



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZİ**

2025 YILI FAALİYET RAPORU

Ocak 2026

İçindekiler

BİRİM ÜST YÖNETİCİ SUNUŞU	3
I. GENEL BİLGİLER	5
1.1. MİSYON VE VİZYON	5
1.2. YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR.....	5
1.3. BİRİME İLİŞKİN BİLGİLER	9
1.3.1. Fiziki Yapı	9
1.3.2. Teşkilat Yapısı.....	12
1.3.3. Teknoloji ve Bilişim Altyapısı	13
1.3.4. İnsan Kaynakları.....	18
1.3.5. Sunulan Hizmetler	20
II. AMAÇ VE HEDEFLER	33
2.1. TEMEL POLİTİKA VE ÖNCELİKLER	33
2.2. BİRİM STRATEJİK AMAÇ VE HEDEFLER	34
III. FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER	36
3.2. PERFORMANS BİLGİLERİ.....	36
3.2.2. Birim Stratejik Plan Değerlendirme Tabloları	36
IV. KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	52
4.1. ÜSTÜNLÜKLER.....	52
4.2. ZAYIFLIKLAR	52
4.3. DEĞERLENDİRME	53
V. ÖNERİ VE TEDBİRLER	54

BİRİM ÜST YÖNETİCİ SUNUŞU

26 Mart 1979'da yapılan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamış, 1984 Kasım ayında bugünkü modern Gazi Hastanesi'nin temelleri atılmış, 1997 yılında yeni hastane binası bitirilerek hizmete açılmıştır.

Hastanemiz Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı olarak hizmet verirken, 01.09.2001 tarihinde resmi gazetede yayınlanan yönetmelik ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak tanımlanmıştır. 16.01.2013 tarihinde resmi gazetede yayımlanan ve 29.09.2014 tarihinde yapılan bazı değişikliklerle düzenlenen yönetmelik hükümleri çerçevesinde günümüzde de faaliyetlerini sürdürmektedir.

1998 yılında ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi belgesi almaya hak kazanan ilk devlet üniversite hastanesi olan, Sağlık Araştırma Uygulama Merkezimiz halen Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı ile hizmet vermektedir.

Merkezimiz, sağlık alanında eğitim, araştırma ve uygulamayı bütüncül bir yaklaşımla ele alarak nitelikli sağlık insan gücü yetiştirmeyi; bu doğrultuda başta Tıp Fakültesi olmak üzere üniversite bünyesindeki akademik birimler ile yurt içi ve yurt dışındaki paydaşlarla iş birliği içinde, sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini artırmayı amaçlamaktadır.

Her yıl olduğu gibi bu yıl da hesap verebilirlik, saydamlık ve performans odaklılık ilkeleri doğrultusunda hazırlanan Birim Faaliyet Raporumuz, hastanemizin misyonu, vizyonu ve stratejik hedefleri doğrultusunda yürütülen faaliyetleri bütüncül bir bakış açısıyla ortaya koymaktadır.

Hastanemiz, 2025 yılı boyunca nitelikli, erişilebilir ve hasta odaklı sağlık hizmeti sunma hedefiyle; tıbbi hizmetlerde kalite ve güvenliği artırmaya, insan kaynağını güçlendirmeye, fiziki ve teknolojik altyapıyı geliştirmeye ve kaynakları etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanmaya yönelik çalışmalarını sürdürmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ulusal mevzuat, kalite standartları ve etik ilkeler temel alınmış; hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması öncelikli hedefler arasında yer almıştır.

Bu raporda; hastanemizin organizasyon yapısı, görev ve yetkileri, insan kaynakları durumu, mali bilgiler, yürütülen tıbbi ve idari faaliyetler ile performans göstergelerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Ayrıca, belirlenen hedeflere ulaşma düzeyi değerlendirilmiş,

karşılaşılan sorunlar ve bunlara yönelik alınan tedbirler ile gelecek döneme ilişkin öngörülere de yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğu bilinciyle, 2025 yılı içerisinde elde edilen tüm başarıların; özveriyle görev yapan hekimlerimizin, hemşirelerimizin, sağlık personelimizin, idari çalışanlarımızın ve paydaşlarımızın ortak gayretiyle mümkün olduğunu özellikle vurgulamak isterim. Bu vesileyle, sundukları katkı ve gösterdikleri fedakârlık için tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

2025 Yılı Birim Faaliyet Raporumuzun; karar vericilere, paydaşlarımıza ve kamuoyuna yol gösterici olacağına, kurumsal gelişimimize katkı sağlayacağına inanıyorum. Önümüzdeki dönemde de sağlık hizmetlerinde kaliteyi sürekli artırma hedefiyle çalışmalarımıza kararlılıkla devam edeceğimizi ifade eder, raporun hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hakan ATALAR
BAŞHEKİM
İmza

I. GENEL BİLGİLER

1.1. MİSYON VE VİZYON

Misyon

Temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmaktır.

Vizyon

Çağdaş tıp bilimi ve teknolojiyi takip eden, alanında deneyimli kadrosu ile kaliteli sağlık hizmeti sunan, güvenilir, sağlık turizmi açısından Uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen, hasta ve çalışan memnuniyetini ön planda tutan sağlık kuruluşu olmak.

1.2. YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR

16.01.2013 tarihinde 28530 sayılı Resmi gazetede yayınlanmış, 29.09.2014 tarih ve 29134 sayılı Resmi gazetede yapılan bazı değişikliklerle düzenlenen, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği doğrultusunda;

Merkezin Amacı ve Faaliyet Alanları

Merkezin Amacı

MADDE 5 – (1) Merkezin amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda eğitim-öğretim, araştırma ve uygulama yapma olanağı sağlamak, her düzeyde tıp ve sağlık personeli yetiştirmek amacıyla Tıp Fakültesi başta olmak üzere, Üniversite bünyesindeki diğer fakülte, enstitü, yüksekokullar, araştırma ve eğitim merkezleri ile yurt içinde ve yurt dışındaki diğer kurumlarla işbirliği yaparak sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli düzeyde yürütülmesini sağlamaktır.

Merkezin Faaliyet Alanları

MADDE 6 – (1) Merkez amacını gerçekleştirmek üzere aşağıdaki faaliyetlerde bulunur:

- a) Sağlıklı yaşam için sağlık hizmeti sunumu ve bu konu ile ilgili araştırma ve uygulamalarda bulunmak,
- b) Klinik dalları ve diğer disiplinlerle toplum sağlığına yönelik araştırmalar konusunda işbirliğini sağlamak,
- c) Amacı ile ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla ortak projelerin geliştirilmesine imkân sağlamak,
- ç) Toplumun sağlıklı yaşam konusundaki bilgi, davranış ve eksikliklerini tespit ederek bunların giderilmesine yönelik projeler geliştirmek,
- d) Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam bilinci kazanmalarını ve Merkez projelerinde etkin görev almalarını sağlamak, bu amaçla özendirici eğitsel faaliyetlerde bulunmak ve bu alanda çalışmak isteyenleri desteklemek,
- e) Sağlıklı bir toplumun geliştirilmesi için gerektiğinde kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşları ile işbirliği yaparak ülke düzeyinde bilim ve toplum arasında köprü görevini üstlenmek,
- f) Ulusal ve uluslararası kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarına Merkezin amaçları doğrultusunda projeler hazırlamak, eğitim programları düzenlemek, bilimsel mütalaada bulunmak ve benzeri hizmetleri vermek,
- g) Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi amacıyla, kitap, dergi, broşür ve benzeri basımları yapmak, yazılı ve görsel basın organlarında programlar düzenlemek,
- ğ) Yönetim Kurulunun kararlaştıracığı diğer faaliyetlerde bulunmak.

Merkezin Yönetim Organları ve Görevleri

Merkezin Organları

MADDE 7 – (1) Merkezin organları şunlardır:

- a) Merkez Müdürü.
- b) Yönetim Kurulu.

Merkez Müdürü

MADDE 8 – (1) Merkez Müdürü, Merkezin çalışma alanı ile ilgili sadece Tıp Fakültesinde çalışan ve mesai dışında mesleğini serbest olarak icra etmeyen profesörler arasından Rektör tarafından iki yıl süre ile görevlendirilir. Süresi biten Merkez Müdürü yeniden görevlendirilebilir.

(2) Merkez Müdürü, çalışmalarında kendisine yardımcı olmak üzere sadece Tıp Fakültesinde çalışan ve mesai dışında mesleğini serbest olarak icra etmeyen öğretim üyeleri arasından altı kişiyi müdür yardımcısı olarak görevlendirilmek üzere Rektörün onayına sunar. Merkez Müdürü görevi başında bulunmadığı zamanlarda yerine müdür yardımcılarının biri vekâlet eder. Vekâlet süresi altı ayı geçemez. Merkez Müdürünün görev süresinin dolması veya herhangi bir sebeple görevinden ayrılması halinde müdür yardımcılarının da görevleri kendiliğinden sona erer.

Merkez Müdürünün Görevleri

MADDE 9 – (1) Merkez Müdürünün görevleri şunlardır:

- a) Merkezi amaçları doğrultusunda yönetmek,
- b) Merkez ve Merkeze bağlı ünite, birim ve çalışma gruplarının en iyi şekilde çalışması için gerekli tedbirleri almak,
- c) Yönetim Kurulu kararlarını uygulamak,
- ç) Merkezin yıllık faaliyet raporunu hazırlamak, Yönetim Kurulunun görüşünü aldıktan sonra Rektöre sunmak,
- d) Merkezin amaçları doğrultusunda oluşturulan çalışma grup ve birimlerinin programlarını hazırlamak ve Yönetim Kuruluna önermek,
- e) Yurt içi ve yurt dışında benzer faaliyetlerde bulunan kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- f) Merkezin yönetim, denetim ve gözetim görevini yürütmek,
- g) Rektör tarafından görevlendirildiği takdirde ita amirliği görevini yerine getirmek,
- ğ) Sağlık alanlarındaki koordinasyonu sağlamak,
- h) Merkezin ödenek, kadro ihtiyaçlarını, bütçe ile ilgili önerilerini ve görüşülecek diğer konuları tespit ederek gerekçesi ile birlikte Yönetim Kuruluna sunmak.

Yönetim Kurulu

MADDE 10 – (1) Yönetim Kurulu; Rektörün başkanlığında, Tıp Fakültesi Dekanı, Merkez Müdürü, Merkez Müdürünün önereceği bir müdür yardımcısı, cerrahi, dâhili tıp bilimleri bölüm başkanları ve Merkez Müdürünün önereceği tıbbi laboratuvar birim sorumlularından biri ile Rektör tarafından iki yıl için görevlendirilen Tıp Fakültesi dâhili ve cerrahi tıp bilimleri öğretim üyeleri arasından birer olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşur. Görev süresi biten üye yeniden görevlendirilebilir. Üyeliğin herhangi bir nedenle boşalması halinde kalan süreyi tamamlamak üzere yeni bir üye görevlendirilebilir.

(2) Yönetim Kurulu Merkezin karar organıdır. Rektör, Yönetim Kurulunun başkanıdır. Rektörün katılmadığı toplantılarda Merkez Müdürü Yönetim Kuruluna başkanlık eder. Yönetim Kurulu, Başkanın daveti üzerine yılda en az bir kez salt çoğunlukla toplanır ve kararlar oy çokluğu ile alınır.

Yönetim Kurulunun Görevleri

MADDE 11 – (1) Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

- a) Merkezin amaçları doğrultusunda Merkezin yönetimi ile ilgili kararlar almak,
- b) Merkez bünyesinde kurulan birimler ile idari ünitelerin rasyonel çalışması için çalışma plan ve programlarını hazırlamak, bunlar arasında koordinasyonu sağlamak,
- c) Merkezin çalışma plan ve programını hazırlamak,
- ç) Rektörlüğe sunulacak faaliyet raporunu görüşmek,
- d) Personel ihtiyacını belirlemek,
- e) Merkezle ilgili hazırlanan projeler hakkında kararlar almak.

