



**Standart 27 Genel Açıklaması:** Kurum hedef göstergelerinin sistematik analizi; sağlık tesisinin stratejik hedeflere ne ölçüde ulaştığını bütüncül biçimde değerlendirmeye olanak tanır. Bu standart; kurumsal hedef göstergelerinin dönem başında belirlenmesini, klinik kalite, hasta güvenliği, operasyonel verimlilik ve finansal göstergeler olmak üzere dört boyutta iki ayda bir ölçülmesini, hedef-gerçekleşme sapmalarının analiz edilmesini, iyileştirme aksiyonlarının planlanmasını ve tüm bulguların başhekim başkanlığında değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Ölçüt	Konu	Temel Gereklilik
27.1	Hedef Gösterge Setinin Belirlenmesi	Kurumsal hedef göstergeleri yıllık belirlenmeli; 4 boyutu kapsmalı; başhekim onaylı ve SMART kriterlere uygun olmalı
27.2	Klinik Kalite Göstergeleri	Klinik kalite göstergeleri tanımlanmış, iki ayda bir ölçülüyor ve hedefle karşılaştırılıyor olmalı
27.3	Hasta Güvenliği Göstergeleri	Hasta güvenliği göstergeleri tanımlanmış ve izleniyor; kritik göstergelerde eşik aşımı DİF tetikliyor
27.4	Operasyonel Verimlilik Göstergeleri	Yatak doluluk, ortalama yatış süresi, ameliyathane verimliliği gibi operasyonel göstergeler iki ayda bir analiz ediliyor
27.5	Finansal Göstergeler	Gelir-gider dengesi, bütçe uyum oranları ve SGK tahsilat oranı gibi finansal göstergeler izleniyor; St.22 ve St.23 ile koordineli
27.6	2 Aylık Başhekim Toplantısı	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde tüm boyutların kapsamlı değerlendirmesi

## 1. Amaç

Bu prosedürün amacı; sağlık tesisinin stratejik önceliklerini yansıtan kurumsal hedef göstergelerini yıllık bazda belirlemek, bu göstergeleri klinik kalite, hasta güvenliği, operasyonel verimlilik ve finansal boyutlarda iki ayda bir ölçmek ve analiz etmek, hedef-gerçekleşme sapmalarını raporlamak, iyileştirme aksiyonları başlatmak ve tüm bulguları iki ayda bir başhekim başkanlığında değerlendirilerek kurumsal iyileştirme döngüsünü işletmek; **SDS Hastane Versiyon 2 Standart 27** gerekliliklerini eksiksiz karşılamaktır.

## 2. Kapsam

Bu prosedür; kurumsal hedef gösterge belirleme, ölçme, analiz etme ve raporlama süreçlerinin tamamını kapsamaktadır. Klinik kalite, hasta güvenliği, operasyonel verimlilik ve finansal boyutlardaki tüm göstergeler ile bu göstergelerin takibinden sorumlu tüm birim yöneticileri, istatistik birimi, mali hizmetler birimi, kalite birimi ve başhekimlik bu prosedürün kapsamındadır.

