil baş pr. ≤36 hafta (eski sezaryenliler dahil)</td></tr></table> Sezaryen SUT kodları; 619930 Sezaryen 619929 Sezaryen (çoğul gebelik)			ROBSON ON GRUPLU SINIFLAMA SİSTEMİ ROBSON SEZARYEN GRUPLAMASI		Robson Grup	GRUPLAR	1	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış	2	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travay başlamadan önce sezaryen yapılmış	3	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış	4	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış	5	Eski sezaryenli, tekil, baş geliş, ≥37 hafta	6	Tüm nullipar makatlar	7	Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)	8	Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)	9	Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)	10	Tüm tekil baş pr. ≤36 hafta (eski sezaryenliler dahil)
ROBSON ON GRUPLU SINIFLAMA SİSTEMİ ROBSON SEZARYEN GRUPLAMASI																											
Robson Grup	GRUPLAR																										
1	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış																										
2	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travay başlamadan önce sezaryen yapılmış																										
3	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, travayı spontan başlamış																										
4	Multipar (eski sezaryenli değil), tekil, baş geliş, ≥37 hafta, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış																										
5	Eski sezaryenli, tekil, baş geliş, ≥37 hafta																										
6	Tüm nullipar makatlar																										
7	Tüm multipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)																										
8	Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)																										
9	Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)																										
10	Tüm tekil baş pr. ≤36 hafta (eski sezaryenliler dahil)																										

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı		
Tanım	İlgili dönemde vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Vajinal doğumlarda gelişen travma nedenlerinin analiz edilmesi ve obstetrik travmaların önlenmesi amacıyla gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı}}{\text{Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Obstetrik Travma ICD 10 kodları: 070 ve 071		
	070	Perineal yırtılma, doğum esnasında	
	070.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış	
	071	Obstetrik travma, diğer	
	071.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce	
	071.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında	
	071.2	Uterusun postpartum inversiyonu	
	071.3	Serviksin obstetrik laserasyonu	
	071.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon	
	071.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer	
	071.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi	
	071.7	Pelvis obstetrik hematomu	
	071.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış	
	071.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış	

Enstrümanlı Doğum ICD-10 kodları ve SUT işlem kodları;

081	Tek doğum forseps ve vakum ekstraktör ile
081.0	Aşağı forseps doğum
081.1	Orta kavite forseps doğum
081.2	Orta kavite forseps, rotasyon ile
081.3	Forseps doğum, diğer ve tanımlanmamış
081.4	Vakum ekstraktör doğum
081.5	Forseps ve vakum ekstraktör kombinasyonu ile doğum
084.1	Çoğul doğum, hepsi forseps ve vakum ekstraktör ile
619910	Müdahaleli vajinal doğum
619911	Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum)
619912	Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)
619913	Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDITASYON ENSTİTÜSÜ	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı		
Tanım	İlgili dönemde vajinal doğumlarda 3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Vajinal doğumlarda gelişen travma nedenlerinin analiz edilmesi ve obstetrik travmaların önlenmesi amacıyla gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{3. ve 4. derece obstetrik travma gelişen hasta sayısı}}{\text{Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Obstetrik Travma ICD 10 kodları: 070 ve 071		
Açıklama	070	Perineal yırtılma, doğum esnasında	
	070.2	Üçüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.3	Dördüncü derece perine laserasyonu, doğum esnasında	
	070.9	Perine laserasyonu doğum esnasında, tanımlanmamış	
	071	Obstetrik travma, diğer	
	071.0	Uterus rüptürü, doğum başlamasından önce	
	071.1	Uterus rüptürü, doğum esnasında	
	071.2	Uterusun postpartum inversiyonu	
	071.3	Serviksin obstetrik laserasyonu	
	071.4	Obstetrik yüksek vajinal laserasyon	
	071.5	Pelvik organların obstetrik yaralanması, diğer	
	071.6	Pelvik eklem ve ligamentlerin obstetrik zedelenmesi	
	071.7	Pelvis obstetrik hematoma	
	071.8	Obstetrik travma, diğer tanımlanmış	
	071.9	Obstetrik travma, tanımlanmamış	