Çeşitli ve Son Hükümler

Merkez Ünitelerinin ve Birimlerinin Çalışma Usul ve Esasları

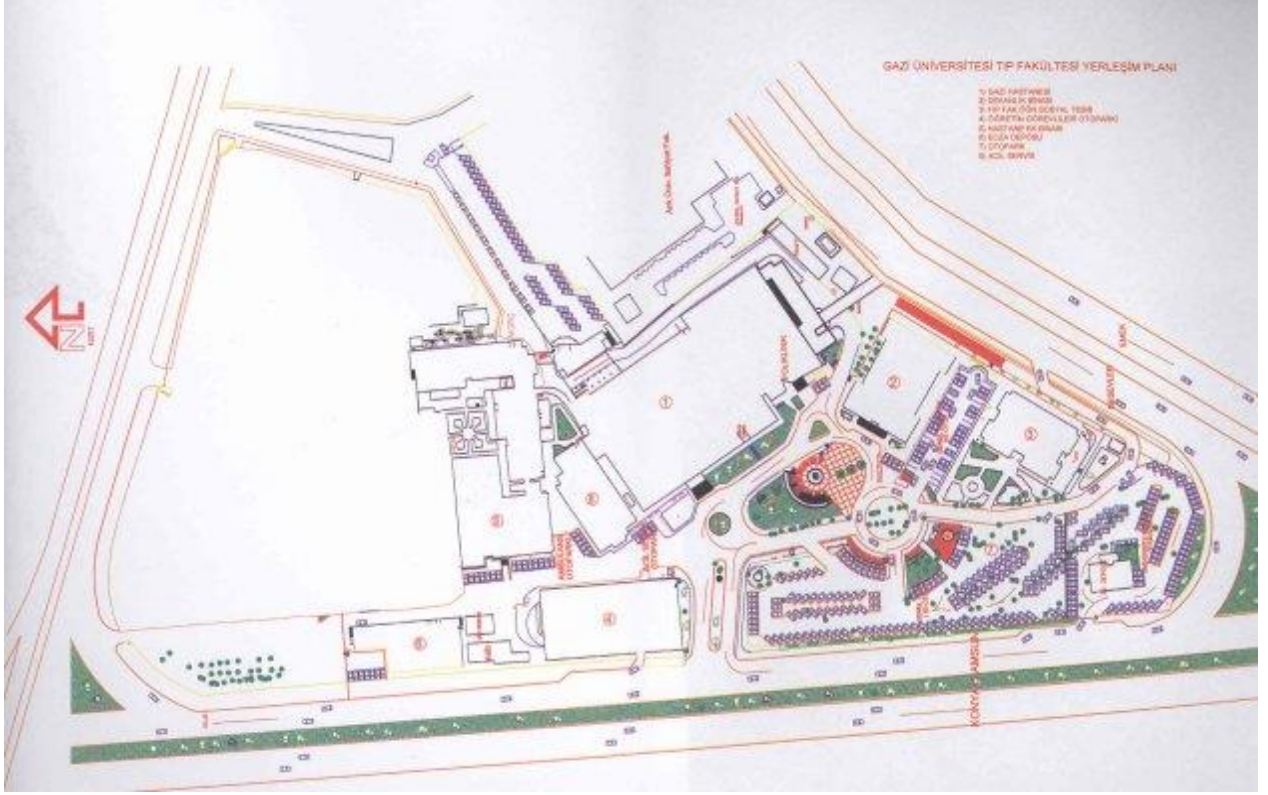
MADDE 12 – (1) Merkezde ve Merkeze bağlı olarak çalışan sağlık hizmetleri ile ilgili ünitelerde bulunan servis, poliklinik veya laboratuvar birimleri ile Merkezin idari işlerinde görevli diğer idari birimler, yürüttükleri hizmetler açısından Merkez Müdürüne karşı sorumludur.

(2) Ana bilim dallarına ait servis ve polikliniklerinin çalışma düzeni ve işleyişinden ana bilim dalı başkanları sorumludur. Ana bilim dalı başkanları bu işleyiştten aynı zamanda Merkez Müdürüne karşı sorumludur.

(3) Merkez Müdürü, tıbbi laboratuvarların da mesul müdürüdür. Tıbbi patoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarlarının her biri için ilgili alan uzmanlarından birisi Merkez Müdürü tarafından tıbbi laboratuvar birim sorumlusu olarak görevlendirilir. Birim sorumluları Merkez Müdürüne karşı sorumludur. Birim sorumlularında değişiklik olması halinde Merkez Müdürü beş işgünü içinde bu durumu Rektörlüğe bildirir. Merkez Müdürünün görevi sona erdiğinde, birim sorumlularının görevi de kendiliğinden sona erer.

1.3. BİRİME İLİŞKİN BİLGİLER

1.3.1. Fiziki Yapı



Şekil-1: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Krokisi

1.3.1.2. Sosyal Alanlar

Kantinler ve Kafeteryalar

Kantin Sayısı	: 4 Adet
Kantin Alanı	: 291 m ²
Kafeterya Sayısı	: 4 Adet
Kafeterya Alanı	: 607 m ²
Toplam Kapasite	: 512

Toplantı – Konferans Salonları

Toplantı Salonu*				Konferans Salonu*			
Kapasite ()		Kapasite ()	Alan (m ²)	Kapasite ()		Kapasite ()	Alan (m ²)
0-50	51-Üzeri			0-50	51-Üzeri		
28	5	840	1.082	-	1	300	678

Yemekhaneler

Türü	Sayı	Kapasite ()	Alan (m ²)
Personel Yemekhanesi	6	955	3.350
Öğrenci Yemekhanesi	-	-	-
TOPLAM	6	955	3.350

Okul Öncesi ve İlköğretim Okulu Alanları

İlköğretim Okulu Sayısı	: 1 Adet
İlköğretim Okulu Alanı	: 22 m ²
İlköğretim Okulu Kapasitesi	: 6

1.3.1.3. Hizmet Alanları

Akademik Personel Hizmet Alanı			İdari Personel Hizmet Alanı					
Çalışma Odası			Çalışma Odası			Servis		
Toplam Sayı	Toplam m ²	Toplam Kullanan Sayısı	Toplam Sayı	Toplam m ²	Toplam Kullanan Sayısı	Toplam Sayı	Toplam m ²	Toplam Kullanan Sayısı
430	5.312,5	1.260	240	6.300	593	140	1.700	2.146

- Ortak alanlarda 746 personel

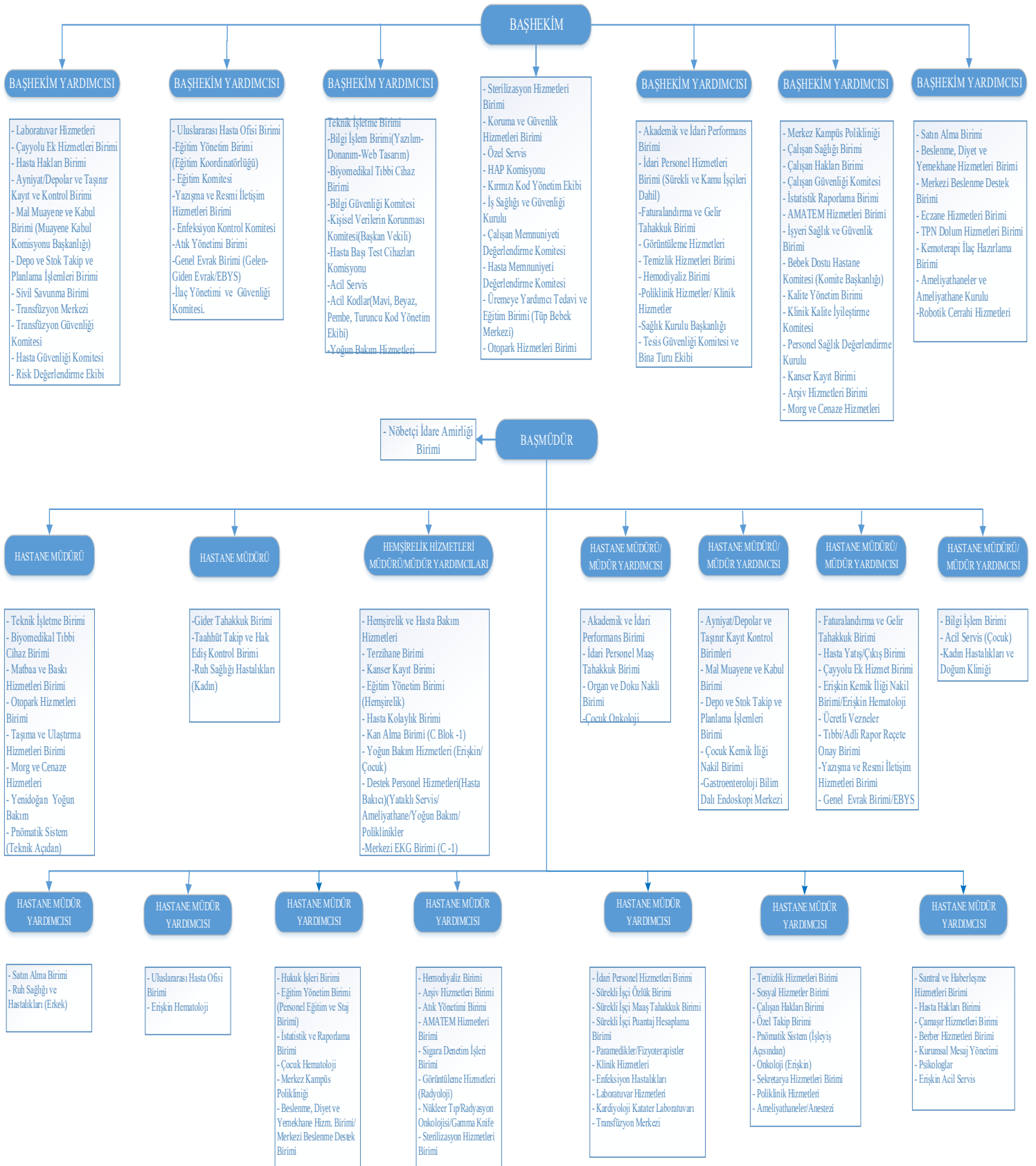
1.3.1.4. Ambar, Arşiv ve Atölye Alanları

Ambar Alanları		Arşiv Alanları		Atölye	
Sayı (Adet)	Alan (m ²)	Sayı (Adet)	Alan (m ²)	Sayı (Adet)	Alan (m ²)
3	3.189,25	5	1.500	12	800

1.3.1.5. Hastane Alanları

	Sayı (Adet)	Alan (m²)
Acil Servis	1	1.725
Yoğun Bakım	12	5.750
Ameliyathane	40	6.390
Klinik	4 Blok	36.205
Poliklinik	4 Blok	22.660
Laboratuvar	14	4.745
Eczane	1	500
Radyoloji Alanı	1	2.712
Nükleer Tıp Alanı	1	1.400
Radyoterapi Alanı	1	1.500
Sterilizasyon Alanı	1	440
Mutfak	1	1.000
Çamaşırhane	1	160
Teknik Servis	1	870
İdari Hizmetler	1	6.203
Hemodiyaliz	1	970
Depo	1	2.000
Diğer Kapalı Alan	1	48.031
Çayyolu Semt Polikliniği	1	7.410
Merkez Kampüs	1	1.370
AMATEM	1	5.840
Hastane Toplam Kapalı Alanı		157.881

1.3.2. Teşkilat Yapısı



1.3.3. Teknoloji ve Bilişim Altyapısı

Yazılımlar ve Bilgi Sistemleri

Elektronik Sağlık Kayıt Sistemi (ESKS)

Hastanemizde, tüm hastaların elektronik sağlık kayıtlarının tutulması ve paylaşılması amacıyla entegre bir HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) ile YBBYS (Yoğun Bakım Bilgi Yönetim Sistemi) kullanılmaktadır. Bu sistemler, hasta bilgilerinin güvenli, erişilebilir ve anlamlı bir şekilde paylaşılmasını sağlamaktadır. Sistemlerin içerdiği modüller aşağıda yer almaktadır:

- Randevu Modülü (İnternet ve Sesli Yanıt Sistemi destekli)
- Poliklinik Modülü
- Yatan Hasta Modülü
- Ameliyathane Modülü
- Radyoloji ve PACS Modülü (Cihaz entegrasyonları dâhil)
- Laboratuvar Modülü (Cihaz entegrasyonları dâhil)
- Kan Bankası Modülü
- Patoloji Modülü
- Mikrobiyoloji Modülü
- Stok-Satınalma ve Demirbaş Modülü
- Personel Özlük ve Bordro Modülü
- Finans ve Faturalama Modülü
- İletişim Destek Modülü
- Mobil Uygulama Modülü
- İstek Bildirim, Cihaz Arıza Takip Modülü
- Dinamik İstatistik Modülü
- Olay Bildirim Modülü
- Web Uygulama Modülü (Geliştiriliyor)
- Yoğun Bakım Bilgi Yönetim Sistemi

Üniversitemizin yeni hastane binasının ağ altyapısı ve veri merkezinin bilgi güvenliği standartlarına uygun olarak planlanması amacıyla kurulan “Yeni Hastane Binası Ağ Altyapısı ve Veri Merkezi Planlama Komisyonu”, 2025 yılı Mart ayı itibarıyla çalışmalarına başlamıştır.