## 3. Tanımlar ve Kısaltmalar

Kısaltma / Terim	Açıklama
------------------	----------



<b>Hedef Gösterge</b>	Kurumun ulaşmak istediği sonucu ölçen, formüle edilmiş ve belirli bir hedef değer atanmış sayısal ifade
<b>SMART Kriter</b>	Hedef belirleme kalite standardı: Specific (Özgün), Measurable (Ölçülebilir), Achievable (Ulaşılabilir), Relevant (İlgili), Time-bound (Zamana bağlı)
<b>Klinik Kalite Göstergesi</b>	Tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin kanıta dayalı standartlara uyumunu ve hasta sonuçlarını ölçen gösterge
<b>Hasta Güvenliği Göstergesi</b>	Hastane kaynaklı zarar olaylarının sıklığını ve ciddiyetini izleyen gösterge; düşme, ilaç hatası, enfeksiyon oranı gibi
<b>Operasyonel Verimlilik Göstergesi</b>	Tesisin kaynaklarını ne ölçüde etkin kullandığını gösteren gösterge; yatak doluluk oranı, ortalama yatış süresi vb.
<b>Finansal Gösterge</b>	Tesisin mali sürdürülebilirliğini ve kaynak kullanım verimliliğini ölçen gösterge; gelir-gider dengesi, tahsilat oranı vb.
<b>Eşik Değer</b>	Bir göstergede kritik olarak kabul edilen sınır değer; bu değerın aşılması DİF açılmasını veya acil aksiyon alınmasını tetikler
<b>Trend Analizi</b>	Bir göstergenin birden fazla dönem boyunca nasıl değiştiğini inceleyen analiz; iyileşme veya kötüleşme eğilimini ortaya koyar
<b>DİF</b>	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet
<b>HBYS</b>	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

## 4. Sorumlular

Unvan / Birim	Sorumluluk	Bağlı Ölçüt
<b>Başhekim</b>	Yıllık hedef gösterge setini onaylamak, stratejik öncelikleri belirlemek, 2 ayda bir değerlendirme toplantısına başkanlık etmek, kritik sapmalarda yönetim kararı almak	27.1, 27.6
<b>Kalite Birimi Sorumlusu</b>	Gösterge setini hazırlamak, veri toplama süreçlerini koordine etmek, iki aylık analiz raporunu oluşturmak, DİF süreçlerini yönetmek, değerlendirme toplantısını organize etmek	Tümü
<b>İstatistik / HBYS Birimi</b>	Klinik ve operasyonel gösterge verilerini HBYS'den çıktı olarak almak, raporları hazırlamak, birim bazlı istatistikleri kalite birimine sunmak	27.2, 27.3, 27.4
<b>Mali Hizmetler Birimi</b>	Finansal gösterge verilerini derleyerek kalite birimine sunmak, gelir-gider dengesi ve bütçe uyum raporlarını hazırlamak	27.5
<b>Birim / Klinik Sorumluları</b>	Kendi birimlerine ait göstergeleri takip etmek, veri sağlamak, sapma nedenlerini raporlamak ve aksiyonları uygulamak	27.2, 27.3, 27.4

## 5. Uygulama

### 5.1. Hedef Gösterge Setinin Belirlenmesi (Ölçüt 27.1)

#### 5.1.1. Yıllık Hedef Belirleme Süreci

Kalite birimi her yılın Aralık ayı içinde bir sonraki yılın hedef gösterge setini hazırlar. Set; birim



sorumlularının girdileri, önceki yıl performansı ve Bakanlık yönlendirmeleri esas alınarak oluşturulur; başhekim tarafından Ocak ayının ilk haftasına kadar onaylanır.

### 5.1.2. SMART Kriterlere Uygunluk

Hedef gösterge setindeki her gösterge SMART kriterlere uygun olmalıdır:

SMART Kriteri	Açılımı	Uygulama Koşulu	Örnek
<b>S – Özgün</b>	Specific	Net tanımlanmış; hangi birimi, hangi süreci ölçtüğü açık	"Cerrahi alan enfeksiyonu oranı" – genel değil, kliniğe özgü
<b>M – Ölçülebilir</b>	Measurable	Sayısal formülü ve veri kaynağı tanımlı; HBYS veya kayıt sisteminden üretilebilir	(Enfeksiyon sayısı / Ameliyat sayısı) × 100
<b>A – Ulaşılabilir</b>	Achievable	Önceki yıl performansı ve tesisin kapasitesi göz önünde bulundurularak gerçekçi hedef	Önceki yıl %3 ise hedef %2,5 – %0 değil
<b>R – İlgili</b>	Relevant	Tesisin stratejik öncelikleriyle ve SDS standartlarıyla doğrudan ilişkili	Bakanlık kalite göstergesiyle örtüşen hedef
<b>T – Zamana Bağlı</b>	Time-bound	Hedefin ulaşılacağı zaman dilimi belirtilmiş (yıl sonu, dönem sonu)	2026 yıl sonu itibarıyla %2,5 hedefi