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Oranı		
Tanım	Daha önce sezaryen doğum yapmış kadınlar arasında, sonraki gebelikte vajinal doğum gerçekleştirenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Gereksiz tekrar sezaryen oranlarını azaltmak, uygun hastalarda vajinal doğumu teşvik etmektir.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Sezaryen sonrası vajinal doğum gerçekleştiren kadın sayısı} \div \frac{\text{Önceki doğumu sezaryen olan toplam doğum yapan kadın sayısı}}{\text{Sezaryen sonrası vajinal doğum gerçekleştiren kadın sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	Sezaryen Sonrası Komplikasyon Gelişen Vajinal Doğum Oranı		
Açıklama	Klinik uygunluk dikkate alınarak değerlendirme yapılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi		
Tanım	Psikiyatri kliniklerinde fiziksel kısıtlama uygulanmış hastaların toplam kısıtlama süresinin (dakika), kısıtlama uygulanan hasta sayısına oranını ifade eder.		
Amaç	Psikiyatri kliniklerinde uygulanan fiziksel kısıtlama süresini izleyerek, kısıtlama kullanımının azaltılması ve güvenli alternatif yaklaşımların geliştirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Hesaplama Yöntemi} = \frac{\text{Uygulanan fiziksel kısıtlamaların toplam süresi}}{\text{Psikiyatri kliniğinde kısıtlama uygulanan toplam hasta sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Fiziksel Kısıtlama: Hasta tarafından kontrol edilemeyecek veya kolaylıkla çıkartılamayacak herhangi bir cihaz, materyal veya araç-gereçle hastanın vücudunun sabitlenmesi/bağlanması veya normal aktivitelerini yerine getirmesini ve/veya özgürce hareket etmesini bilinçli olarak önleme girişimidir. • İlgili dönemde aynı hastaya birden fazla kısıtlama uygulanmışsa süreler toplanarak toplam süreye dahil edilirken, hasta 1 kez toplam hasta sayısına dahil edilecektir. • Hesaplamaya 18 yaş üstü hastalar dahil edilecektir. • Kısıtlamada kalma süresi dakika cinsinden hesaplanacaktır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı		
Tanım	Aynı hasta ve aynı tetkik için üç gün (72 saat) içerisinde tekrar röntgen çekimi yapılan hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Görüntüleme süreçlerinde teknik veya süreç kaynaklı nedenlerle tekrarlanan röntgen çekimlerinin oranını izleyerek; hasta radyasyon maruziyetini azaltmak, süreç verimliliğini ve görüntüleme kalitesini artırmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Radyoloji Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{3 \text{ gün (72 saat) içinde aynı tetkik için tekrarlanan röntgen çekim sayısı}}{\text{Toplam röntgen çekim sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Klinik gereklilik nedeniyle istenen kontrol çekimleri kapsam dışıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen numunelerden, reddedilenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvar test süreçlerinde, numune red nedenlerinin önlenmesine yönelik önlemlerin alınması ve tekrar numune alımının azaltılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Reddedilen numune sayısı}}{\text{Laboratuvara teslim edilen toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Klinik bazında reddedilen numune oranı - Zaman dilimine göre reddedilen numune oranı - Ret nedenine göre reddedilen numune oranı		
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvara gönderilen numuneler arasında, hasta kimlik bilgileri (ad-soyad, T.C. kimlik no, protokol no vb.) ile numune etiketinin uyumsuz olduğu veya eksik/hatalı kimliklendirme nedeniyle uygunsuz kabul edilen numunelerin oranını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvara gelen numunelerde hasta güvenliğini tehdit eden kimliklendirme hatalarını azaltmak ve numune kabul süreçlerinin güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı kimliklendirilmiş numune sayısı}}{\text{Laboratuvara gelen toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kaybolan Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kaybolan Numune Oranı		
Tanım	İlgili dönemde hastadan alındığı ve sisteme kaydı yapıldığı halde analiz sürecine ulaşmadığı için test süreci tamamlanamayan numunelerin, toplam numuneler içindeki oranını ifade eder.		
Amaç	Numunelerin alınmasından analiz sürecine kadar olan tüm aşamalarda kaybolma sıklığını izlemek ve hasta güvenliğini tehdit eden sistemsel aksaklıkları tespit ederek önleyici faaliyetleri planlamak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan numune sayısı}}{\text{Toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Toplam numune sayısı, hastadan alınıp sisteme kaydı yapılarak laboratuvara gönderilen tüm numuneleri kapsar. • Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tekrar Alınan Numune Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tekrar Alınan Numune Oranı		
Tanım	Laboratuvar süreçlerinde ilk alınan numunenin çalışılmaması, uygunsuz bulunması veya kaybolması gibi nedenlerle yeniden alınan numunelerin oranını ifade eder.		
Amaç	Preanalitik hataları azaltmak, süreç etkinliğini geliştirmek ve tanı gecikmelerini azaltmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi, Bildirime dayalı kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Tekrar alınan numune sayısı}}{\text{Toplam numune sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Gösterge hesaplamasında aşağıdaki alanlara teslim edilen test istemleri kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde laboratuvardaki kan kültürlerinden kontamine olanların oranını ifade eder.		
Amaç	Preanalitik süreçlerinde kan kültürü kontaminasyonuna yol açan faktörlerin tespit edilerek gerekli iyileştirmelerin yapılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi, Enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kontamine olan kan kültürü şişe sayısı}}{\text{Laboratuvara kabul edilen toplam kan kültürü şişe sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Kan kültürü şişesi: Kan kültürü setindeki aerobik ve anaerobik şişelerden her birini ifade eder.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı		
Tanım	Belirlenen değerlendirme döneminde mikrobiyoloji laboratuvarındaki idrar kültürlerinden kontamine olarak kabul edilen idrar kültürlerinin oranını ifade eder.		
Amaç	İdrar kültürünün toplanması, taşınması, korunması ve saklanması gibi preanalitik süreçlerinde gerekli tedbirlerin alınarak kontaminasyonun önlenmesidir.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Kontamine olarak değerlendirilen idrar kültürü numune sayısı} / \text{Laboratuvara kabul edilen toplam idrar kültürü numune sayısı} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı		
Tanım	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen dış kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.		
Amaç	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen dış kalite değerlendirme çalışmalarında tespit edilen uygunsuzlukların düzenli olarak takip edilmesi ve laboratuvar performansının objektif olarak kontrol edilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Dijital ve manuel kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı}}{\text{Toplam dış kalite çalışılan testlerinin sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı - Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı		
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı		
Tanım	Laboratuvarlarda gerçekleştirilen iç kalite kontrol çalışmalarında test bazında tespit edilen uygunsuzlukların sayısını ifade eder.		
Amaç	Uygunsuz çıkan testler için cihazlarda gerekli bakımlar yapılarak çalışma sürecinin verimliliğini arttırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı}}{\text{Toplam iç kalite çalışılan biyokimya testlerinin sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı - Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı		
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Panik Değer Bildirim Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Panik Değer Bildirim Oranı		
Tanım	Laboratuvar testlerinde hastanın hayatını tehdit edebilecek derecede anormal sonuçlardan (kritik değerlerin) kurum prosedüründe belirtilen yöntem ve süre içerisinde klinik ekiplere bildirilenlerin oranını ifade eder.		
Amaç	Hasta güvenliğinin artırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Panik değer bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Bildirimi yapılan panik değer sayısı}}{\text{Toplam laboratuvar sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Laboratuvar bazında panik değer bildirim oranı		
Açıklama	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki laboratuvar sonuçları kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı		
Tanım	Test bazında belirlenen sonuç verme süreleri içinde verilmeyen sonuçların tespiti ve izlenmesi amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır.		
Amaç	Laboratuvar tetkik sonuçlarının, kurum tarafından tanımlanan raporlama süreleri içinde verilerek klinik karar süreçlerinin gecikmesini önlemek ve hizmet kalitesini artırmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi-Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Zamanında verilmeyen sonuç sayısı}}{\text{Toplam raporlanan sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki laboratuvar sonuçları kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı		
Tanım	Klinik laboratuvarlarda çalışılan test sonuçlarının; hasta bilgisi, test sonucu, referans aralığı, yorum veya rapor formatı vb. açısından hatalı olarak raporlanma sıklığını gösteren orandır.		
Amaç	Laboratuvar sonuçlarının doğruluğunu ve güvenilirliğini artırmak, hasta güvenliğini tehdit edebilecek raporlama hatalarını erken saptamak raporlama süreçlerine yönelik riskleri iyileştirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi kayıtları, istenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler, fiziki başvurular		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hatalı raporlandığı tespit edilen test sonucu sayısı}}{\text{Raporlanan toplam laboratuvar testi sonuç sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Gösterge hesaplamasında aşağıdaki laboratuvar sonuçları kullanılır. ✓ Biyokimya ✓ Hematoloji ✓ Mikrobiyoloji ✓ Diğer klinik laboratuvarlar		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Laboratuvarlarda Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Laboratuvarlarda Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvar ortamında riskli kimyasallara maruz kalma olaylarının (deri, göz, inhalasyon veya yutma yoluyla) toplam sayısını gösteren ölçüm aracıdır.		
Amaç	Çalışan güvenliğini sağlamak, meslek hastalıklarını önlemek ve güvenli laboratuvar ortamı oluşturmak.		
Veri Kaynağı	İş kazası raporları, iş yeri hekimliği hasta kayıtları, olay bildirim sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Riskli kimyasallara temas sayısı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Kimyasal türüne göre temas sayısı		
Açıklama	- Kurum tarafından tanımlanan riskli kimyasallarla (toksik, korozyif, yanıcı ve reaktif maddeler) gerçekleşen temaslar hesaplama dahil edilir; rutin temizlik maddeleri vb. temaslar kapsam dışıdır. - Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) kullanılmış olsa dahi temas gerçekleşmişse hesaplama alınır. - Aynı olay birden fazla personeli etkilemişse ayrı ayrı kayıt oluşturulur. - Temas sonrası semptom/hastalık gelişmemiş olsa da hesaplama dahil edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı		
Tanım	İlgili dönemde personelin BGD-3 kategorisindeki patojenik mikroorganizmalarla toplam temas sayısını gösteren ölçüm aracıdır.		
Amaç	Biyolojik tehlikeli madde temas risklerini izlemek, personel ve çevre güvenliğini korumaktır.		
Veri Kaynağı	Olay bildirim sistemi kayıtları, enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; BGD-3 mikroorganizma temas sayısı		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	Mikroorganizma türüne göre temas sayısı		
Açıklama	- Biyogüvenlik bildirimine konu edilmiş vakalar hesaplamaya dahil edilir, şüpheli veya henüz doğrulanmamış vakalar ayrı statüde izlenmeli ve kesinleştğinde ilgili döneme eklenmelidir. - Aynı temas olayında birden fazla personel etkilenmişse ayrı ayrı kayıt oluşturulur.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı		
Tanım	Cerrahi operasyon sonrasında operasyona bağlı sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Ameliyathaneye cerrahi operasyon ile ilişkili geri dönüş sebeplerinin analiz edilerek, sürecin iyileştirilmesine yönelik gerekli önlemlerin alınmasıdır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Cerrahi operasyon sonrasında operasyon ile ilişkili sebeplerle ameliyathaneye geri dönen hasta sayısı}}{\text{Toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Yapılan ameliyat bazında ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı - Nedene göre ameliyathaneye planlanmamış dönüş oranı		
Açıklama	- Hastanın aynı anda yapılan farklı tanımlı ameliyatlarının hepsi toplam cerrahi operasyon sayısına dahil edilir. - Hastanın postoperatif 30 gün içinde ameliyata bağlı nedenlerle geri dönüşleri tekil olarak toplam cerrahi operasyon sayısına dahil edilir. - Hastaya protez takılan ameliyatların proteze bağlı dönüşleri değerlendirmeye alınmaz. - Operasyon sonrası, operasyonla ilişkili aşağıda belirlenmiş olan sebepler dikkate alınacaktır; ✓ Kanama ✓ Yara açılması (ayrışması) ✓ Yarada hematoma ✓ İnsizyonel herni ✓ Hemoperiton ✓ Revizyon ameliyatları ✓ Operasyonel hatalar (hastada malzeme unutulması, yanlış taraf cerrahisi)		