Hastanemizde muayene, tetkik ve tedavi hizmetlerinden yararlanan hastaların ödemelerini vezneye gitmeye gerek kalmadan elektronik ortamda kolaylıkla gerçekleştirebilmelerini sağlamak amacıyla Halk Bankası ile entegrasyon sağlanarak “Online Ödeme Sistemi” devreye alınmıştır. Bu sistem ile aynı zamanda veznelerdeki yoğunluğun azaltılması da hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği” kapsamında; HBYS sisteminde Sevk Penceresine onay modülünün eklenmesi ve acil servisten yapılan sevk taleplerinin acil servis sorumlusu ve/veya acil servisten sorumlu baştabip yardımcısı tarafından, il dışı sevk taleplerinin ise İl Sağlık Müdürü tarafından görevlendirilecek hizmet başkanı veya başkan yardımcısı tarafından onaylanmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılması istenmiştir. Bu doğrultuda, WEB Nucleus ürününde gerekli geliştirmeler yapılmış olup, USS gönderiminin onay durumuna göre gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın talimatı doğrultusunda yapılan entegrasyon çalışmaları ile “Akılcı Test İstem Prosedürü” devreye alınmıştır. Prosedür kapsamında, hekimler tarafından Tıbbi Biyokimya testleri için branş ve süre kontrolü uygulanmaktadır. Test istemi sırasında HBYS tarafından hastanın ilgili test sonucunun mevcut olup olmadığı bilgisi e-Nabız sistemi üzerinden otomatik olarak sorgulanmakta; gerekli görülmesi hâlinde hekim, gerekçe belirterek test isteminde bulunabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın talimatları doğrultusunda, çağrı ekranlarında hasta ad ve soyad bilgilerinin USS kurallarına uygun olarak maskelenmesi sağlanmıştır. Yapılan düzenleme kapsamında, hasta e-Nabız sistemi üzerinden ad ve soyad bilgilerinin gizlenmesini tercih etmişse bilgiler maskeli olarak, aksi durumda ise açık olarak görüntülenmektedir.

Kalite Standartları gereğince yatak başı panellerinin günlük kontrollerinin yapılması ve bu kontrollerin HBYS’ ye kaydedilmesi sağlanmış; arızalı olarak kaydedilen paneller için sistem tarafından otomatik olarak arıza talebi oluşturulacak şekilde düzenleme yapılmıştır.

“Bebek Dostu Hastane” projesi kapsamında bebeklerin 1 yaşını doldurana kadar her başvurusunda beslenme durumunun kaydedilmesi sağlanmıştır.

Hastanemizde yatarak tedavi gören hastalar için beslenme skorlarının sisteme kaydedilen verilerle hesaplanması sağlanmıştır.

Kızılay’dan gelen kan ürünlerinin ISBT ve Bileşen Kodu okutularak doğrulama yapıldıktan sonra kabul edilmesi sağlanmıştır.

Akılcı Radyoloji alışmaları kapsamında, US ve direkt grafi hariç olmak üzere tüm tetkikler için entegrasyon çalışmaları tamamlanmış; entegrasyon özelliği bulunmayan cihazlar için ise manuel kayıt yapılmak suretiyle görüntü ve raporların Teleradyoloji Sistemine gönderimi sağlanmıştır.

Acil Tıp Anabilim Dalı, Pediatrik Acil Tıp Bilim Dalı ve Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Başkanlıkları tarafından Ulusal Halk Sağlığı Referans Laboratuvarında yapılmakta olan "Kanda Alkol ve Metabolit Tayini" analiz sonuçlarının takibinin yapılabilmesi için, Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS) ile entegrasyon sağlanmıştır.

Tüm ğretim üyelerinin muayene randevularının Web Randevu Sistemi üzerinden alınabilmesi sağlanmıştır.

Poliklinik muayene randevularının sadece Web Randevu Sistemi üzerinden alınabilmesi sağlanmıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gebe Okulu'nda verilen eğitimlerin kaydedilebilmesi için "Gebelik Eğitim Formu" tanımlanmıştır.

Ameliyathane Kurulu kararı ile "Güvenli Anestezi ve Hava Yolu Yönetimi Kontrol Formu" HBYS' de hazırlanarak devreye alınmıştır.

Randevusuna gelmeyen ya da randevu saatine 3 saat kala randevusunu iptal etmeyen hastaların, aynı bölümden 15 gün süreyle randevu alabilmesi engellenmiş olup, uygulama öncelikle Kardiyoloji Anabilim Dalında devreye alınmıştır. Uygulamanın sonuçları gözlemlendikten sonra Kalp ve Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı ve Gastroenteroloji Bilim Dalı muayeneleri için de uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın, yoğun bakım ünitelerinde merkezi izlenebilirlik altyapısının kurulmasına yönelik talimatı doğrultusunda Yoğun Bakım Bilgi Yönetim Sistemi yazılımı satın alınmış; "276-Yoğun Bakım Değerlendirme Genel Bilgiler", "277-Yoğun Bakım Değerlendirme İzlem ve Skorlama Veri Paketi" ve "278-Yoğun Bakım Değerlendirme Cihaz lm Bilgileri" nin USS' ye gönderimi sağlanmıştır. Bu süreçte, yoğun bakım ünitelerinde görevli hekim ve hemşirelere yönelik kullanıcı eğitimleri gerçekleştirilmiştir.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nde (Nucleus) Web Versiyon alışmaları ayaktan süreçler için tamamlanmıştır.

Yenidoğan Bilim Dalı tarafından yenidoğanların bakımında ailelerin aktif rol almasını teşvik etmek amacıyla kullanılması planlanan "Risen Family Aile Eğitim Formu" hazırlanmıştır.

Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü “Bütünleşik Kamu Mali Yönetim Bilişim Sistemi (BKMYBS) ile Hastane Bilgi Yönetim Sistemi arasında yapılan entegrasyon tamamlanarak “Varlık İşlem Fişi” veri gönderimi başlatılmıştır.

Hastanemizde kullanılmakta olan “Ameliyathane Hasta Bilgilendirme” sisteminin platformdan bağımsız olarak kullanılabilmesi amacıyla web sürümü geliştirilmiştir. Oluşturulan gruplar aracılığıyla, farklı monitörlerde farklı gruplara ait verilerin (hasta bilgileri, güncel durum bilgileri ve ameliyathane detayları) eş zamanlı olarak görüntülenmesi sağlanmıştır.

Hastanemizde vefat eden hastaların ölüm belgelerinin dijital ortamda saklanması ve kolay ulaşılabilir olmasını sağlamak üzere web tabanlı yazılım yapılmış olup “Yaşam Sonu Hizmetleri Birimi” personelinin kullanımına açılmıştır.

Sanallaştırma sunucularında kullanılmakta olan 2 IBM x3650m4 sunucuların teknolojik ömrünü tamamlaması nedeni ile 1 adet HP dl380 Prolaint sunucu alınmış olup 2 adet İBM X3650M4 sunucularındaki sanal sunucular yeni alınan sunucuya aktarılmıştır.

Bilgi İşlem Merkezinde Bilgi ve İletişim Güvenliği Rehberi doğrultusunda iç denetim gerçekleşmiştir. Tespitler ve öneriler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları devam etmektedir.

Donanımsal Altyapı

Yüksek Performanslı Ağ Altyapısı: Hastanemizde, yüksek hızlı ve güvenilir bir ağ altyapısı bulunmaktadır. Bu altyapı, hasta bilgilerinin hızlı ve güvenli bir şekilde paylaşılmasını, tıbbi görüntülerin sorunsuz bir şekilde aktarılmasını ve diğer kritik veri iletişimini destekler. İnternet erişimi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ile hastanemiz arasında yer alan 1000 Mbit Metro Ethernet bağlantısı ile ULAKNET tarafından sağlanmaktadır. Çayyolu yerleşkemiz ile hastanemiz arasında noktadan noktaya kiralık hat mevcuttur. Ayrıca, internet erişiminde sürekliliğin sağlanması amacıyla 50 Mbit kapasiteli Metro Ethernet hattı bulundurulmaktadır. Bu hat güvenlik duvarı ile korunmaktadır.

Hastanemizin veri merkezi, iş sürekliliği merkezi, bilgi işlem ofis alanı ile ağ cihazları ve kablolama altyapısı 2022 yılında yenilenmiştir. Kat kabinlerinden veri merkezi ve iş sürekliliği merkezine yedekli fiber kablolama yapılmıştır. Veri merkezleri ile kat kabinlerine ait ısı, nem ve güç değerleri, ortam izleme yazılımı aracılığıyla takip edilmektedir. Ayrıca, tüm kabinlerde kesintisiz güç kaynağı (UPS) bulunmaktadır.

Hastane personeli, öğrenciler, yatan hastalar, refakatçılar ve misafirler için kablosuz ağ hizmeti sunulmaktadır. Aynı zamanda Eduroam yayını da sağlanmaktadır.

Hastanemizde sunucu sanallaştırma teknolojileri sayesinde donanım kaynakları daha etkin ve verimli kullanılmaktadır. Bu kapsamda 9 adet fiziksel sunucu, 62 adet sanal sunucu, 4 adet depolama ünitesi ve yaklaşık 300 TB veri kapasitesi bulunmaktadır.

Ağ Güvenliği Çözümleri: Hasta bilgilerinin yetkisiz erişimlere karşı korunması büyük önem taşımaktadır. Hastanemizde Ağ Güvenliği ve Erişim Kontrol Sistemi, Aktif Dizin hizmeti ile entegre şekilde çalışmaktadır. Omurga, ağ kontrol, erişim kontrol, ağ güvenliği ve aktif dizin sistemleri yüksek erişilebilirlik sağlayacak şekilde yapılandırılmıştır.

Yedekleme ve Felaket Kurtarma Sistemleri: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi verileri profesyonel yedekleme yazılımları vasıtası ile yedeklenmektedir. Felaket Kurtarma Sistemleri için çalışmalar başlatılmıştır.

Ağ ve Sunucu Performans İzleme: Hastane, ağ ve sunucu performansının anlık olarak takip edilmesi amacıyla bir izleme sistemi bulunmaktadır.

Uzaktan Çalışma ve Erişilebilirlik: Çalışanlar için uzaktan çalışma imkânı mevcuttur. VPN ile hasta verilerine güvenli erişim sağlanabilmekte, akademik çalışmalar yapılabilmektedir.

Acil Kod ve Konsültasyon Sistemi: Wi-Fi telefonlara acil kod bildirimleri iletilmekte, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi tarafından talep edilen konsültasyonlar ise ilgili birimlerin DECT telefonlarına kısa mesaj (SMS) olarak gönderilmektedir. Sistem, izleme yazılımı aracılığıyla sürekli olarak takip edilmekte ve acil kod telefonlarının her zaman erişilebilir durumda olması sağlanmaktadır.

Kamera Sistemi: Hastanemizde, 689 adet yüksek çözünürlüklü kameradan elde edilen görüntüler, failover mimarisine sahip 9 kayıt sunucusunda en az 2 ay süreyle saklanmaktadır. Kameralar, akıllı analiz özelliklerine sahip profesyonel bir yazılım aracılığıyla 7/24 izlenmektedir.

IP Santral Sistemi: Hastanemizde Analog Santral Sistemi ile entegre çalışan yedekli IP santral sistemi bulunmaktadır. Kablosuz ağ cihazları üzerinden çalışan 150 adet DECT telefon ve 45 adet masaüstü IP telefon mevcuttur.

Bilgisayarlar

Masa Üstü Bilgisayar Sayısı : 2.444 Adet
Dizüstü/Taşınabilir Bilgisayar Sayısı : 168 Adet

Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

Cinsi	İdari Amaçlı (Adet)	Eğitim Amaçlı (Adet)	Araştırma Amaçlı (Adet)
Barkot yazıcı, okuyucu, optik okuyucu	1.106		
Baskı makinesi	3		
Episkop	-		
Faks	11		
Fotoğraf makinesi	17		
Fotokopi makinesi	28		
Kamera	920		
Mikroskop	135		
Projeksiyon	62		
Slayt makinesi	2		
Tarayıcı	59		
Televizyon	656		
Tepegöz	4		
Yazıcı	1.191		
3D Yazıcı	-		

1.3.4. İnsan Kaynakları

1.3.4.1. Akademik Personel

Unvan	Kadroların Doluluk Oranına Göre			Kadroların İstihdam Şekline Göre	
	Dolu	Boş	Toplam	Tam Zamanlı	Yarı Zamanlı
Profesör	306	-	306	242	56
Doçent	97	-	97	94	1
Dr. Öğretim Üyesi	57	-	57	70	-
Öğretim Görevlisi	44	-	44	34	-
Araştırma Görevlisi	953	-	953	978	-
TOPLAM	1.457	-	1.457	1.400	57

1.3.4.2. İdari Personel

657/4A	Kadroların Doluluk Oranına Göre		
	Dolu	Boş	Toplam
Genel İdari Hizmetler	275	-	275
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	1.338	-	1.338
Teknik Hizmetleri Sınıfı	51	-	51
Eğitim ve Öğretim Hizmetleri sınıfı	1	-	1
Avukatlık Hizmetleri Sınıfı	-	-	-
Din Hizmetleri Sınıfı	-	-	-
Yardımcı Hizmetli	147	-	147
TOPLAM	1.812	0	1.812

657/4B	Kadroların Doluluk Oranına Göre		
	Dolu	Boş	Toplam
Genel İdari Hizmetler	46	-	46
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	252	-	252
Teknik Hizmetleri Sınıfı	13	-	13
Eğitim ve Öğretim Hizmetleri sınıfı	-	-	-
Avukatlık Hizmetleri Sınıfı	-	-	-
Din Hizmetleri Sınıfı	-	-	-
Yardımcı Hizmetli	197	-	197
TOPLAM	508	0	508