### 5.1.3. Gösterge Setinde Bulunması Gereken Asgari Unsurlar

Her hedef gösterge için gösterge kartı (HGS-FR-001) doldurulur. Gösterge kartı aşağıdaki 6 alanı içermelidir:

No	Alan	Açıklama
1	Gösterge adı ve boyutu	Göstergenin tam adı ve hangi boyuta (klinik kalite / hasta güvenliği / operasyonel / finansal) ait olduğu
2	Ölçüm formülü	Göstergenin nasıl hesaplandığı; pay ve paydanın tanımı
3	Veri kaynağı	Verinin nereden alınacağı (HBYS modülü, kayıt sistemi, manuel sayım vb.)
4	Hedef değer ve yönü	Dönem veya yıl sonu için belirlenen hedef değer; artması mı yoksa azalması mı beklendiği (örn. $\geq$ %80 veya $\leq$ %2)
5	Eşik değer (DİF tetikleyici)	Hedekten ne kadar sapma durumunda DİF açılacağını belirten sınır; aşıldığında otomatik aksiyon başlatılır
6	Sorumlu birim	Göstergenin takibinden ve hedefine ulaşmaktan birincil sorumlu birim veya unvan

#### **Hedef Gösterge Seti Uygunluk Kriteri:**

Başhekim onaylı, 4 boyutu kapsayan, her gösterge için 6 alan doldurulmuş ve SMART kriterlere uygun yıllık gösterge seti mevcut olmalıdır. Herhangi bir boyutun eksikliği ölçütü karşılanmıyor konumuna düşürür.

## 5.2. Klinik Kalite Göstergeleri (Ölçüt 27.2)

### 5.2.1. Zorunlu Klinik Kalite Göstergeleri

Aşağıdaki klinik kalite göstergeleri her tesis için asgari izleme zorunluluğu taşır. Tesisin özelliğine göre (eğitim hastanesi, dal hastanesi vb.) ek göstergeler listeye eklenebilir.



Doküman Kodu: KV.PR.027 Yayın Tarihi: 15.03.2026 Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 0 Sayfa: 4 / 8

Gösterge Adı	Formül	Hedef Yönü
<b>Hastane İçi Mortalite Hızı</b>	$(\text{Hastanede ölen hasta sayısı} / \text{Toplam taburcu sayısı}) \times 100$	Azalan trend
<b>Yeniden Yatış Oranı (30 gün)</b>	$(\text{Taburculuktan 30 gün içinde aynı tanıyla yeniden yatan hasta} / \text{Toplam taburcu}) \times 100$	Azalan trend
<b>Sezaryen Oranı</b>	$(\text{Sezaryen doğum sayısı} / \text{Toplam doğum sayısı}) \times 100$	Bakanlık hedefine uyum
<b>Ameliyat İptal Oranı</b>	$(\text{İptal edilen ameliyat sayısı} / \text{Planlanan toplam ameliyat sayısı}) \times 100$	Azalan trend
<b>Tanısal Doğruluk (Biyopsi-Patoloji Uyum)</b>	$(\text{Ön tanı ile patoloji sonucu uyumlu vaka} / \text{Toplam biyopsi vakası}) \times 100$	Artıran trend
<b>Ortalama Yatış Süresi</b>	Toplam yatış günü / Toplam taburcu sayısı	Azalan trend (gereksiz uzama)
<b>Poliklinik Başvuru Hızı</b>	Dönem toplam poliklinik başvurusu / Dönem gün sayısı	İzleme amaçlı

**Klinik Kalite Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı (%):**

$(\text{Hedefine ulaşan klinik kalite göstergesi sayısı} / \text{Toplam klinik kalite göstergesi sayısı}) \times 100$