Operasyonla ilişkili sebeplerin ICD-10 kodları:	
T81	Girişimlerin komplikasyonu, başka yerde sınıflanmamış
T81.0	Bir uygulama komplikasyonu olan kanama ve hematoma, başka yerde sınıflanmamış
T81.1	Bir işlem esnasında veya işleme bağlı şok, başka yerde sınıflanmamış
T81.2	Bir işlem esnasında kaza ile delme ve sıyrık, başka yerde sınıflanmamış
T81.3	Operasyon yarasında açılma, başka yerde sınıflanmamış
T81.4	Bir işlem sonrası enfeksiyon, başka yerde sınıflanmamış
T81.5	Bir işlem sonrası operasyon yarası veya vücut boşluğunda istemeyerek bırakılan yabancı cisim
T81.6	Bir işlem esnasında istemeyerek bırakılan yabancı maddeye bağlı akut reaksiyon
T81.7	Bir işlem sonrası vasküler komplikasyonlar, başka yerde sınıflanmamış
T81.8	İşlemlerin diğer komplikasyonları, başka yerde sınıflanmamış
T81.9	İşlemin tanımlanmamış komplikasyonu

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Kullanım Oranı		
Tanım	Cerrahi girişimlerde güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru şekilde uygulanma oranını tanımlar.		
Amaç	Cerrahi operasyonlarda hasta güvenliğinin artırılmasını ve tıbbi hataların engellenmesini sağlamak amacıyla standart uygulamaları güçlendirmektir.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Randomize gözlem yapılan operasyonlarda GCKL tüm aşamalarıyla uygun şekilde kullanılan cerrahi operasyon sayısı = $\frac{\text{Randomize gözlem yapılan toplam cerrahi operasyon sayısı}}{\text{Randomize gözlem yapılan toplam cerrahi operasyon sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- GCKL, ameliyathanede yapılan tüm girişimlerde (lokal anestezi, genel anestezi vb.) kullanılmalıdır. - Değerlendirilmeye alınacak ameliyat sayısı, Ek-1'deki örneklem sayısına göre belirlenir. Bu sayı on ikiye bölünerek her ay eşit oranda uygulanır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Postoperatif Sepsis Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Postoperatif Sepsis Oranı		
Tanım	Cerrahi girişim sonrası (30 gün içinde, implant varlığında 90 gün içinde) gelişen sepsis vakalarının, toplam cerrahi işlem sayısına oranıdır.		
Amaç	Cerrahiye bağlı enfeksiyon ve komplikasyonları azaltmak, enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğini izlemek ve hasta güvenliğini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Enfeksiyon kontrol kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Postoperatif sepsis gelişen hasta sayısı}}{\text{Toplam ameliyat olan hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 aylık		
Alt Gösterge	Cerrahi branş bazında sepsis oranı		
Açıklama	- Sepsis tanısı için enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları esas alınmalıdır. - Bir hastaya aynı anda birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda paydaya tekil olarak eklenir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı		
Tanım	Acil servise başvuran hastalar arasında, psikotrop ve narkotik ilaç uygulanan hasta oranını ifade eder.		
Amaç	Psikotrop ve narkotik ilaçların acil servisteki kullanım yoğunluğunu izlemek ve kurum içi dönemsel karşılaştırma amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Psikotrop ve narkotik ilaç uygulanan hasta sayısı}}{\text{Acil servise başvuran toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Psikotrop ilaç kullanım oranı		
Açıklama	- Anestezi kapsamında uygulanan ilaçlar hariç tutulacaktır. - Vaka yoğunluğu yüksek merkezlerde oran yorumlanırken başvuru profili dikkate alınmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi		
Tanım	Acil serviste müşahede alanına alınan hastaların müşahede başlangıç saati ile müşahedenin sonlandığı zaman arasındaki ortalama süredir.		
Amaç	Acil servis müşahede alanlarının amacına uygun şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\frac{\text{Müşahede alanına alınan hastaların toplam yatış süreleri}}{\text{Müşahede alanına alınan toplam hasta sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Müşahede alanında 480 dakika (8 saat) ve üzerinde kalan hasta oranı - Müşahede alanına alınan hastalardan branş uzmanı konsültasyonu istenen hasta oranı - Müşahede alanında takip edilen hastalardan hastaneye yatışı yapılan hasta oranı		
Açıklama	- Aynı dönemde birden fazla kez müşahede alanına yatışı yapılan hastaların her bir yatışları ayrı olarak hesaplama dahil edilmelidir. - Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.		