İŞÇİLER	Kadroların Doluluk Oranına Göre		
	Dolu	Boş	Toplam
Sürekli İşçiler	1.165	-	1.165
TOPLAM	1.165	0	1.165

İdari Personelin Eğitim Durumu

	İlköğretim	Lise	Ön Lisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora
Sayısı	0	268	366	1.128	31	19
Yüzde (%)	0%	14,79%	20,20%	62,25%	1,71%	1,05%

İdari Personelin Hizmet Süreleri

	1-3 Yıl	4-6 Yıl	7-10 Yıl	11-15 Yıl	16-20 Yıl	21-Üzeri
Sayısı	184	180	206	416	214	612
Yüzde (%)	10,15%	9,93%	11,37%	22,96%	11,81%	33,77%

İdari Personelin Yaş İtibarıyla Dağılımı

	21-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş	51-Üzeri
Sayısı	59	284	190	213	630	436
Yüzde (%)	3,26%	15,67%	10,49%	11,75%	34,77%	24,06%

1.3.4.3. Sözleşmeli Personel ve İşçiler

Sözleşmeli İdari Personelin Eğitim Durumu

	İlköğretim	Lise	Ön Lisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora
Sayısı	0	195	167	144	2	0
Yüzde (%)	0%	38,39%	32,87%	28,35%	0,39%	0%

Sözleşmeli İdari Personelin Hizmet Süreleri

	1-3 Yıl	4-6 Yıl	7-10 Yıl	11-15 Yıl	16-20 Yıl	21-Üzeri
Sayısı	505	3	-	-	-	-
Yüzde (%)	99,41%	0,59%	0%	0%	0%	0%

Sözleşmeli İdari Personelin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	17-20 Yaş	21-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş
Sayısı	31	272	137	38	18	12
Yüzde (%)	6,10%	53,54%	26,97%	7,48%	3,54%	2,36%

Sürekli İşçilerin Hizmet Süreleri

	1-3 Yıl	4-6 Yıl	7-10 Yıl	11-15 Yıl	16-20 Yıl	21-Üzeri
Sayısı	2	174	989	-	-	-
Yüzde (%)	0,17%	14,94%	84,89%	%0,00	%0,00	%0,00

Sürekli İşçilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	20-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş	51- Üzeri
Sayısı	41	44	162	283	465	170
Yüzde (%)	3,52%	3,78%	13,91%	24,29%	39,91%	14,59%

1.3.5. Sunulan Hizmetler

1.3.5.1. Sağlık Hizmetleri

	YATAK SAYISI			HASTA SAYISI			TETKİK SAYISI		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2022	2023	2025
Acil Servis Hizmetleri	43	37	37	15.826	14.995	14.696			
Yoğun Bakım	124	124	124	7.025	7.122	6.701			
Klinik	758	759	759	47.571	47.725	45.960			
Ameliyat Sayısı				71.153	74.531	72.010			
Poliklinik Hastası Sayısı				1.136.117	1.126.383	1.118.891			
Laboratuvar Hizmetleri				654.085	1.496.650	1.461.985	12.198.861	12.872.203	12.849.612
Radyoloji Ünitesi Hizmetleri				340.285	275.538	281.310	509.203	525.563	554.962
Nükleer Tıp Hizmetleri				9.129	8.583	6.765	10.095	11.562	8.806
Merkez Kampüs (Mediko) Hizmetleri				15.463	15.781	16.652	618	914	330

1.3.5.2. İdari Hizmetler

1.3.5.2.1. Çalışan Sağlığı Birimi

Hastane çalışanlarının işyerinde maruz kalabilecekleri sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlamak, bu doğrultuda, çalışanların mevzuatta belirtilen çeşitli hallerde sağlık muayenelerini gerçekleştirmek amacıyla 15 Eylül 2021 tarihinde kurulmuştur.

Çalışan Sağlığı Biriminin Amacı

Birim; hastanemizde görev yapan personelin sağlık ve güvenliğini korumak, mesleki riskleri en aza indirmek ve sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak amacıyla faaliyet göstermektedir. Bu kapsamda;

- İdari personelin yıllık periyodik muayenelerinin planlanması ve gerçekleştirilmesi,
- Periyodik muayeneler sırasında gerekli görülen kan tetkikleri için numunelerin alınarak ilgili laboratuvarlara ulaştırılması,
- Tetkik sonuçlarına göre çalışanların bağışıklama durumlarının değerlendirilmesi ve gerekli aşılamaların yapılması,
- Muayene ve tetkik sonuçlarının hekim tarafından değerlendirilerek gerekli durumlarda ilgili birimlere yönlendirme yapılması,
- Kesici-delici alet yaralanmaları başta olmak üzere iş kazalarının izlenmesi, kayıt altına alınması ve gerekli takip süreçlerinin yürütülmesi

sağlanmaktadır.

2025 Yılında Birimde Yürütülen Faaliyetler:

Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde görevli 3.464 idari personelin periyodik muayeneleri tamamlanmıştır. 60 personel muayene olduktan sonra görevinden ayrılmış, 107 personel ise mazeret bildirerek muayenelere katılım sağlamamıştır.

2025 yılı içerisinde, hastane dışı Tıp Fakültesi personelinden 24 kişinin periyodik muayenesi gerçekleştirilmiştir.

2025 yılı içerisinde, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından tüberküloz tanısı alan hasta veya personellerle temas öyküsü bulunan; Genel Dâhiliye, Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Gastroenteroloji Kliniği, Göğüs Kliniği ve Hematoloji Yoğun Bakım birimlerinde görev yapan 123 personele PPD testi uygulanmış ve okunmuştur. Test

sonuçları değerlendirilmek üzere Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı hekimlerine iletilmiştir.

Şubat 2025 dönemi Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından yürütülen saha denetimlerinde, öncelikli olarak yoğun bakım ve acil servislerde görev yapan personelin aşılama durumları sorgulanmaktadır. Bu kapsamda, bilgiler birim sorumlularından talep edilmiş olup EBYS üzerinden birimize iletilen; Genel Cerrahi Yoğun Bakım, İç Hastalıkları Yoğun Bakım 1 ve 2, Hematoloji Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Pediatri Yoğun Bakım ve Post Anestezi Yoğun Bakım birimlerine ait personel aşı durumları kayıt altına alınmıştır.

Mayıs 2025 döneminde, Diş Hekimliği Fakültesine bağlı atık taşımada görevli 3 temizlik personelinin periyodik muayeneleri gerçekleştirilmiş ve aşılama yapılmıştır.

Haziran ayı içerisinde Başhekimlik tarafından Tıbbi Atık Biriminde görevli personellerin periyodik muayeneleri rutin olarak 6 ayda 1 yapılması istenmiş kontrolleri yeniden düzenlenmiştir.

İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kullanıma alınan AŞILA uygulaması kapsamında; hastanemizde Acil Servis, Çalışan Sağlığı Birimi, Sağlam Çocuk Aşı Polikliniği ve Yenidoğan Ünitesinde görevli hekimlere ait HSYS bilgileri temin edilerek kayıt oluşturulması amacıyla İl Sağlık Müdürlüğü'ne iletilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yetkilendirme yapılarak kullanıcı adı ve şifre tanımlanan hekimler, kendi ekiplerini oluşturarak aşılama yapacak sağlık personeli aşılama programına dâhil etmiştir.

Personelin mobil uygulamayı etkin ve kolay kullanabilmesini sağlamak amacıyla birimlere, yalnızca aşı düşümü işlemleri için tablet cihazlar temin edilmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Aşı Takip Sistemi kapsamında izlenen hastanemizdeki aşı dolaplarına ait Sıcaklık Takip Cihazları (STC), hastane genelinde kullanılan tüm dolaplarda yenilenmiştir.

Kasım ayında, hastanemiz ameliyathanesinde meydana gelen kimyasal gaz maruziyeti sonucu 22 personel etkilenmiştir. Etkilenen personelin ilk müdahaleleri Acil Serviste yapılmış olup, ileri tetkik ve takiplerinin sağlanması amacıyla İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniğinde izleme alınmıştır. Bu kapsamda, etkilenen 22 personelden 20'si polikliniğe başvurmuş ve takip süreçleri yürütülmüştür.

2025 yılsonu itibarıyla, İŞKUR tarafından yönlendirilen öğrenci personel hastanemizde yarı zamanlı olarak göreve başlamıştır. Hastane bünyesinde görevlendirilecek personelden sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin aşılama Enfeksiyon Polikliniği tarafından, diğer

alanlarda eğitim gören öğrencilerin aşılamları ise Çalışan Sağlığı Birimi tarafından yürütölmeye başlanmıştır.

01.01.2025 – 31.12.2025 tarihleri arasında yapılan personel alımları kapsamında 159 kişi 4/A–4/B kadrolu personel olarak göreve başlamıştır. Göreve başlayacak personele telefon yoluyla ulaşarak sağlık taraması randevuları oluşturulmuştur. Sağlık taramalarına gelen personel, tetkik sonuçları doğrultusunda aşılama programına alınmıştır. Elde edilen sonuçlar ile yapılan aşı uygulamalarına ilişkin kayıtlar arşivlenmiştir.

2025 yılı içerisinde, hastane genelinde 203 idari personel iş kazası geçirmiştir. Bu kapsamda 95 personel, kesici-delici alet yaralanması nedeniyle birimimize başvurmuştur. Kedi tırmalaması ve kimyasal maruziyet dâhil olmak üzere başvuran personel sayısı 128 olarak kaydedilmiştir. Başvuran personelin aşılama durumları kontrol edilmiş, kontrol ve takip gerektiren iş kazaları için personel bilgilendirilerek ilgili polikliniğe yönlendirilmiştir.

2025 yılı içerisinde, Covid-19 pozitif tanısı alan akademik ve idari personel sayısı 69 olarak kaydedilmiştir. Aynı yıl içerisinde hastanemize 160 personel göreve başlamış, 114 personel ise kurumdan ayrılmıştır.

Yapılan muayeneler sonucunda 2025 yılı içinde toplam 88 personel aşı reddinde bulunmuştur. Aşı yaptırmayan personelden, gerekçelerini içeren yazılı dilekçeler alınarak kayıt altına alınmıştır.

2025 Yılı Periyodik Muayene Raporu

KADRO	SAYI	GELEN	GELMEYEN
Bilgisayar İşletmeni	154	153	1
Biyolog	42	41	1
Büro Personeli	23	23	0
Destek Personeli	192	192	1
Diğer Sağlık Personeli 4d	25	24	1
Diyetisyen	21	19	2
Eczacı	11	11	0
Fizyoterapist	24	24	0
Güvenlik 4b	24	24	0
Hasta Bakıcı Kadrolu	67	64	3
Hemşire 4a	845	802	43
Hemşire 4b	158	155	3
Hizmetli	75	74	1
İdari Kadro(Müdür)	39	37	2
İdari Kadro Şef	17	17	0
Karışık	22	21	1
Laborant	41	41	0
Memur	5	5	0
Mühendis	4	3	1
Psikolog	9	9	0
Sağlık Memuru	83	75	8

Sağlık Teknikeri	239	229	10
Sağlık Teknisyen Yardımcısı	55	55	0
Sağlık Teknisyeni	51	50	1
Tekniker	21	20	1
Teknisyen Yardımcısı	7	7	0
Teknisyen	30	29	1
Hekim	17	15	2
V.H.K.İ.	62	62	0
Güvenlik 4d	122	122	0
Hasta Bakıcı 4d	362	358	4
Sekreter 4d	190	172	18
Teknik İşletme Personeli 4d	80	79	1
Temizlik 4d	393	392	1
TOPLAM	3510	3404	107

- 60 personel muayene olduktan sonra kurumdan ayrılmıştır. Toplam muayene olan personel sayısı 3.464' dür.

2025 Yılı Aşılama Raporu

Ay	Hep-A (Kişi / Doz)	Hep-B (Kişi / Doz)	KKK (Kişi)	Tetanos (Kişi)	Suçiçeği (Kişi)	Grip Aşısı (Kişi)	Menenjit (Kişi)	PPD (Kişi)	Toplam Aşı ve Doz Sayısı
Ocak	12 / 24	36 / 72	25	16	0	16	4	11	95 /143
Şubat	5 / 10	25 / 50	21	15	0	9	0	43	118 /148
Mart	4 / 8	18 / 36	11	9	0	0	0	0	42 /64
Nisan	3 / 6	21 / 42	8	12	0	0	1	11	56 /80
Mayıs	8 / 16	16 /32	0	11	0	0	0	24	59 /85
Haziran	7 / 14	23 / 46	0	11	0	0	0	3	44 /74
Temmuz	1 / 2	21 / 42	0	17	0	0	0	13	52 /74
Ağustos	12 / 24	30 / 60	0	18	0	0	0	3	63 /105
Eylül	25 / 50	35 / 70	0	27	0	0	0	10	97 /157
Ekim	35 / 70	50 / 100	0	33	0	48	0	5	171 /256
Kasım	29 / 58	18 / 36	0	19	0	116	0	0	182 /229
Aralık	24 / 48	41 / 82	0	18	0	30	0	0	113 /178
Toplam	165 / 330	334 /668	65	206	0	219	5	123	1092 / 1593

1.3.5.2.2. Kalite Yönetim Birimi

Merkezimizde uygulanmakta olan TS EN ISO 9001:2015 Standardı doğrultusunda belge yenileme denetimi öncesinde; Kalite El Kitabı tamamen gözden geçirilmiş ve yenilenmiş, TSE Baş Tetkikçisinin denetim öncesinde talep ettiği doküman ve evraklar kontrol edilerek ilgili yere iletilmiştir.