**Değerlendirme:** %80 ve üzeri → Karşılıyor | %60-79 → Kısmen | %59 ve altı → Karşılanmıyor

### 5.3. Hasta Güvenliği Göstergeleri (Ölçüt 27.3)

#### 5.3.1. Zorunlu Hasta Güvenliği Göstergeleri

Gösterge Adı	Formül	Hedef	Eşik / DİF
<b>Hasta Düşme Hızı</b>	$(\text{Düşme sayısı} / \text{Toplam hasta yatış günü}) \times 1000$	Azalan trend	Her olay → Kayıt; tekrarlayan DİF
<b>İlaç Hatası Bildirim Oranı</b>	$(\text{Bildirilen ilaç hatası sayısı} / \text{Toplam hasta yatış günü}) \times 1000$	Artıran trend (raporlama kültürü)	Analiz — her dönem
<b>Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı</b>	$(\text{CAE sayısı} / \text{Toplam ameliyat sayısı}) \times 100$	Azalan trend	Önceki dönemden %20 artış → DİF
<b>Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (SKİKDE)</b>	$(\text{SKİKDE sayısı} / \text{Toplam santral kateter günü}) \times 1000$	Azalan trend	Her vaka → DİF
<b>Ventilatörle İlişkili Pnömoni (VİP) Hızı</b>	$(\text{VİP sayısı} / \text{Toplam ventilatör günü}) \times 1000$	Azalan trend	Her vaka → DİF
<b>Bası Yarası İnsidans Oranı</b>	$(\text{Hastanede gelişen bası yarası sayısı} / \text{Toplam hasta yatış günü}) \times 1000$	Azalan trend	Evreye göre değerlendirme
<b>İstenmeyen Olay Bildirim Oranı</b>	$(\text{Bildirilen toplam istenmeyen olay} / \text{Toplam hasta yatış günü}) \times 1000$	Artıran trend (bildirim kültürü)	Her dönem analiz

**Hasta Güvenliği Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı (%):**

$(\text{Hedefine ulaşan hasta güvenliği göstergesi sayısı} / \text{Toplam hasta güvenliği göstergesi sayısı}) \times 100$

**Not:** Hasta güvenliği göstergelerinde "artıran trend" hedeflenen göstergeler (ilaç hatası bildirim, istenmeyen olay bildirim) için artış olumlu kabul edilir — bu göstergeler bildirim kültürünü ölçer, zararı değil.



## 5.4. Operasyonel Verimlilik Göstergeleri (Ölçüt 27.4)

### 5.4.1. Zorunlu Operasyonel Göstergeler

Gösterge Adı	Formül	Tipik Hedef
<b>Yatak Doluluk Oranı</b>	$(\text{Toplam hasta yatış günü} / \text{Toplam yatak kapasitesi} \times \text{Dönem gün sayısı}) \times 100$	%75-85
<b>Ortalama Yatış Süresi (OYS)</b>	$\text{Toplam yatış günü} / \text{Toplam taburcu sayısı}$	Taniya göre referans değer
<b>Ameliyathane Kullanım Oranı</b>	$(\text{Ameliyatta kullanılan toplam saat} / \text{Planlanan toplam ameliyat saati}) \times 100$	%80 ve üzeri
<b>Yoğun Bakım Doluluk Oranı</b>	$(\text{YBÜ hasta yatış günü} / \text{YBÜ yatak kapasitesi} \times \text{Dönem gün sayısı}) \times 100$	%70-90
<b>Acil Servis Yatış Oranı</b>	$(\text{Acil servisten yatışa alınan hasta} / \text{Toplam acil başvurusu}) \times 100$	İzleme amaçlı
<b>Randevu Uyum Oranı</b>	$(\text{Randevuya gelen hasta} / \text{Toplam randevu}) \times 100$	%80 ve üzeri
<b>Personel Devamsızlık Oranı</b>	$(\text{Devamsızlık günü} / \text{Toplam çalışma günü}) \times 100$	Azalan trend

**Operasyonel Verimlilik Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı (%):**  
(Hedefine ulaşan operasyonel gösterge sayısı / Toplam operasyonel gösterge sayısı)  $\times 100$   
**Hedef: %80 ve üzeri**

## 5.5. Finansal Göstergeler (Ölçüt 27.5)

### 5.5.1. Zorunlu Finansal Göstergeler

Finansal göstergeler Standart 22 (Gelirler) ve Standart 23 (Giderler) verileriyle tam koordineli olarak izlenir. Her iki ayda bir gelir-gider dengesi bütüncül biçimde değerlendirilir.