	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi		
Tanım	Acil servise çağrılan konsültan hekimin, çağrıldığı andan itibaren, acil servise ulaşma anı arasındaki ortalama süredir.		
Amaç	Acil serviste tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırmak, hasta güvenliği risklerini azaltmak ve acil servis hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Acil servise çağrılan konsültan hekimlerin toplam ulaşma süreleri (dk)}}{\text{Acil servisten istenen toplam konsültasyon sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Hekim bazında acil servise ortalama ulaşma süresi - Branş bazında acil servise ortalama ulaşma süresi - Mesai dışında acil servise ortalama ulaşma süresi - Mesai içinde acil servise ortalama ulaşma süresi		
Açıklama	- Sadece fiilen acil servise gelen konsültasyonlar hesaplamaya alınacaktır. - Süreler dakika olarak hesaplanacaktır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı		
Tanım	Acil servisten taburcu edildikten sonra 24 saat içinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta oranıdır.		
Amaç	Acil serviste tanı, tedavi ve taburculuk süreçlerinin etkinliğini değerlendirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Triaaj kayıtları, Hasta dosyaları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{24 \text{ saat içerisinde aynı şikayet ile tekrar başvuran hasta sayısı}}{\text{Acil servise başvuran toplam hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Yeşil alandan taburcu edilen ve yeniden başvuruda sarı/kırmızı alana hasta kabul oranı		
Açıklama	Aynı hastanın takip ve tedavisinin devamı niteliğindeki başvuruları paya dahil edilmemelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı		
Tanım	Temel tesis kaynaklarında meydana gelen arızalar nedeniyle kaynağın tam kapasite veya güvenli kullanım dışında kaldığı günlerin toplam sayısını ifade eder.		
Amaç	Sağlık tesisinde hizmetin kesintisiz sunulması için temel tesis kaynaklarında (elektrik, su, doğalgaz, medikal gaz sistemleri vb.) yaşanan arızaların etkisini izlemek ve azaltmak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, bakım-onarım kayıtları, teknik hizmetler arıza kayıtları vb.		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Tesis kaynaklarının arızalı kaldığı süre (saat)		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (şebeke, jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb.hesaplamaya alınmalıdır. - Arızalı gün; geçici çözüm üretilmiş olsa bile, kaynağın normal çalışma koşullarında hizmet veremediği günü kapsar. - Aynı arıza birden fazla günü etkiliyorsa, her gün ayrı ayrı sayılır. - Planlı bakım kesintileri gösterge hesaplamasına dahil edilmez. Aynı gün içinde sorun çözülse bile gün bazında tek gün olarak yazılır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi		
Tanım	Tesis kaynaklı sorunlarda, sorunun bildirim zamanı ile ilk teknik müdahalenin başladığı zaman arasındaki ortalama süreyi (saat/gün) ifade eder.		
Amaç	Tesis kaynaklı sorunların (elektrik, su, ısıtma-soğutma, asansör, altyapı vb.) bildiriminden itibaren ilk teknik müdahaleye başlanma süresini izlemek, geciken müdahaleleri tespit ederek hizmet sürekliliğini, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi kayıtları, arıza talep formları vb.		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Sorunlara toplam müdahale süresi}}{\text{Tesis kaynaklı toplam sorun sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Mesai dışı tesis kaynaklı sorunlara ortalama müdahale süresi		
Açıklama	- Bildirilen her bir tesis kaynaklı sorun için; (İlk teknik müdahale başlama zamanı – sorun bildirim zamanı (dakika) toplamı) esas alınmalıdır. - Müdahale süresi, onarımın yapıldığı süreyi değil, ilk teknik müdahalenin başladığı anı kapsar. - Tesis kaynaklı sorun kapsamında; elektrik (şebeke, jeneratör, UPS), su sistemi, doğalgaz, ısıtma – soğutma – havalandırma, medikal gaz sistemleri, asansör, yangın algılama ve uyarı sistemleri vb. hesaplamaya alınmalıdır. Planlı bakımlar gösterge hesaplamasına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi		
Tanım	Bilgi Yönetim Sistemlerinde (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi, Görüntüleme sistemleri vb.) meydana gelen arızaların, teknik birime bildirildiği andan itibaren ilk teknik müdahalenin başlatılmasına kadar geçen ortalama süreyi ifade eder.		
Amaç	Bilgi Yönetim Sistemlerinde oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Arızalara toplam müdahale süresi}}{\text{Toplam bilgi yönetim sistemi arıza sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Yazılım arızalarına ortalama müdahale süresi - Donanım arızalarına ortalama müdahale süresi		
Açıklama	- Süre dakika olarak hesaplanacaktır. - Arızanın başlangıcı; kullanıcı tarafından arızanın ilgili birime iletildiği tarih ve saattir. - Arızanın sonlandırılması; arızanın ilgili birim tarafından giderilerek arıza bildiriminin kapatıldığı tarih ve saattir. (Örneğin; Arızanın yazılım firmasına iletildiği tarih ve saat; 10.08.2021 ve 11:00. Arızanın yazılım firması tarafından giderildiği tarih ve saat: 15.08.2021 ve 16:00 ise müdahale süresi 5 gün 5 saat; (5x24= 120+5= 125 saat= 7500 dakikadır).		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre		
Tanım	Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen veya tamamen kullanılamaz olduğu toplam süreyi ifade eder.		
Amaç	Bilgi yönetim sistemi kesintilerinin sıklığını ve süresini izlemek, klinik ve idari süreçlerde hizmet sürekliliğini güvence altına almak amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Bilgi yönetim sistemi log kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Bilgi yönetim sistemlerinin devre dışı kaldığı toplam süre (dk)		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen devre dışı kaldığı toplam süre		
Açıklama	- Süre dakika olarak hesaplanacaktır. - Bilgi yönetim sistemlerinin kısmen devre dışı (bir modülün devre dışı kalması, sistemler arası entegrasyonun sağlanamaması vb.) kalma süreleri de hesaplamaya dahil edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi		
Tanım	Bildirilen tıbbi cihaz arızalarında, arıza bildirimi ile ilk teknik müdahalenin başladığı zaman arasındaki ortalama süreyi ifade eder.		
Amaç	Tıbbi cihaz arızalarının bildiriminden itibaren teknik müdahaleye başlanma süresini izleyerek hizmet sürekliliğini sağlamak, klinik aksaklıkları ve hasta güvenliği risklerini en aza indirmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Cihaz arızalarına toplam müdahale süresi}}{\text{Arızalanan toplam cihaz sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Mesai dışı saatlerde cihaz arızalarına müdahale süresi		
Açıklama	- Cihaz arızalarına toplam müdahale süreleri hesaplamasında “her bir arıza için; (İlk teknik müdahalenin başladığı zaman – Arıza bildirim zamanı (dakika) toplamı)” kullanılır. - Müdahale süresi, onarımın tamamlanmasını değil, ilk teknik müdahalenin başlamasını kapsar.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Aktif Cihaz Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Aktif Cihaz Oranı		
Tanım	Belirli bir dönemde, kurumdaki toplam tıbbi cihazlar içinde aktif ve kullanılabilir durumda olan tıbbi cihazların oranını ifade eder.		
Amaç	Sağlık tesisinde bulunan tıbbi cihazların ne kadarının aktif, çalışır ve klinik kullanımda olduğunu izlemeyi, kaynakların etkin ve güvenli kullanımını sağlamayı amaçlar.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Aktif ve çalışır durumda olan cihaz sayısı}}{\text{Toplam tıbbi cihaz sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Aktif Cihaz: Bakım, kalibrasyon ve güvenlik kontrolleri yapılmış; arızası bulunmayan ve klinik kullanımda olan cihazdır. • Depoda bekleyen veya klinik kullanım dışı cihazlar toplam tıbbi cihaz sayısına dahil edilmez.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı		
Tanım	Kurum içerisinde kullanıcılar tarafından iletilen bilgi yönetim sistemi (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi vb.) revizyon taleplerinin ortalama karşılama oranıdır.		
Amaç	Bilgi yönetim sistemlerinin kullanıcılarının ihtiyaçlarına uygunluğunu artırmak ve hizmet süreçlerinde yaşanabilecek aksaklıkları azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Arıza bildirim kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Karşılana revizyon talebi sayısı}}{\text{Toplam revizyon talebi sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Karşılana revizyon talebi: Kullanıcılar tarafından yapılan revizyon taleplerinden kurum tarafından belirlenen süre içinde karşılana taleplerdir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı		
Tanım	Acil kod uyarı sistemi kapsamında verilen çağrılara, kurum tarafından belirlenmiş müdahale süresi içinde ulaşılan vaka oranını ifade eder.		
Amaç	Acil kod uyarı sisteminde verilen çağrılara zamanında müdahale edilmesi ve gecikmelere neden olan süreçleri tespit etmek amaçlanmaktadır.		
Veri Kaynağı	Acil kod uyarı sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hedeflenen sürede müdahale edilen çağrı sayısı}}{\text{Toplam acil kod çağrı sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Hedeflenen süre, kurum tarafından belirlenen acil kod uyarı sistemine yapılan çağrı zamanı ile müdahale ekibinin olay yerine varış zamanı arasındaki süredir. - Veri analiz periyodu içinde olay gerçekleşmemesi durumunda gösterge sonucu hesaplanmaz. - Tatbikatta tutulan formlar hesaplamaya dahil edilmemelidir. - Kurumdaki tüm acil kod uyarı sistemi çağrıları ayrı analiz edilmelidir. - Mavi kod için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen 3 dakika hedef süresi bulunmaktadır. - Pembe, kırmızı ve beyaz kod için ulusal düzeyde belirlenmiş bir hedef süre bulunmasa bile kurum tarafından hedef sürelerin belirlenmesi beklenmektedir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı	Doküman No Yayın Tarihi Revizyon No Revizyon Tarihi Sayfa No	 00 00 1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde Kt/V değeri 1,2'den veya URR değeri %65'ten düşük olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.		
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Kt/V değeri 1,2'den veya URR Değeri \%65'ten düşük olan hasta sayısı} = \frac{\text{Kt/V değeri 1,2'den veya URR Değeri \%65'ten düşük olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 aylık		
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre Kt/V değeri 1,2'den düşük hasta oranı		
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Pay hesaplamasında; altı (6) aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.		
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{Serum fosfor düzeyi } 5,5 \text{ mg/dl'den yüksek olan hasta sayısı} \\ = \frac{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}}{\text{}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre serum fosfor düzeyi 5,5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı		
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Tüskanet'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı		Doküman No	
			Yayın Tarihi	
			Revizyon No	00
			Revizyon Tarihi	00
			Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı			
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastaları içinde serum albümin düzeyleri 3,5 g/dl'nin altında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.			