02-04 Haziran 2025 tarihlerinde TSE tarafından yapılan Belge Yenileme Tetkiki başarıyla tamamlanmış ve TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi belgemiz yenilenmiştir.

04 Haziran 2025 tarihinde Danışma Kurulu Toplantısı Başhekimlik Toplantı Salonu'nda gerçekleştirilmiş, TSE denetçisi ile değerlendirmeler yapılmıştır.

Kalite yönetim birimi tarafından performans raporu hazırlanmış, daha önce hazırlanan Yönetim Gözden Geçirme kararları incelenmiş ve iyileştirme faaliyetleri raporlanmıştır.

Merkezimizde sunulan hizmetlerin kalitesini artırmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarına yönelik “Hasta Deneyim Anketleri” uygulanmış, 2025 yılında 3.256 kişiye ulaşılmıştır; sonuçlar düzenli olarak analiz edilip ISO DOKÜMAN sisteminde paylaşılmıştır.

Dönemsel olarak Klinik Basınç Yarası, Yoğun Bakım Basınç Yarası, Düşen Hasta Oranı, İlaç Hatası, Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma, Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Mavi Kod gibi kalite göstergeleri analiz edilmiş ve ilgili raporlar ISO DOKÜMAN sistemine kaydedilmiştir.

Çalışan Memnuniyeti Anketi başarıyla uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Merkezimizdeki süreçler ve uygulamalar için toplam 986 dokümanda revizyon veya yeni doküman hazırlanarak kalite yönetim sisteminin etkinliği güçlendirilmiştir.

Kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına maruziyet, mavi kod, beyaz kod, düşme ve istenmeyen olay bildirimleri Excel tabanlı kayıt sistemine girilmiş, Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi'ne aktarılmış ve kök neden analizleri yapılarak süreç iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır.

Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine başarıyla bildirilmiştir.

İç tetkik ve öz değerlendirme süreçleri düzenli olarak gerçekleştirilmiş, ilgili plan ve dokümantasyon tamamlanmış, 05-16 Mayıs ve 17 Kasım - 05 Aralık 2025 tarihleri arasında tüm birimlerde tetkikler yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi (SBKKS) kapsamında gerekli veri girişleri sağlanmış ve ilgili bölümlerle koordineli olarak 610 maddelik öz değerlendirme tamamlanmıştır.

Risk yönetim sistemi kapsamında kurum riskleri belirlenmiş ve değerlendirilmiş, kalite yönetim birimi tarafından kayıt altına alınmıştır.

İç tetkik ve faaliyetler sırasında tespit edilen uygunsuzluklar kapsamında 128 Düzenleyici Önleyici Faaliyet (DÖF) kapatılmıştır.

Meslek uyum rehberleri hazırlanmış; Radyasyon Onkolojisi, Transfüzyon Merkezi, Laboratuvar Teknikeri/Teknisyeni ve Diyetisyenler için rehberler oluşturulmuştur.

KBRN tehlikelerine karşı Turuncu Kod Yönetim Ekibi kurulmuş, ilgili çalışmalar planlanmış ve uygulanmaktadır.

SKS kapsamında 160 kalite göstergesinin verileri analiz edilmiş, yıllık ve dönemsel raporlar ilgili sistemlere girilmiş ve ISO DOKÜMAN üzerinden paylaşılmıştır.

Hizmet süreci değerlendirme formları analiz edilmiş, ilgili birimlerle paylaşılmış ve imza süreçleri tamamlanmıştır.

SKS hedef değerleri gözden geçirilmiş, gerekli revizyonlar yapılmış ve 106 gösterge Bakanlık sistemine kaydedilmiştir.

İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerinden danışmanlık alınarak SKS değerlendirme ön hazırlıkları tamamlanmıştır.

Kurumsal akreditasyon ve kalite standartları çerçevesinde, toplumsal katkı ve sosyal sorumluluk projeleri yürütülmüş, okul-hastane iş birliği kapsamında “Mamak Mutlu Kelebekler Ana Okulu” ve “Gazi’den Okula Sağlık Köprüsü” projeleri hayata geçirilmiştir.

Kurum temsilcileri Rektörlük tarafından düzenlenen toplumsal katkı ödül törenine katılım sağlamıştır.

Kurumsal Veri Yönetim Sistemi (KVYS) kapsamında birim iç ve kurum iç değerlendirme raporları için gerekli kanıt girişleri sağlanmış ve online bilgilendirme toplantılarına katılım gerçekleştirilmiştir.

2025 Yılı Kalite İyileştirme Planı ve Stratejik Plan değerlendirme verileri KVYS üzerinden sisteme girilmiş, dönemsel veri girişleri tamamlanmıştır.

Ankara Üniversitesi ve İl Sağlık Müdürlüğü iş birliği ile düzenlenen kalite sempozyumlarına ve ilgili çalıştaylara katılım sağlanmıştır.

Hasta başı kontrol panelleri ve beslenme risk değerlendirmesi süreçlerinin uygulanması ve takibi amacıyla toplantılar yapılmış, ilgili sistemler güncellenmiştir.

Risk yönetimi bir bütün olarak ele alınmış, Risk Yönetim Kurulu oluşturulması için çalışmalar başlatılmıştır.

Kalite süreçlerinin değerlendirilmesi ve akreditasyon süreci için üst yönetime yönelik bilgilendirme ve iyileştirme toplantıları düzenlenmiştir.

Yoğun Bakım Ünitesi kalite göstergelerinin izlenmesi ve veri eksikliklerinin giderilmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir; CEİBA Tele ICU sistemi tanıtılmıştır.

Hastane personeline ‘Hasta ve Çalışan Güvenliği’ konulu çevrim içi eğitimler verilmiş, ilgili birimlerde eğitim ve farkındalık toplantıları yapılmıştır.

Kalite yönetim süreçleri ve SKS standartları kapsamında ameliyathane ve birim sorumlularına eğitimler verilmiş, kalite dosyaları güncellenmiştir.

Ziyaretçi kuralları güncellenmiş ve kliniklere dağıtımı sağlanmıştır.

Üniversite öğrencilerine yönelik staj ve oryantasyon kapsamında kalite yönetim sistemleri ve sağlıkta kalite uygulamaları hakkında eğitimler verilmiştir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı kapsamında ameliyat verileri analiz edilmiş ve Başhekim Yardımcısı başkanlığında iyileştirme toplantısı gerçekleştirilmiştir.

Hastane arşivi süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla üst yönetim katılımıyla toplantılara iştirak edilmiştir.

Tesis güvenliği kapsamında bina turu ve değerlendirmeler yapılmış, ilgili raporlar düzenlenmiştir.

Mavi Kod, Kırmızı Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod, Turuncu Kod ve HAP tatbikatları başarıyla gerçekleştirilmiş ve süreç iyileştirme faaliyetleri yürütülmüştür.

Mavi Kod olaylarına hızlı müdahale için Mavi Kod Birimi oluşturulmuştur.

Bebek Dostu Hastane Komitesi çalışmaları kapsamında, gebe okulları planlanmış ve 13 Haziran 2025 itibariyle Gebe Okulu tescillenmiştir; yıl boyunca 114 gebe kayıt olmuş, toplam 124 eğitim verilmiş ve 38 gebe eğitimlerini tamamlayarak katılım belgesi almıştır.

2025 Yılı Kurul, Komite, Komisyon ve Kod Yönetim Ekipleri Toplantı Sayıları:

• Bebek Dostu Hastane Komitesi	: 2
• İş Sağlığı Ve Güvenliği Kurulu	:14
• Atık Yönetimi Komitesi	: 4
• Radyasyon Güvenliği Komitesi	: 7
• Ameliyathane Kurulu	: 2
• Eğitim Komitesi	: 4
• Transfüzyon Güvenliği Komitesi	: 4
• Hasta Güvenliği Komitesi	: 4
• Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi	: 2
• Hasta Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi	: 3
• Bilgi Güvenliği Komitesi	: 2

• Tesis Güvenliği Komitesi	: 4
• Hastane Afet Planı Hazırlama Komisyonu	: 4
• İlaç Yönetimi Ve Güvenliği Komitesi	: 3
• HBTC (Hasta Başı Test Cihazları) Komisyonu	: 1
• Enerji Yönetim Ekibi	: 1
• Beyaz Kod Yönetim Ekibi	: 4
• Mavi Kod Yönetim Ekibi	: 7
• Pembe Kod Yönetim Ekibi	: 2
• Kırmızı Kod Yönetim Ekibi	: 1
• Turuncu Kod Yönetimi Ekibi	: 3
• Acil Tıp Konsültasyon Toplantıları	: 4

1.3.5.2.3. Teknik İşletme Birimi

Teknik İşletme Birimi, 15 atölye ve 114 personeliyle; altyapı ve üstyapı çalışmaları, proje çizimi ve uygulamaları, enerji merkezleri, oksijen santrali ile hastanede kullanılan tüm tıbbi, elektronik ve mekanik cihazların bakım, onarım ve tadilat süreçlerini yürütmekte olup 24 saat kesintisiz hizmet sunmaktadır.

Birim tarafından ayrıca, hastanemizde bulunan toplam gücü 9.000 kVA' nın üzerinde olan jeneratörlerin günlük, haftalık, aylık ve yıllık bakımları ile 40'tan fazla UPS cihazının haftalık bakımları ve toplam gücü 10.000 kVA' nın üzerinde olan enerji merkezinin bakım, onarım ve kontrol çalışmaları düzenli olarak gerçekleştirilmektedir.

Teknik İşletme Birimi, hastane yönetimi ile koordinasyon içerisinde yeni hastane binasının projelendirme ve inşaat süreçlerine destek sağlamakta, ayrıca bölüm başkanlıkları ve Yapı İşleri Daire Başkanlığı ile gerekli koordinasyonu yürütmektedir.

Bununla birlikte, telefonla, sözlü veya yüz yüze iletilen talepler dışında, 01.01.2025–31.12.2025 tarihleri arasında birime toplam 27.802 adet iş isteği ulaşmıştır.

E Blok Morg Girişi

2 adet fotoselli kapı montajı gerçekleştirilmiştir.

Fizik Tedavi Polikliniği

Mevcut LED panel aydınlatmalar yenilenerek enerji verimliliği artırılmıştır.

Fizik Tedavi Ayaktan Tedavi Ünitesi

Sekreterlik deski imalatı gerçekleştirilmiş; alçı, sıva ve boya işlemleri yapılmış, alçıpan bölme uygulaması tamamlanarak bir adet kapı montajı gerçekleştirilmiştir.

DSA Anjiografi D Blok 1. Kat

Kullanım ömrünü tamamlamış dolaplar yenilenmiştir.

D Blok 1. Kat Ultrasonografi

Bir adet ultrason odası oluşturulmuş; duvar bölme uygulaması yapılmış, PVC zemin kaplamaları gerçekleştirilmiş, alçı, sıva ve boya tadilatları tamamlanmış, aydınlatmalar yenilenmiş ve perde montajı yapılmıştır. Ayrıca hasta tuvaletlerinde tesisat yenilemesi gerçekleştirilerek tavan, duvar, fayanslar ve lavabolar yenilenmiştir.

D Blok 3. Kat Ameliyathane Öğretim Üyeleri WC Tadilatı

Asma tavan revizyonu yapılmış; tuvalet taşları, el yıkama bataryaları ve tezgâhlar değiştirilmiş; aydınlatma sistemleri güncellenmiş, duvar ve zemin fayanslarına ise fayans boyası uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Çocuk Psikiyatri Poliklinik Öğretim Üyesi Odası Yapılması

Alçı, sıva, boya, alçıpan ve asma tavan uygulamaları gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemleri güncellenmiş, zemine parke kaplama yapılmış; bir adet ahşap kapı ile perde montajı tamamlanmıştır.

E Blok Zemin Kat Excimer Lazer Ünitesi Sekreterlik Yapılması

Alçıpan bölme uygulaması yapılmış; alçı, sıva ve boya tadilatları gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş ve perde montajı tamamlanmıştır.

Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hasta Odası

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, perde montajı yapılmış ve 4 adet hasta oksijen-vakum hattı tesis edilmiştir.

Nükleer Tıp Anabilim Dalı D Blok 1. Kat

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, duvar ve zeminlere kurşun kaplama yapılmış; 4 adet fotoselli kapı ile kurşun kaplamalı cam montajı tamamlanmıştır.

Tomografi Ünitesi D Blok 1. Kat

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, duvar ve zeminlere kurşun kaplama yapılarak kurşun kaplamalı cam montajı tamamlanmıştır.