Gösterge Adı	Formül	Hedef
<b>Gelir Hedef Gerçekleşme Oranı</b>	$(\text{Gerçekleşen gelir} / \text{Hedeflenen gelir}) \times 100$	%100 ve üzeri
<b>Toplam Gider Bütçe Uyum Oranı</b>	$(\text{Gider bütçesi} / \text{Gerçekleşen gider}) \times 100$	%95 ve üzeri
<b>SGK Tahsilat Oranı</b>	$(\text{SGK'dan tahsil edilen tutar} / \text{SGK'ya gönderilen fatura}) \times 100$	%80 ve üzeri
<b>SGK Fatura Red Oranı</b>	$(\text{Red edilen fatura tutarı} / \text{Gönderilen toplam fatura}) \times 100$	Azalan trend
<b>İlaç + Sarf Gider Oranı</b>	$(\text{İlaç} + \text{sarf gideri} / \text{Toplam gider}) \times 100$	İzleme / Azalan trend
<b>Gelir-Gider Dengesi (Net Sonuç)</b>	$\text{Dönem Toplam Geliri} - \text{Dönem Toplam Gideri}$	Pozitif değer

**Finansal Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı (%):**  
(Hedefine ulaşan finansal gösterge sayısı / Toplam finansal gösterge sayısı)  $\times 100$   
**Hedef: %80 ve üzeri**



## 5.6. İki Aylık Başhekim Değerlendirme Toplantısı (Ölçüt 27.6)

Kriter	Açıklama
<b>Sıklık</b>	Her iki ayda bir
<b>Zamanlama</b>	Sonraki ayın <b>ilk 7 günü</b> içinde önceki 2 aya ait veriler üzerinden yapılır
<b>Zorunlu Katılımcılar</b>	Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hastane Müdürü, Kalite Birimi Sorumlusu, Mali Hizmetler Sorumlusu, İstatistik / HBYS Birimi Sorumlusu
<b>Önerilen Katılımcılar</b>	Hedef gerçekleştirme oranı düşük birimlerin klinik şefleri ve birim sorumluları

### Zorunlu Gündem Maddeleri

- Önceki dönem DİF'lerinin durumu — kapatılan, devam eden, yeni açılanlar
- Klinik kalite göstergeleri — 4 boyutlu panel tablosu; hedef gerçekleştirme oranı (Ölçüt 27.2)
- Hasta güvenliği göstergeleri — eşik aşımı olan göstergeler ve DİF durumu (Ölçüt 27.3)
- Operasyonel verimlilik göstergeleri — yatak doluluk, OYS, ameliyathane kullanım (Ölçüt 27.4)
- Finansal göstergeler — gelir-gider dengesi, SGK tahsilat, bütçe uyum (Ölçüt 27.5)
- Bütüncül hedef gerçekleştirme tablosu — 4 boyut × gösterge sayısı; yeşil/sarı/kırmızı gösterge durumu
- Yıllık kümülatif ilerleme — dönem verilerinin yıl sonu hedefine göre izlenmesi
- Bir sonraki dönem öncelikli iyileştirme alanları ve aksiyon planı

### 5.6.1. Gösterge Durum Tablosu — RAL (Kırmızı-Sarı-Yeşil) Sınıflandırması

Durum	Kriter	Gerekli Aksiyon
<b>YEŞİL</b>	Gösterge hedefe ulaşmış veya hedefin %5 tolerans içinde	İzleme — iyi uygulamayı sürdür
<b>SARI</b>	Hedefe %5-%20 geride; kötüleşme trendi var ama eşik aşılmamış	İyileştirme planı hazırla; izlemeyi sıklaştır
<b>KIRMIZI</b>	Eşik değeri aşmış veya hedefe %20'den fazla geride; art arda iki dönem kötüleşme trendi	Acil DİF aç; kök neden analizi; üst yönetime eskalasyon