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.			
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları			
Hedef Değer				
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'den düşük olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$			
Veri Analiz Periyodu	3 aylık			
Alt Gösterge	Yaş kategorilerine göre serum albümin düzeyi 3,5 g/dl'nin altında olan hasta oranı			
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Tüskanet'e veri girişinde pay hesaplama için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır. • Yaş Kategorileri: 0-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri olmak üzere en az iki kategoride hesaplama yapılmalıdır.			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Ortalama Hemodiyaliz Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ortalama Hemodiyaliz Süresi		
Tanım	İlgili dönemde hemodiyaliz hastalarına verilen diyaliz tedavilerinin ortalama süresini ifade eder.		
Amaç	Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti almasıdır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hastalara uygulanan hemodiyaliz seanslarının toplam süresi (dakika)}}{\text{Toplam hemodiyaliz hasta sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	Ortalama hemodiyaliz seans süresi dört (4) saat altında olan hasta oranı		
Açıklama	Ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saat altında olan hasta oranı” alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (Paydadaki hastalardan ortalama hemodiyaliz seansı süresi dört (4) saat altında olan hasta sayısı/Toplam hemodiyaliz hasta sayısı) x 100		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Eritropoetin Kullanım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Eritropoetin Kullanım Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, hemodiyaliz hastalarında eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanım oranını ifade eder.		
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eritropoetin veya darbepoetin alfa preparatları kullanan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	- Hemoglobin düzeyi 12 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı - Hemoglobin düzeyi 10 g/dl ve üstünde olan hastalarda eritropoetin veya darbepoetin alfa kullanım oranı		
Açıklama	Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. - Eritropoetin veya darbepoetin alfa için ATC ilaç kodları: B03XA01 - Eritropoietin B03XA02 - Darbepoetin Alfa		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Ortalama Hb Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Ortalama Hb Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, hemoglobin düzeyi 10-13 g/dl arasında olan hemodiyaliz hastalarının oranını ifade eder.		
Amaç	Hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Hemoglobin düzeyi 10 – 13 g/dl arasında olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	Ortalama hemoglobin düzeyi 10 g/dl altında olan hasta sayısı		
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Tüskanet'e veri girişinde pay hesaplaması için 3'er aylık dönemdeki hastaya ait tüm ölçümlerin ortalaması alınır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında HBsAg Pozitifleşen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında HBsAg Pozitifleşen Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.		
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\text{HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen toplam hasta sayısı} = \frac{\text{HBsAg değeri negatif iken pozitifleşen toplam hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Toplam hasta sayısı: Hemodiyaliz hasta sayısı + (varsa) periton diyalizi hasta sayısını kapsar.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen hasta oranını ifade eder.		
Amaç	Hastalara güvenli bir şekilde diyaliz hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesidir.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Anti HCV değeri negatif iken pozitifleşen toplam hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • Toplam hasta sayısı: Hemodiyaliz hasta sayısı ve varsa periton diyalizi hasta sayısını kapsar.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateteri olan hemodiyaliz hastası oranını ifade eder.		
Amaç	Hemodiyaliz hastalarında kalıcı kateter kullanım sıklığının izlenmesi, kateter ilişkili enfeksiyon ve komplikasyon risklerinin azaltılmasıdır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kalıcı kateteri olan hasta sayısı}}{\text{Toplam tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	Kalıcı kateter takılan hasta oranı		
Açıklama	• Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir. • “İlgili dönemde kalıcı kateter takılan hasta oranı” alt göstergesinin hesaplama yöntemi aşağıdaki şekildedir: İlgili dönemde; (İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı / Kalıcı kateteri bulunmayan hemodiyaliz hasta sayısı + İlk kez kalıcı kateter takılan hemodiyaliz hasta sayısı) x 100		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, kalıcı kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Hemodiyaliz hastalarında kalıcı kateter kullanımına bağlı gelişen enfeksiyonların izlenmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesidir.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı}}{\text{Kalıcı kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Hemodiyaliz Hastalarında Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Hemodiyaliz Hastalarında Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, geçici kateterli hastalar içinde kateter enfeksiyonu gelişen hastaların oranını ifade eder.		
Amaç	Hemodiyaliz hastalarında geçici kateter kullanımına bağlı gelişen enfeksiyonların izlenmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve enfeksiyon kontrol uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kateter enfeksiyonu gelişen hasta sayısı}}{\text{Geçici kateterli tekil hemodiyaliz hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Tekil hasta: İlgili dönemde birden fazla hemodiyalize alınan hasta yalnızca bir kez paydaya dahil edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Fissür Sealant (Örtücü) Uygulama Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Fissür Sealant (Örtücü) Uygulama Oranı		
Tanım	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde, 5-14 yaş arasındaki çocuklarda koruyucu amaçlı olarak yapılan fissür örtücü uygulamalarının oranını ifade eder.		
Amaç	5-14 yaş grubu çocuklarda çürük oluşumunu önlemek amacıyla koruyucu diş hekimliği kapsamında fissür sealant (örtücü) uygulamalarının yaygınlığını artırmak ve ağız-diş sağlığını geliştirmek.		
Veri Kaynağı	Dijital kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Başvuru tarihi itibari ile son 6 ay içinde fissür sealant (örtücü) uygulaması yapılan çocuk sayısı $= \frac{\text{Başvuru yapan 5 – 14 yaş arası çocuk sayısı}}{\text{Başvuru yapan 5 – 14 yaş arası çocuk sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 Aylık		
Alt Gösterge	Yılda iki kez fissür örtücü uygulaması yapılan çocuk oranı		
Açıklama	SUT İşlem Kodu: 403.010: Fissür örtülmesi (Sealant)		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Tekrar Alınan Diş Protezi Ölçü Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Tekrar Alınan Diş Protezi Ölçü Oranı		
Tanım	İlgili dönemde, diş protezi yapımı sürecinde teknik veya klinik nedenlerle yeniden ölçü alınan vakaların oranını ifade eder.		
Amaç	Diş protezi hizmetlerinin kalite düzeyini artırmak, ölçü alma sürecindeki hataları azaltmak ve hasta memnuniyetini yükseltmek.		
Veri Kaynağı	Ağız ve diş sağlığı hasta kayıtları, protez laboratuvar kayıtları, klinik kayıtlar		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Tekrar alınan ölçü sayısı}}{\text{Ölçü alınan toplam tekil hasta sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	• Ölçü maddesine göre (aljinat, slikon, çinko oksit) reddedilen ölçü oranı • Ölçü çeşidine göre (anatomik, fizyolojik, ara aşama) reddedilen ölçü oranı • İşlemin yapıldığı birim (protez, ortodonti, pedodonti, multidisipliner, öğrenci, vb.) bazında reddedilen ölçü oranı • Ölçü yöntemine göre (analog, dijital) tekrar alınan ölçü oranı		
Açıklama	Hasta için gerçekleştirilen her ölçü tekrarı paya dâhil edilir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Reddedilen Diş Protezi Ölçü Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Reddedilen Diş Protezi Ölçü Oranı		
Tanım	Alınan diş protezi ölçülerinden, teknik veya klinik nedenlerle laboratuvar tarafından uygun bulunmayarak reddedilen ölçülerin, toplam alınan ölçülere oranını ifade eder.		
Amaç	Tekrar ölçü alma oranını azaltarak, hasta memnuniyeti ve tedavi etkinliğini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, klinik işlem kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Reddedilen ölçü sayısı}}{\text{Toplam alınan ölçü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 aylık		
Alt Gösterge	- Ölçü maddesine göre (aljinat, slikon, çinko oksit) reddedilen ölçü oranı - Ölçü çeşidine göre (anatomik, fizyolojik, ara aşama) reddedilen ölçü oranı - İşlemin yapıldığı birim (protez, ortodonti, pedodonti, multidisipliner, öğrenci, vb.) bazında reddedilen ölçü oranı - Ölçü yöntemine göre (analog, dijital) tekrar alınan ölçü oranı		
Açıklama	- Aynı hasta için ilgili dönemde tekrar alınan ölçüler ayrı ayrı paydaya eklenir. - Alt-üst çenelerin kapanış ilişkilerini değerlendirmek için alınan ölçüler de paydaya eklenir. - Kapanış ilişkileri değerlendirilmesine gereksinim duyulmadan yapılan işlemler (sadece üst veya alt çene üzerinde) için tek bir çene ölçüleri de hesaplama dahil edilecektir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kaybolan Ölçü Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kaybolan Ölçü Oranı		
Tanım	Alınan ölçülerden, ölçü alındıktan sonra ünite, transfer sırasında ve laboratuvarı kaybolanların yüzde olarak oranını ifade eder.		
Amaç	Klinik ve laboratuvar süreçlerinde ölçülerin güvenli şekilde yönetilmesini sağlamak, süreç hatalarını azaltmak ve hizmet kalitesini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları, protez laboratuvar kayıtları, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan ölçü sayısı}}{\text{Toplam alınan ölçü sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	Kaybolma yerine göre kaybolan ölçü oranı		
Açıklama	Tüm ölçü kaybolma olaylarının “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine” bildirimi yapılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Kaybolan Protez Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Kaybolan Protez Oranı		
Tanım	Kurumda yapılan tüm protez türlerinden (sabit, hareketli, metalli, metallsız vb) kaybolan protezlerin yüzde olarak oranını ifade etmektedir.		
Amaç	Protez üretim ve teslim süreçlerinde güvenliği sağlamak, hasta mağduriyetini önlemek ve hizmet kalitesini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları, protez laboratuvar kayıtları, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Kaybolan protez sayısı}}{\text{Hazırlanan toplam protez sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge	Protez türüne göre kaybolan protez oranı		
Açıklama	• Hazırlanan protez sayısı: Protez laboratuvarından çıkışı yapılan protez sayısını ifade eder. • Tüm protez kaybolma olaylarının “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine” bildirimi yapılmalıdır.		