Çocuk Metabolizma Laboratuvarı

Laboratuvar içerisinde bulunan mevcut alüminyum doğramalar ve duvarlar sökülerek alçıpan bölme uygulaması yapılmış; alçı, sıva ve boya tadilatları gerçekleştirilmiş; aydınlatma ve havalandırma sistemleri yenilenmiş, asma tavan uygulaması tamamlanmış; yeni alüminyum doğramalar monte edilmiş, zemin epoksi kaplama ile kaplanmış ve bölüm içerisindeki tüm tezgâhlar yenilenmiştir.

E Blok 8. Kat Ameliyathane Tadilatı

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, duvar ve zeminlere kurşun kaplama yapılmış ve kurşun kaplamalı hermetik kapı montajı tamamlanmıştır.

D Blok Zemin Kat Kan Alma Biri Yapımı

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, mobilya ve perdeler yenilenmiş; kan alma koltukları temin edilerek bir adet kayar kapı imalatı yapılmıştır.

D Blok 4. Kat Patoloji Dr. Odası Yapılması

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, mobilya ve perdeler yenilenmiş ve bir adet kapı montajı yapılmıştır.

C Blok 9. Kat Riskli Gebelikler

4 adet alüminyum pencere yapılmıştır.

D Blok 3. Kat Genel Ameliyathaneler

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

C ve D Blok Zemin Kat Girişi

2 adet danışma deski yapılmıştır.

D Blok 9. Kat Doğumhane

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

Göğüs Cerrahi Servisi A Blok 4 Kat

2 adet odada tadilat çalışmaları kapsamında; alçı, sıva ve boya uygulamaları gerçekleştirilmiş, aydınlatma sistemi güncellenmiş, perdeler yenilenmiş ve PVC zemin kaplaması yapılmıştır.

Hematoloji Laboratuvarı D Blok 4. Kat

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

D Blok 2. Kat Sterilizasyon Ünitesi

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

E -D Blok Arası Tüp Geçit

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

A Blok 1 Kat İç Hastalıkları Yoğun Bakım

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

A Blok 1. Kat Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

A Blok Acil Servis Tomografi Ünitesi

PVC zemin kaplamalarında tadilat çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

B Blok 3. Kat Enfeksiyon Laboratuvarı

Alet yıkama işlemleri için çelik evye montajı yapılmıştır.

Acil Blok Çatı

Çatı izolasyon çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

D Blok Ve C Blok Zemin Kat 2 Adet Çocuk Bakım Odası Yapılması

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, mobilyalar yenilenmiş ve 2 adet kapı montajı yapılmıştır.

B Blok 1. Kat Klima Santrali

Zeminlere epoksi kaplama uygulaması gerçekleştirilmiştir.

A Blok 2. Kat Çocuk Koruma Bölümü

Bölüm içerisinde yer alan tüm mobilya ve tefrişatlar ile perdeler yenilenmiştir.

D Blok 5. Kat

Ön cephede bulunan tüm alüminyum pencereler yenilenmiştir.

E Blok 1. Kat Faturalama Birimi

Tüm alüminyum pencereler ve perdeler yenilenmiş; alüminyum doğrama kullanılarak yeni bir oda oluşturulmuştur.

D Blok 2. Kat Hemodiyaliz Ünitesi

Yangın çıkış kapısı yapılmıştır.

D Blok 2. Kat Beyin Cerrahi Servisi

Yangın çıkış kapısı yapılmıştır.

D Blok 15. Kat Çocuk Onkoloji Servisi

Yangın çıkış kapısı yapılmıştır.

C Blok Tüm Katlar

Aydınlatmaların tamamı yenilenmiştir.

C Blok -1. Kat Kan Alma Hemşire Odası Yapılması

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, mobilya ve perdeler yenilenmiştir.

D Blok 5. Kat Röntgen Odası Yapılması

Alçı, sıva ve boya tadilatları ile alçıpan bölme uygulaması gerçekleştirilmiş; aydınlatma sistemi güncellenmiş, duvar ve zeminlere kurşun kaplama yapılmış; kurşun kaplamalı kapı ve cam montajı tamamlanmış; ses sistemi kurulmuş ve pencere yenilenmiştir.

Hastane Genelî

Yangın topları yerleştirilmiş; hasta odalarının tamamına hasta mahremiyet perdeleri takılmış, hastane genelindeki pencerelere perde montajları yapılmış ve sineklikler yenilenmiştir. Ayrıca hasta transfer sedyelerinin tamamına emniyet kemeri takılmış; hastane genelinde çeşitli mahallerde toplam 500 m² parke uygulaması gerçekleştirilmiş, tüm koridorların boya işlemleri tamamlanmış, acil durum aydınlatmaları ile acil kaçış yönlendirme levhaları güncellenmiştir. Blok geçişleri için zemin yönlendirme uygulamaları gerçekleştirilmiştir.

Hastane Bahçesi

Yol çizgi boyları yenilenmiş; duba ve hacıyatmazlar değiştirilmiş; bahçe peyzaj düzenleme çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

2025 yılı içerisinde hastane genelinde gerçekleştirilen altyapı, üstyapı, mekanik, elektrik ve mimari tadilat çalışmaları ile birimlerin fiziksel koşulları iyileştirilmiş; hasta ve çalışanlara yönelik erişilebilirlik ve konfor artırılmış, güvenli, sürdürülebilir ve kalite standartlarına uygun bir sağlık hizmeti sunumunun desteklenmesi hedeflenmiştir.

II. AMAÇ ve HEDEFLER

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezimizin amacı; sağlık hizmetlerini bilimsel, etik ve kalite standartları doğrultusunda sunmak, hasta ve çalışan güvenliğini en üst düzeyde sağlamak, eğitim ve araştırma faaliyetlerini sağlık hizmetleri ile bütünsel şekilde yürütmektir.

Bu kapsamda; kalite yönetim sistemlerinin etkinliğinin artırılması, insan kaynaklarının planlı ve verimli biçimde yönetilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinde etkinlik, erişilebilirlik ve hasta memnuniyetinin artırılması, sosyal sorumluluk ve toplumsal katkı projeleri aracılığıyla toplum sağlığının desteklenmesi, gelir ve gider dengesini gözeterek sürdürülebilir mali politikaların uygulanması ve fiziki altyapının çağdaş sağlık hizmeti gereklilikleri doğrultusunda geliştirilmesi temel amaç ve hedefler arasında yer almaktadır.

2.1. TEMEL POLİTİKA VE ÖNCELİKLER

Üniversite hastanemizin temel politika ve öncelikleri; sağlık hizmetlerinin etkin, güvenli ve sürdürülebilir şekilde sunulmasını sağlamak, hasta ve çalışan güvenliğini önceliklendirmek, kalite yönetim sistemlerini güçlendirmek ve eğitim–araştırma faaliyetlerini sağlık hizmetleriyle bütünsel olarak yürütmek esasına dayanmaktadır. Bu kapsamda insan kaynaklarının planlı ve verimli yönetilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması, dijitalleşme ve bilgi teknolojilerinin etkin kullanımı, sosyal sorumluluk ve toplumsal katkı projeleriyle toplum sağlığının desteklenmesi öncelikli politika alanları olarak belirlenmiştir.

Mali kaynakların etkin ve verimli kullanılması, gelir–gider dengesinin gözetilmesi, fiziki altyapı ve teknolojik donanımın sürekli iyileştirilmesi ile iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının güçlendirilmesi, hastanemizin sürdürülebilirliğini destekleyen temel öncelikler arasında yer almaktadır.

Üniversite hastanemizin politika ve öncelikleri.

- Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programları
- Kalkınma Planları
- Yeni Ekonomi Programı (Orta Vadeli Program)
- Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tarafından Hazırlanan “Türkiye’nin Yükseköğretim Stratejisi”

- Üniversitemiz Politikaları
- Üniversitemiz Stratejik Planı

ile uyumlu olarak belirlenmiş ve uygulanmıştır.

2.2. BİRİM STRATEJİK AMAÇ VE HEDEFLER

Stratejik Amaçlar	İlgili Olduğu GÜ Stratejik Amacı	Stratejik Hedefler	İlgili Olduğu GÜ Stratejik Hedefi
Stratejik Amaç-1	Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.	Hedef-1	Merkezimizin fiziki koşulları iyileştirilecek, insan gücü ve teknoloji kapasitesi artırılabacaktır.
		Hedef-2	Yeni hastane binası yapım süreci tamamlanacak, iç tefrişatı ve personel istihdamı sağlanacaktır.
		Hedef-3	Çamaşırhane hizmetleri hastane tarafından sağlanacaktır.
		Hedef-4	Arşiv ihtiyacının giderilmesine yönelik ek arşiv binasının yapılması sağlanacaktır.
		Hedef-5	Merkezimizde bulunan Uluslararası Hasta Ofisine başvuran hasta sayısı artırılabacaktır.
Stratejik Amaç-2	Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak	Hedef-1	Bakım sürecinde gelişebilecek basınç yarısı sayısı azaltılacaktır.
		Hedef-2	Bakım sürecinde gelişebilecek düşen hasta sayısı azaltılacaktır.
		Hedef-3	Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların (SHİE) tanı sayısı azaltılacaktır.
		Hedef-4	Hasta memnuniyet oranı artırılabacaktır.
Stratejik Amaç-3	Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak	Hedef-1	Çalışan sağlık taramaları programı kapsamında Merkezimizde görev yapan idari personelin tamamının sağlık gözetimleri her yıl yapılacaktır.
		Hedef-2	Kesici delici alet yaralanmalarına veya kan ve vücut sıvısına maruz kalan çalışan sayısı azaltılacaktır.
		Hedef-3	Çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik uygulanan faaliyetler artırılabacaktır (Risk yönetimi)

			çalışmaları, beyaz kod uygulaması vb.).
		Hedef-4	alışan memnuniyet oranı artırılacaktır.
Stratejik Amaç-4	Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak	Hedef-1	Toplumsal Katkı Öncelikli Alanlar doğrultusunda faaliyetler yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde yürütölerek topluma katkı sağlayacak etkinlik sayısı artırılacaktır.
		Hedef-2	Toplumsal Katkı Politikası doğrultusunda sağlığın korunmasına ve kalitesinin artırılmasına yönelik bilgilendirmeler ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin faaliyetler artırılacaktır.

III. FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

3.2. PERFORMANS BİLGİLERİ

Performans Göstergesi	Ölçü Birimi	2025 Yılı Sonu İtibariyle Gerçekleşme	Göstergelerden Sorumlu Birimler
Ameliyat sayısı	Sayı	72.010	Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Üniversite hastaneleri nitelikli yatak oranı	Oran	%59,30	Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Üniversite hastaneleri yatak doluluk oranı	Oran	%70,6	Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Yatan hasta sayısı	Sayı	67.357	Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

3.2.1.1. Faaliyet Bilgileri

Düzenlenen Bilimsel Toplantılar, Etkinlikler

Bölüm Adı	Sempozyum		Kongre		Konferans		Panel		Seminer		Diğer*		Genel Toplam
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
G.Ü. Sağlık Araş. Ve Uyg. Merk.	2				49			1					52

A: Ulusal, B: Uluslararası

Diğer Etkinlikler	Sayı
Hizmet İçi Eğitim Programı	357
Sertifika Programı	2

Düzenlenen Bilimsel Toplantılara ve Etkinliklere Katılan Personel Sayısı

BÖLÜM ADI	Sempozyum		Kongre		Konferans		Panel		Seminer	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
G.Ü. Sağlık Araş. Ve Uyg. Merk	150				12.601		102			

A: Ulusal, B: Uluslararası

3.2.2. Birim Stratejik Plan Değerlendirme Tabloları

Stratejik Plan Değerlendirme Tablosu

Amaç (A.1)	Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.				
Hedef (H.1.1)	Merkezimizin fiziki koşulları iyileştirilecek, insan gücü ve teknoloji kapasitesi artırılabacaktır.				
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı	Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.				
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi	Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.				
H1.1 Performansı	%86				
Performans Göstergesi	Hedef Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 1.1.1 Onarım ve Bakım Faaliyetlerinin Tamamlanma Oranı	%50	%95	%97	%96,8	%99
PG 1.1.2 Yıl İçerisinde Yeni Alınan (B.A.P Döner Sermaye, Özel Bütçe) Demirbaş Niteliğindeki Tüm Taşınır	%50	2.856	3455	2548	%74
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Fiziki altyapının iyileştirilmesi hedefi güncelliğini ve stratejik önemini korumaktadır.				
Etkililik	Bakım-onarım faaliyetlerinde %99 başarı sağlanmış olsa da, demirbaş alımlarının bütçe kısıtları nedeniyle başlangıç değerinin altında kalması hedefin genel etkililiğini kısıtlamıştır.				
Etkinlik	Mevcut kaynaklar öncelikli onarım faaliyetlerine aktararak bütçe kullanımında önceliklendirme yapılmış ve kaynakların yerinde kullanımı sağlanmıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Teknolojik altyapı desteklenecektir. - Altyapıyı iyileştirmeye yönelik faaliyetler artırılabacaktır. - Demirbaş kapasitesinin artırılması için finansman kaynakları değerlendirilecektir. - Tasarruf tedbirleri kapsamında çalışmalar sürdürülecektir.				