## 6. Performans Göstergeleri ve Hedefler

Meta Gösterge	Formül	Hedef	Dönem
Klinik Kalite Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı	$(\text{Hedefe ulaşan klinik gösterge} / \text{Toplam klinik gösterge}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Hasta Güvenliği Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı	$(\text{Hedefe ulaşan güvenlik göstergesi} / \text{Toplam güvenlik göstergesi}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Operasyonel Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı	$(\text{Hedefe ulaşan operasyonel gösterge} / \text{Toplam operasyonel gösterge}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Finansal Gösterge Hedef Gerçekleşme Oranı	$(\text{Hedefe ulaşan finansal gösterge} / \text{Toplam finansal gösterge}) \times 100$	%80 ve üzeri	2 Aylık
Genel Kurum Hedef Gerçekleşme Oranı (4 boyut ortalaması)	$(4 \text{ boyut gerçekleştirme oranı toplamı}) / 4$	%80 ve üzeri	2 Aylık



Kırmızı Gösterge Sayısı	Dönemde RAL sınıflandırmasında kırmızıya düşen gösterge sayısı	Azalan trend	2 Aylık
Gösterge Raporlama Zamanında Hazırlanma	Sonraki ayın ilk 7 günü içinde hazırlandı mı? (Evet/Hayır)	%100	2 Aylık
DİF Kapatılma Oranı	(Kapatılan DİF / Açılan DİF) × 100	%80 ve üzeri	2 Aylık

## 7. Formlar

Form Kodu	Form Adı	İçerik Özeti
HGS-FR-001	Hedef Gösterge Kartı	6 zorunlu alan, SMART uygunluk notu, başhekim onay imzası
HGS-FR-002	Dönemlik Hedef Gerçekleşme Analiz Raporu	4 boyut, her gösterge için hedef-gerçekleşme-sapma sütunları, RAL durumu, DİF notu
HGS-FR-003	Yıllık Gösterge Seti Onay Formu	Tüm göstergeler listesi, boyut dağılımı, başhekim imzası ve tarih
HGS-FR-004	RAL Gösterge Durum Tablosu	4 boyut × göstergeler, renkli durum sütunu, trend oku, aksiyon notu

## 8. İlgili Dokümanlar

- SDS Hastane Versiyon 2 — Standart 27 Algoritması ve Değerlendirme Ölçütleri
- Hastane Gelirleri Analizi Prosedürü — Standart 22 (GEL-PR-022)
- Hastane Giderleri Analizi Prosedürü — Standart 23 (GID-PR-023)
- Poliklinik Hizmetleri Prosedürü — Standart 1 (POL-PR-001)
- YBÜ Etkinlik Analizi Prosedürü — Standart 10 (YBU-PR-010)
- Cihaz Yönetimi Prosedürü — Standart 19 (CIH-PR-019)
- DİF Yönetim Prosedürü (KAL-PR-001)
- Kök Neden Analizi Talimatı (KAL-TL-001)
- İstatistik Raporlama Talimatı (HGS-TL-001)
- Toplantı Yönetimi Prosedürü

## 9. Kayıtlar

Kayıt Adı	Sorumlu	Saklama Süresi	Ortam
Yıllık Gösterge Seti Onay Formu (HGS-FR-003)	Kalite Birimi	5 Yıl	Fiziksel + Dijital
Hedef Gösterge Kartları (HGS-FR-001)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
Dönemlik Hedef Gerçekleşme Analiz Raporu (HGS-FR-002)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
RAL Gösterge Durum Tablosu (HGS-FR-004)	Kalite Birimi	5 Yıl	Dijital
DİF Formu ve Takip Kaydı	Kalite Birimi	5 Yıl	HBYS / Dijital
İki Aylık Değerlendirme Toplantısı Tutanağı	Başhekimlik / Kalite	5 Yıl	Fiziksel + Dijital