	Zamanında Teslim Edilmeyen Dış Protezi Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Zamanında Teslim Edilmeyen Dış Protezi Oranı		
Tanım	Kurum tarafından belirlenen protez teslim süreleri içinde teslim edilmeyen protez oranını ifade eder.		
Amaç	Protez üretim ve teslim süreçlerinde güvenliği sağlamak, hasta mağduriyetini önlemek ve hizmet kalitesini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta kayıtları, protez laboratuvar kayıtları, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Zamanında teslim edilmeyen protez sayısı}}{\text{Teslim edilmesi gereken protez sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	6 aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Kurumda yapılan tüm protez türleri için (sabit, hareketli, metalli, metallsız vb.) ayrı hedef belirlenerek takibi buna göre yapılmalıdır. - Tüm gecikmeler bilgi yönetim sistemine kayıt edilmelidir. - Protez teslim süreleri belirlenirken, ölçü alınmadan protezin teslimine kadar geçen süre esas alınmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Ortalama Hasta Yatış Süresi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Ortalama Hasta Yatış Süresi		
Tanım	İlgili dönemde hastanede yatan hastaların toplam yatış gün sayısının, taburcu olan hasta sayısına oranıdır.		
Amaç	Hasta yönetim süreçlerinin verimliliğini artırmak, gereksiz yatışa bağlı komplikasyon riskini azaltmaktır.		
Veri Kaynağı	Bilgi yönetim sistemi kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam yatırılan gün sayısı}}{\text{Taburcu olan, ölen veya başka birime ya da kuruma sevk edilen hasta sayısı}}$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Tanı bazında ortalama yatış süresi		
Açıklama	• Yatış gün sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır, çıkış günü sayılmaz. Hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı “1” olarak kabul edilir. • Toplam yatış gün sayısı hesaplanırken, ilgili dönemde taburcu olan hastaların yatış gün sayıları toplamı alınır. • Yoğun bakım ve palyatif bakım klinikleri genel gösterge kapsamına dahil edilmemelidir		