Amaç (A.1)		Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.			
Hedef (H.1.2)		Yeni hastane binası yapım süreci tamamlanacak, iç tefrişatı ve personel istihdamı sağlanacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.			
H1.1 Performansı		% 40			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 1.2.1 Yeni Hastane Binasının Tamamlanma Oranı	%60	%30	%45	%15	%0
PG 1.2.2 Yeni Hastane Binası İç Tefrişatı Tamamlanma Oranı	%40	%0	%0	%0	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	- Yeni hastane binasının tamamlanması ve hizmete açılması, merkezin hizmet kapasitesini artırma ve modern sağlık standartlarına ulaşma vizyonuyla tam uyumludur. - Planın başlangıcından itibaren stratejik önceliğini korumuş, iç ve dış çevrede hedefin geçerliliğini sarsacak bir değişiklik yaşanmamıştır.				
Etkililik	- PG 1.2.1 (İnşaat tamamlanma oranı) %71 gerçekleşme ile hedeflenen %60 değerinin üzerine çıkılarak başarılı bir performans sergilenmiştir. - PG 1.2.2 (İç tefrişat oranı)2nın olumlu olması beklenmemesine rağmen %65 oranında olumlu sonuçlanmıştır.				
Etkinlik	- Mevcut kaynaklar inşaat sürecinin kritik aşamalarına kanalize edilerek bütçe kullanımında verimlilik sağlanmıştır. - Performans göstergelerine ulaşılırken öngörülemez ek maliyetler oluşmamış, kaynaklar planlanan takvim doğrultusunda kullanılmıştır.				
Sürdürülebilirlik	- İnşaat sonrası süreçte tıbbi cihaz, sarf malzeme ve personel planlamasının hastane üst yönetimi tarafından yakından takibi sağlanacaktır. - Yeni binanın işletme maliyetleri için tasarruf tedbirleri kapsamında verimlilik çalışmaları sürdürülecektir. - Modern altyapının teknolojik yeniliklerle desteklenmesi ve personel istihdamının tamamlanmasıyla hizmet kalitesinin sürekliliği hedeflenmektedir.				

Amaç (A.1)		Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.			
Hedef (H.1.3)		Çamaşırhane hizmetleri hastane tarafından sağlanacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.			
H1.1 Performansı		% 100			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 1.3.1 Çamaşırhane Hizmetlerinin Sağlanmasına Yönelik Fiziksel Alanın Belirlenmesi	%50	0	0	0	%100
PG 1.3.2 Çamaşırhane Hizmetlerine Yönelik Makina, Alt Yapı ve Teçhizat Sağlanması	%25	0	0	0	%100
PG 1.3.3 Çamaşırhane Hizmetlerinin Sağlanmasına Yönelik Personelin Temin Edilmesi	%25	0	0	0	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Hastanemizin dışa bağımlılığını azaltmak ve hizmet kalitesini standardize etmek amacıyla çamaşırhane hizmetlerinin kurum bünyesine alınması hedefi, stratejik planın kurumsal dönüşüm vizyonu ile tam uyumludur. Planın başlangıcından itibaren bu ihtiyacı ortadan kaldıracak bir dış çevre değişikliği saptanmamıştır.				
Etkililik	Stratejik takvimde operasyonel bir değişiklik (makine alımı veya personel istihdamı) öngörülmediği için hedef değerler "0" olarak belirlenmiştir. Mevcut durumun korunması ve planlama aşamasının başlatılması noktasında %100 oranında etkililik sağlanmıştır. Özellikle PG 1.3.1 kapsamında yer belirleme sürecinin %100 tamamlanması, hedefin sonraki yıllardaki başarısı için güçlü bir zemin oluşturmuştur.				
Etkinlik	İlgili dönemde sadece planlama ve yer tespiti çalışmaları yürütüldüğü için herhangi bir bütçe harcaması yapılmamış, dolayısıyla öngörülemeyen bir maliyet ortaya çıkmamıştır. Kaynak yönetimi, stratejik takvime uygun şekilde "hazırlık aşaması" odaklı ve verimli bir şekilde yürütülmüştür.				
Sürdürülebilirlik	Çamaşırhane biriminin fiziksel alanının belirlenmiş olması, projenin sürekliliği için ilk somut adımdır. Hastane üst yönetimi tarafından makine, teçhizat ve personel planlamasının sonraki yıllara ait bütçe ve kadro projeksiyonlarına dâhil edilmesiyle, hedefin 5 yıllık plan dönemi sonunda tam kapasite ile sürdürülebilir hale gelmesi öngörülmektedir.				

Amaç (A.1)		Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.			
Hedef (H.1.4)		Arşiv ihtiyacının giderilmesine yönelik ek arşiv binasının yapılması sağlanacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.			
H1.1 Performansı		% 0			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 1.4.1 Arşiv Hizmetlerinin Sağlanmasına Yönelik Fiziksel Alanın Belirlenmesi	%50	0	%100	0	%0
PG 1.4.2 Arşiv Hizmetlerine Yönelik Bina, Alt Yapı ve Teçhizat Sağlanması	%50	0	%50	0	%0
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede tasarruf tedbirleri uygulanmaya başlanmıştır.				
Etkililik	Performans göstergesi hedef değerlerine tasarruf tedbirleri uygulanması nedeniyle ulaşılamamıştır.				
Etkinlik	- Performans gösterge değerlerine ulaşılırken öngörülemeyen maliyetler tasarruf tedbirleri kapsamında uygulanamamıştır. - Performans göstergelerinde istenilen düzeyde hedeflenen değere ulaşabilmek için yıllar itibarıyla gerçekleşmesi öngörülen hedef ve göstergelere ilişkin güncelleme ihtiyacı değerlendirilmelidir.				
Sürdürülebilirlik	- Hastane üst yönetimi tarafından arşiv hizmet biriminin yerinin belirlenmesi, teçhizat, ekipman ve planlama süreçlerinin uygun zamanda belirlenerek takip edilecektir. - Tasarruf tedbirleri kapsamında çalışmalar sürdürülecektir.				

Amaç1. (A.1)		Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.			
Hedef (H.1.5)		Merkezimizde bulunan Uluslararası Hasta Ofisine başvuran hasta sayısı artırılabacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Üniversitemizin ulusal ve uluslararası derecelendirmelerdeki konumunun yükseltilmesi			
H1.5 Performansı		% 86			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 1.5.1 Uluslararası Hasta Ofisine Başvuran Hasta Sayısı	%50	1.520	1.839	1.323	%72
PG 1.5.2 Uluslararası Hasta Ofisine Başvuran Hastaların Memnuniyet Oranı	%50	%100	%100	%100	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	- Stratejik planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede önemli değişiklikler meydana gelmemiştir. - Planın başlangıç döneminden itibaren sağlık turizmi politikalarında hedefi geçersiz kılabacak bir değişiklik olmamıştır.				
Etkililik	Hedefin genel etkililik oranı %86 olarak gerçekleşmiştir. Memnuniyet oranı (PG 1.5.2) %100 ile tam başarı göstermiş olsa da, hasta sayısı (PG 1.5.1) küresel ve bölgesel dinamiklerin etkisiyle hedef değerinin altında kalmıştır.				
Etkinlik	Tedavi maliyetlerinde yaşanan artışlar, uluslararası hastaların maliyet algısını etkilemiştir. Buna rağmen memnuniyet oranının %100 seviyesinde korunmuş olması, sunulan tıbbi hizmetin kalitesinin maliyet artışlarına rağmen hastalar tarafından takdir edildiğini ve kaynakların hizmet kalitesini korumak adına etkin kullanıldığını göstermektedir.				
Sürdürülebilirlik	Uluslararası hasta sayısındaki düşüşü tersine çevirmek ve başarının sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla; dijital mecralarda reklam faaliyetlerinin artırılması, uluslararası sağlık turizmi fuarlarına katılım ve teknolojik altyapının yenilenmesi planlanmaktadır. Bu stratejik hamleler, takip eden dönemlerde hasta sayısının hedeflenen değere çıkarılmasını güvence altına alacaktır.				

Amaç 2. (A2)		Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 2.1 (H2.1)		Bakım sürecinde gelişebilecek basınç yarası sayısı azaltılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.			
H2.1 Performansı		% 100			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 2.1.1 Merkezimizde Gelişen Basınç Yarası Sayısı	%100	413	407	112	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Hasta güvenliği ve bakım kalitesinin artırılmasına yönelik bu hedef, kalite politikalarımızla doğrudan ilgilidir.				
Etkililik	Gösterge hedeflenen değerin çok üzerinde bir iyileşme göstererek %100 performans başarısına ulaşmıştır. Vaka sayılarındaki radikal düşüş hedefin tam olarak gerçekleştiğini kanıtlamaktadır.				
Etkinlik	Hemşirelik bakımı ve eğitim faaliyetlerinin etkin yönetimi sayesinde, ek maliyet oluşturmada süreci iyileştirmesi ile yüksek verim elde edilmiştir.				
Sürdürülebilirlik	Basınç yarasına neden olabilecek riskler ve önlemler konusunda hizmet içi eğitimlerin sıklığının artırılması %100 başarı oranının kalıcılığını sağlayacaktır.				

Amaç 2. (A2)		Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 2.2 (H2.2)		Bakım sürecinde gelişebilecek düşen hasta sayısı azaltılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.			
H2.2 Performansı		% 100			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 2.2.1 Düşen Hasta Oranı	%100	%0.034	<%0.050	%0,024	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede önemli değişiklikler meydana gelmemiştir.				
Etkililik	Performans göstergeleri hedef değerine %100 ulaşmıştır.				
Etkinlik	Performans gösterge değerlerine ulaşılırken öngörülemeyen değişiklikler ortaya çıkmamıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Hemşire çağrı sistemi sayılarının artırılması sağlanacaktır. - Hasta gruplarının özelliklerine göre yeterli uygun yatak sayısının artırılması hasta düşme oranında hedef değere ulaşmayı sürdürecektir.				

Amaç 2. (A2)		Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 2.3 (H2.3)		Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların (SHİE) tanı sayısı azaltılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Toplumsal Katkı Politikası doğrultusunda sağlığın korunmasına ve kalitesinin artırılmasına yönelik bilgilendirmeler ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin faaliyetlerin artırılması.			
H2.3 Performansı		%68			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 2.3.1 Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonları (SHİE) Tanı Sayısı	%30	671	635	787	%0
PG 2.3.2 El Hijyeni Uyum Oranı	%25	%80.58	>%85	%80,43	%94
PG 2.3.3 El Antiseptiği Tüketim Oranı	%15	%5.97	>%3	%7,5	%100
PG 2.3.4 Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	%30	%100	%100	%100	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede önemli değişiklikler meydana gelmemiştir.				
Etkililik	- Performans göstergeleri hedef değeri %68 olarak gerçekleşmiştir. - Göstergelerde ve hedef değerlerde değişiklik planlanmamıştır.				
Etkinlik	Performans gösterge değerlerine ulaşılırken öngörülemeyen mali değişiklik ortaya çıkmamıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili olarak hastane çalışanlarına yönelik eğitimler devam edecektir. - Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına verilen eğitimlere devam edilecektir.				

Amaç 2. (A2)		Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 2.4 (H2.4)		Hasta memnuniyet oranı artırılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek.			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Kurumsal dönüşümü güçlendirecek fiziki ve dijitalleşme altyapılarının geliştirilmesi.			
H2.4 Performansı		%92			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 2.4.1 Hasta Memnuniyeti Oranı	%40	%90.6	%91.5	%92.2	% 100
PG 2.4.2 Öğretim Üyesi Online Randevu Sistemine Dâhil Olan Birim Sayısı	%30	3	6	6	%100
PG 1.1.2 Yıl İçerisinde Yeni Alınan (B.A.P. Döner Sermaye, Özel Bütçe) Demirbaş Niteliğindeki Tüm Taşınır	%30	2856	3141	7835	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede ciddi değişiklikler meydana gelmemiştir.				
Etkililik	Performans göstergelerinin tamamlanma oranı %100 olarak gerçekleşmiştir.				
Etkinlik	Performans gösterge değerlerine ulaşılırken öngörülemeyen maliyetler ortaya çıkmamıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Fiziksel altyapıyı iyileştirmeye yönelik faaliyetler artırılacaktır. - Teknolojik alt yapı desteklenecektir. - Çalışanlara yönelik iletişim becerileri eğitimlerinin devamı sağlanacaktır.				