	Yatak Doluluk Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Yatak Doluluk Oranı		
Tanım	İlgili dönemde mevcut yatakların (yoğun bakım hariç) ne kadarının hasta tarafından kullanıldığını gösteren orandır.		
Amaç	Kurumun yatak kapasitesinin tıbbi endikasyonlara uygun olarak kullanıldığını izlemek ve kaynak planlamasını optimize etmektir.		
Veri Kaynağı	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam yatırılan gün sayısı}}{\text{Dönemdeki toplam gün sayısı} \times \text{yatak sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Hizmete kapalı yataklar (bakım, tadilat vb.) hesaplamaya dahil edilmemelidir. - Aynı gün yatıp çıkan hastanın yatış gün sayısı "1" olarak kabul edilir.		

	Laboratuvar Giderlerinin Toplam Tahakkuk Geliri Payı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Laboratuvar Giderlerinin Toplam Tahakkuk Geliri Payı		
Tanım	İlgili dönemde laboratuvar hizmetlerine ait toplam giderlerin, kurumun aynı dönemdeki toplam hizmet tahakkuk gelirine oranıdır.		
Amaç	Laboratuvar maliyetlerini kontrol altında tutmak ve kaynak verimliliğini izlemektir.		
Veri Kaynağı	Muhasebe yönetim sistemi, gelir tabloları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Laboratuvar giderleri}}{\text{Toplam tahakkuk geliri}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Hesaplamaya dahil edilecek laboratuvar giderleri; sarf ve reaktif malzeme, personel giderleri, cihaz amortisman ve bakım-onarım giderlerini kapsamalıdır. - Tahakkuk esasına göre raporlama yapılmalı; nakit çıkışı gerçekleşmemiş giderler ilgili döneme tahakkuk ettirilerek dahil edilmelidir.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı		
Tanım	İlgili dönemde kullanılan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerine ait toplam giderlerin, tesisin hizmet tahakkuk gelirine oranıdır.		
Amaç	İlaç ve sarf malzeme kullanımını optimize etmek, israfı azaltmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Bilgi yönetim sistemi, tüketim kayıtları, satın alma sistemi, muhasebe kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{İlaç giderleri} + \text{Tıbbi sarf malzeme giderleri}}{\text{Toplam tahakkuk geliri}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Hesaplamaya yalnızca dönem içinde fiilen tüketilen (sarfedilen) ilaç ve malzeme giderleri dahil edilmeli; depoda bekleyen stok değeri gider olarak yazılmamalıdır. - Bağış/hibe yoluyla temin edilen ilaç ve malzemeler gider kalemine alınmamalı; bunların kullanımından doğan gelir de paydadın çıkarılmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Personel Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Personel Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı		
Tanım	İlgili dönemde maaş, prim ve sosyal haklar dahil toplam personel maliyetlerinin, kurumun hizmet tahakkuk gelirine oranıdır.		
Amaç	Personel maliyetlerinin sürdürülebilirliğini izlemek ve işgücü verimliliğini değerlendirmektir.		
Veri Kaynağı	İnsan kaynakları kayıtları, muhasebe kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam personel giderleri}}{\text{Toplam tahakkuk geliri}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Meslek grubu bazında personel gider payı		
Açıklama	- Maaş/ücret, döner sermaye ve performans ödemelerinde brüt tutar esas alınmalıdır. - Hesaplamaya; maaş/ücret, döner sermaye ödemeleri, fazla mesai ücretleri, işveren sosyal güvenlik primleri, yemek ve ulaşım yardımları ile dönemsel ikramiyeler dahil edilmelidir. - Taşeron ve hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personele ait giderler de hesaplama dahil edilmelidir. - Yılsonu ikramiyeleri ve toplu sözleşme farkları gibi dönemsel yüklerden kaynaklanan sapmalar gösterge analizi değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Bütçe Denklik İndeksi	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Bütçe Denklik İndeksi		
Tanım	İlgili dönemde kurumun toplam hizmet tahakkuk gelirinin toplam giderini karşılama derecesini gösteren, mali sürdürülebilirliği ölçen birleşik performans göstergesidir.		
Amaç	Mali dengeyi izlemek, bütçe sapma risklerini erkenden tespit etmek ve sürdürülebilir bir mali yapı sağlamaktır.		
Veri Kaynağı	Muhasebe sistemi, bütçe takip raporları, bilanço tabloları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Toplam tahakkuk geliri}}{\text{Toplam gider}}$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Hesaplama da kullanılan gelir ve gider değerleri tahakkuk esasına göre hesaplanmalıdır. - Devlet katkısı, hibe veya bağış gelirleri ana tahakkuk gelirinden ayrı tutulmalı; indeksin yorumlanmasında bu gelir kalemlerinin varlığı not edilmelidir. - Sermaye harcamaları (büyük yatırımlar, bina onarımı vb.) işletme gideriyle karıştırılmamalı; amortisman bazında döneme yansıtılmalıdır. - Kurumun tek başına kontrol edemediği dışsal maliyet unsurları (kur farkı giderleri, enflasyon kaynaklı artışlar) raporlarda ayrıca gösterilmeli ve trend analizinde dikkate alınmalıdır.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Klinik Rehber, Kılavuz Ve Protokollere İlişkin Rastgele İncelenen Vaka Sayısı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Klinik Rehber, Kılavuz Ve Protokollere İlişkin Rastgele İncelenen Vaka Sayısı		
Tanım	İlgili dönemde klinik karar destek süreçlerinde geçerliliği onaylanmış rehber, kılavuz ve protokollere uyumu değerlendirmek amacıyla rastgele örnekleme yöntemiyle seçilerek incelenen hasta vakası sayısıdır.		
Amaç	Kanıta dayalı tıp uygulamalarını teşvik etmek, klinik süreçlerde standartlaşmayı sağlamak ve bakım kalitesini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Hasta dosyaları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; Rastgele incelenen vaka sayısının toplamı		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge			
Açıklama	- Kurumda kullanılacak klinik rehber, kılavuz ve protokoller üst yönetim tarafından belirlenmelidir. - Birden fazla protokolün geçerli olduğu karmaşık vakalar her protokol için ayrı ayrı uyum açısından değerlendirilmeli, ancak vaka sayısı hesaplamasında tek vaka olarak sayılmalıdır. - Hastayla ilgili istisnai klinik koşullar (kontraendikasyon, hasta reddi vb.) nedeniyle protokolden bilinçli olarak sapılan vakalar, sapma kaydıyla birlikte "gerekçeli istisna" olarak ayrı raporlanmalı; uyumsuzluk olarak değerlendirilmemelidir. - Rastgele incelenecek vaka sayısı, toplam yatan hasta sayısının %5'inden az olamaz.		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Sürdürülebilirlik Eğitimi Katılım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Sürdürülebilirlik Eğitimi Katılım Oranı		
Tanım	İklim değişikliği, enerji verimliliği, su tasarrufu, atık yönetimi ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri konularında düzenlenen eğitimlere katılan çalışanların, eğitim alması planlanan çalışanlara oranını gösteren göstergedir.		
Amaç	Çalışanların iklim değişikliği ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri konusundaki farkındalık düzeyini artırmaktır.		
Veri Kaynağı	Eğitim katılım formları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Eğitime Katılan Çalışan Sayısı}}{\text{Planlanan Çalışan Sayısı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	Yıllık		
Alt Gösterge			
Açıklama	Asgari eğitim başlıkları: ✓ İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri ✓ Enerji tasarrufu ✓ Su tasarrufu ✓ Atık yönetimi ✓ Geri dönüşüm uygulamaları ✓ Yeşil hastane uygulamaları ✓ Karbon ayak izi farkındalığı		

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Atık Azaltım Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Atık Azaltım Oranı		
Tanım	İlgili dönemde sağlık tesisinde oluşan toplam atık miktarının bir önceki döneme göre ne kadar azaltıldığının ölçümünü ifade etmektedir.		
Amaç	Atık oluşumunu kaynağında azaltmak, atık yönetimi maliyetlerini düşürmek ve çevreye olan etkisini en aza indirmektir.		
Veri Kaynağı	Atık takip formları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $\frac{\text{Önceki dönem toplam atık miktarı (kg)} - \text{Cari Dönem Toplam Atık Miktarı}}{\text{Önceki Dönem Toplam Atık Miktarı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	- Tıbbi Atık Azaltım Oranı - Evsel Atık Azaltım Oranı		
Açıklama			

 TÜSKA TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ	Geri Dönüştürülen Atık Oranı	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1
Gösterge Adı	Geri Dönüştürülen Atık Oranı		
Tanım	Kuruluşta oluşan toplam atık (kağıt, plastik, metal, cam ve diğer geri dönüştürülebilir atıklar) miktarı içerisinde geri dönüşüm süreçlerine kazandırılan atıkların oranını gösteren göstergedir.		
Amaç	Atık miktarını azaltmak ve geri dönüşüm kültürünü geliştirmektir.		
Veri Kaynağı	Atık takip formları, geri dönüşüm firma kayıtları		
Hedef Değer			
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde; $= \frac{\text{Geri dönüştürülen atık miktarı}}{\text{Toplam atık miktarı}} * 100$		
Veri Analiz Periyodu	3 Aylık		
Alt Gösterge	Atık türüne (kağıt, plastik, metal, cam vb.) göre geri dönüşüm oranı		
Açıklama			

Ek-1 Örneklem Belirleme Tablosu

Gözlem Yapılacak Ameliyat Sayısı Belirleme Tablosu	
Evren Sayısı (N)	Gerekli Örneklem Büyüklüğü (n)
50	44
100	79
250	151
350	183
500	217
750	254
1000	278
1500	306
2000	322
3000	341
5000	357
6000	361
8000	367
10 000	370
15 000	375
20 000	377
30 000	379
40 000	381
50 000	381
75 000	382
100 000	383
250 000	384
500 000	384
1 000 000	384
10 000 000	384
100 000 000	384

Kaynakça

Australian Consortium for Aged Care (ACAC). Quality Indicator Repository. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). (2025). Erişim adresi: [INDH373 | Catheter-Associated Urinary Tract Infection \(CAUTI\)](#)

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Quality Forum. Erişim adresi: <https://www.qualityforum.org>

Australian Commission, on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing falls and harm from falls in older people best practice guidelines for australian hospitals. Commonwealth of Australia. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2025-06/falls-guidelines-for-community-care.pdf>

Başustaoğlu, A., ve diğerleri. (2013). Kan kültürü uygulama kılavuzu.

Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS). (2019). Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon rehberi. Ankara.

Eroğlu, F. ve ark. (2001.) Yoğun bakımda sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz?. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, s. 9-11.

Green Policy Platform – OECD Green Growth Database. (2024, Haziran). OECD Green Growth Database. Erişim tarihi: 18 Haziran 2026.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28339). (Kanun No:6331).

Kelly T, Ai C, Jung M, Yu K. Catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs) and non-CAUTI hospital-onset urinary tract infections: Relative burden, cost, outcomes and related hospital-onset bacteremia and fungemia infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 2024. 45(7):864-871.

Kahveci, N. (2025). Yeşil hastaneler ve yalın yönetim. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 12(1), 176-184. <http://dergipark.gov.tr/sagakaderg>

Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Kan dolaşımı örnekleri (Kan kültürü) rehberi (2022).

Noble, M. A. (2010). Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality; aproved guideline. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), QMS12-A 30(24).

OECD. (2009). Health care quality indicators project: Patient safety indicators report, OECD. Health Working Papers No. 47 OECD Health Care.

OECD (2025), Environment at a Glance Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ac4b8b89-en> Erişim tarihi: 18 Haziran 2026.

Sciacovelli, L., et al. (2011). Quality indicators in laboratory medicine: From theory to practice, preliminary data from the ifcc working group project laboratory errors and patient safety'. Clin Chem Lab Med, 49(5), 835-844.

Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality indicators, a review of the literature. Am J Clin Pathol, 131,418-431.

Sehulster LM, et. al. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Acil obstetrik bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. (2017). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0)*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (İlk yayın tarihi 2020). ISBN: 978-975-590-770-3.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2019). Anket uygulama rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/30308/0/anket-uygulama-rehberi-son-basim-11042019pdf.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2021). Güvenli cerrahi kontrol listesi uygulama rehberi. Ankara, Pozitif Matbaa Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3741/0/4guvenlicerrahirehberipdf.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. (2022). Sezaryen Klinik Protokolü, Ankara, Sağlık Bakanlığı.

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği. (2024, 04 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 32566).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (2026), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Versiyon 4. Ankara.

National Healthcare Safety Network (NHSN). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events. 2026. Erişim Adresi:

<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf>

Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)

GÖSTERGE YÖNETİMİ REHBERİ

SAS Hastane Seti (v4.0/2025)



Adres: Sağlık Mahallesi, Prof. Dr. Nusret
Fişek Caddesi No:41 Çankaya / ANKARA



Telefon: 0 (312) 585 10 00



E-posta: tuska.tuseb.gov.tr



Web site: <https://tuska.tuseb.gov.tr/>