Amaç 3. (A3)		Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 3.1 (H3.1)		Çalışan sağlık taramaları programı kapsamında Merkezimizde görev yapan idari personelin tamamının sağlık gözetimleri her yıl yapılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Sağlıklı yaşam için toplumsal farkındalığı güçlendirmeye yönelik faaliyetlerin artırılması			
H3.1 Performansı		% 0			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 3.1.1 Sağlık taraması tamamlanan idari personel oranı	%100	%100	%100	%85.2	% 0
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Üniversitemiz ve Merkezimiz çalışanlarının sağlığını korumak, meslek hastalıklarını önlemek ve sağlıklı yaşam bilincini güçlendirmek amacıyla idari personelin sağlık gözetimlerinin yapılması hedefi, kurumsal sosyal sorumluluk ve İSG politikalarımızla tam uyumludur. Stratejik planın başlangıç döneminden itibaren bu gerekliliği ortadan kaldıracak bir dış çevre değişikliği meydana gelmemiştir.				
Etkililik	Yapılan planlamalar dâhilinde gösterge değeri %100 performans başarısı göstermiştir				
Etkinlik	Performans gösterge değerlerine ulaşılırken öngörülemeyen maliyetler ortaya çıkmamıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Çalışan sağlığı programlarının sürekliliğini sağlamak adına eğitim faaliyetlerine devam edilecektir. - Tüm idari personelin tarama süreçlerine aktif dâhil edilmesi için ilgili müdürlüklerle koordinasyon artırılacak ve bildirim mekanizmaları güçlendirilecektir. Bu takip sistemleri, hedeflenen tam katılımın gelecek plan yıllarında da sürdürülebilir olmasını güvence altına alacaktır.				

Amaç 3. (A3)		Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 3.2 (H3.2)		Kesici delici alet yaralanmalarına veya kan ve vücut sıvısına maruz kalan çalışan sayısı azaltılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Sağlıklı yaşam için toplumsal farkındalığı güçlendirmeye yönelik faaliyetlerin artırılması.			
H3.2 Performansı		% 40			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 3.2.1 Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalan Çalışan Sayısı	%30	7	5	15	%0
PG 3.2.2 Kesici Delici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalan Çalışan Sayısı	%30	91	74	136	%0
PG 3.2.3 Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerine Katılma Oranı	%40	%80	%81.6	%96,8	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	- Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede ciddi değişiklikler meydana gelmemiştir. - Güvenli çalışma ortamı oluşturma hedefi, 6331 sayılı İSG Kanunu ve çalışan memnuniyeti politikalarımız gereği yüksek öncelikli olmaya devam etmektedir.				
Etkililik	Eğitim hedefleri %100 aşılmış olmasına rağmen, yaralanma sayılarındaki artış nedeniyle hedefin genel etkililiği %40 seviyesinde kalmıştır.				
Etkinlik	Eğitim faaliyetleri düşük maliyet ve yüksek katılım ile gerçekleştirilmiş, kaynak etkinliği sağlanmıştır.				
Sürdürülebilirlik	PG 3.2.1 /PG 3.2.2 Atıkların kaynağında ayrıştırılması, kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili olarak hastane üst yönetimi tarafından yapılan denetimlerin sayısı artırılacaktır.				

Amaç 3. (A3)		Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 3.3 (H3.3)		Çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik uygulanan faaliyetler artırılacaktır (Risk yönetimi çalışmaları, beyaz kod uygulaması vb.).			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Sağlıklı yaşam için toplumsal farkındalığı güçlendirmeye yönelik faaliyetlerin artırılması			
H3.3 Performansı		% 100			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 3.3.1 Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ile İlgili Olarak Faaliyet Yürüten Komite Kurul Toplantı Sayıları	%40	18	18	39	%100
PG 3.3.2 Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan Risk Değerlendirme Çalışmasında Kapatılan Düzenleyici Önleyici Faaliyet Oranı	%60	%32	%53	%61	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	- Hastanemizde risk yönetimi ve çalışan güvenliği kültürünün tesis edilmesi, kurumsal sosyal sorumluluk ve hizmet kalitesini artırma amaçlarımızla tam uyumludur. - Planın başlangıç döneminden itibaren yasal mevzuat ve çalışma şartları açısından hedefi geçersiz kılacak bir değişiklik olmamış, aksine risk odaklı yaklaşımın önemi artmıştır.				
Etkililik	- Hedeflenen performans değerlerine %100 oranında ulaşılmıştır. PG 3.3.1 hedefi (18) iki katından fazla bir gerçekleşme (39) ile aşılmış, PG 3.3.2 ise %53 hedefinin üzerine çıkarak %61 olarak kaydedilmiştir.				
Etkinlik	Performans göstergelerine ulaşılırken mevcut idari ve insan kaynağı etkin kullanılmıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Çalışan güvenliği farkındalığını artırmaya yönelik eğitim faaliyetleri kesintisiz devam edecektir. - İSG Kurulu aracılığıyla, bölüm sorumlularıyla ortak eylem planları oluşturularak risklerin kaynağında çözülmesi ve başarının sürdürülebilir kılınması hedeflenmektedir.				

Amaç 3. (A3)		Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak			
Hedef 3.4 (H3.4)		Çalışan memnuniyet oranı artırılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Ulusal ve uluslararası normlar çerçevesinde kurumsal dönüşümü güçlendirmek			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Sağlıklı yaşam için toplumsal farkındalığı güçlendirmeye yönelik faaliyetlerin artırılması			
H3.4 Performansı		% 74,6			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 3.4.1 Çalışan Memnuniyeti Oranı	%30	%53	63	%51,96	%82
PG 3.4.2 Kurum İçi Yer Değiştiren Personel Oranı	%20	%16.08	<%16,08	%10,4	%100
PG 3.4.3 Çalışanlara Yönelik Yapılan Etkinlik Sayısı	%30	6	8	10	%100
PG 3.4.4 İş Kazası Geçiren Çalışan Sayısı	%20	210	170	203	%0
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede ciddi değişiklikler meydana gelmemiştir.				
Etkililik	- Performans göstergelerinde hedef değerlerine %74,6 oranında ulaşılmıştır. - Performans göstergelerinde hedeflenen değere ulaşabilmek için yıllar itibarıyla gerçekleşmesi öngörülen hedef ve göstergelere ilişkin güncelleme ihtiyacı oluşmamıştır.				
Etkinlik	- Performans göstergelerinden PG 3.4.1 hedefinin artırılmasına yönelik bütçe desteği sağlanabilir. - Performans göstergelerinden PG 3.4.3 kapsamında; Çalışanlara yönelik; ✓ Cumhuriyet Koca yönetiminde Tıp Fakültesi Türk Sanat Müziği Korosu eşliğinde yıl içerisinde iki (2) kez etkinlik düzenlenmiştir. ✓ 12-17 Mayıs Hemşireler günü/haftası etkinliği ✓ Hemşireler günü/haftası balosu ✓ Yavaş hareketlerle büyük fark Tai-Chi ile tanışın eğitim faaliyeti ✓ Kendine iyi bak eğitim faaliyeti - Bağımlılıkla Mücadele farkındalık eğitim faaliyetleri (4 kere) olmak üzere yıl içerisinde toplamda 10 adet etkinlik gerçekleştirilmiştir.				
Sürdürülebilirlik	- Özel günlerde çalışanlara yönelik kutlama mesajları gönderilmesi uygulamasına devam edilecektir. - Çalışanların motivasyonlarını artırmaya yönelik olarak sanatsal etkinlik programlarına devam edilecektir. - İş kazası geçiren personellere yönelik yapılan kök neden analizi sonrasında İSG eğitimi verilmeye devam edilecektir.				

Amaç 4. (A4)		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedef 4.1 (H4.1)		Toplumsal Katkı Öncelikli Alanlar doğrultusunda faaliyetler yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde yürütülerek topluma katkı sağlayacak etkinlik sayısı artırılacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Toplumsal Katkı Öncelikli Alanlar doğrultusunda faaliyetler yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde yürütülerek topluma katkı sağlayacak etkinlik sayısının artırılması			
H4.1 Performansı		% 100			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 4.1.1 Toplumsal Katkı Kapsamında Yapılan Etkinlik Sayısı	%100	4	4	9	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede ciddi değişiklikler meydana gelmemiştir.				
Etkililik	Yılsonu hedefi olan 5 etkinlik sayısı 9'a çıkarılarak %100 üzerinde bir başarı sağlanmıştır.				
Etkinlik	- Paydaşlarla yapılan iş birlikleri ve gönüllü personel katılımı sayesinde, bütçe imkânları zorlanmadan yüksek toplumsal erişim sağlanmıştır. - Toplumsal katkı faaliyetleri çerçevesinde; ✓ Özel gereksinimli bireyler için kan alma birimi açılmıştır. ✓ Ankara Büyükşehir Belediyesi işbirliği çerçevesinde HPV Aşı projesi gerçekleştirilmiştir. ✓ Hasta bilgilendirme ve yönlendirme ekranları hastanenin çeşitli alanlarına konulmuştur. ✓ Gebe Okulu hizmet vermeye başlamıştır. ✓ Jandarma Genel Komutanlığı ile işbirliği kapsamında Hastane Koordinasyon ve İletişim Birimi açılmıştır. ✓ 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı Kutlamaları yapılmıştır. ✓ Okul Hastane işbirliği kapsamında 2 tane proje oluşturulup gerçekleştirilmiştir. - HAVELSAN-Patoloji Laboratuvarı işbirliği anlaşması sağlanmıştır.				
Sürdürülebilirlik	- Toplumun ihtiyaçları takip edilerek buna yönelik farkındalık sağlayacak proje ve etkinliklerin kapsamı genişletilerek sayıları artırılacaktır. - Etkinlik tanıtımlarının yapılmasında sosyal medya, yazılı ve görsel basının etkin olarak kullanılması sağlanacaktır. - Toplumsal Katkı Ekibi etkinliklerin yıllık takvime bağlanması ile bu başarının kalıcı olması güvence altına alınacaktır.				

Amaç 4. (A4)		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedef 4.2 (H4.2)		Toplumsal Katkı Politikası doğrultusunda sağlığın korunmasına ve kalitesinin artırılmasına yönelik bilgilendirmeler ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin faaliyetler artırılabacaktır.			
Amacın İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Amacı		Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak			
Hedefin İlgili Olduğu GÜ Stratejik Plan Hedefi		Toplumsal Katkı Politikası doğrultusunda sağlığın korunmasına ve kalitesinin artırılmasına yönelik bilgilendirmeler ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin faaliyetlerin artırılması			
H4.2 Performansı		% 100			
Performans Göstergesi	Hedefe Etkisi (%)	Plan Dönemi Başlangıç Değeri (A)	Değerlendirme Dönemindeki Yılsonu Hedeflenen Değer (B)	Değerlendirme Dönemindeki Gerçekleşme Değeri (C)	Performans (%) (C-A)/(B-A)
PG 4.2.1 Sağlığın Korunması ve Kalitesinin Artırılması Amacıyla Sağlık Profesyonelleri Tarafından Verilen Eğitim Sayısı	%100	15.000	15.000	15.551	%100
Hedefe İlişkin Değerlendirmeler					
İlgililik	Planın başlangıç döneminden itibaren iç ve dış çevrede ciddi değişiklikler meydana gelmemiştir.				
Etkililik	- Performans göstergelerinde hedef değere %100 oranında ulaşılmıştır. - Eğitimlerin niteliği ve ulaştığı kitlenin genişliği, hedefin etkililik düzeyini artırmıştır.				
Etkinlik	- Performans gösterge değerlerine ulaşılırken hastanemizin mevcut insan kaynağı ve dijital/fiziksel platformları etkin şekilde kullanılmıştır. - Planlanan bütçe dâhilinde kalınmış, eğitimlerin gerçekleştirilmesi sürecinde öngörülemeyen ek maliyetler veya kaynak israfı ortaya çıkmamıştır. - Kaynak yönetimi verimlilik ilkesine uygun olarak yürütülmüştür.				
Sürdürülebilirlik	- Sağlığın korunması ve hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik sağlanan bu başarının kalıcı olması için eğitimlerin kapsamı genişletilecektir. - Farkındalık artırıcı faaliyetlerin çeşitlendirilmesi ve dijital mecraların daha yoğun kullanımıyla eğitim sayılarının artırılması planlanmaktadır.				

IV. KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. ÜSTÜNLÜKLER

- Şehir merkezine yakın konumu ve ulaşım kolaylığı
- Alanında tanınmış, güçlü ve deneyimli akademik kadro
- Ekip çalışmasına yatkın, nitelikli ve deneyimli teknik ve idari personel yapısı
- Teknolojik açıdan gelişmiş tıbbi cihaz donanımı ve güçlü teknik altyapı
- İleri cerrahi ve girişimsel işlemler dâhil olmak üzere geniş kapsamlı sağlık hizmeti sunabilme kapasitesi
- Başka merkezlerde uygulanamayan ileri tanı ve tedavi yöntemlerinin hastanemizde gerçekleştirilebilmesi
- Yüksek hizmet kalitesi sunan uzmanlaşmış bölüm ve ünitelerin bulunması
- Lisans, lisansüstü ve uzmanlık düzeyinde nitelikli eğitim ve uygulama olanaklarının sağlanması
- Eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin entegre biçimde yürütülmesi
- Hasta ve çalışan güvenliğini esas alan, kalite standartlarına uyumlu hizmet anlayışı
- Gelişmiş bilgi yönetim sistemleri ve dijital sağlık altyapısının etkin kullanımı
- Afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı, kesintisiz hizmet sunumunu destekleyen fiziki ve teknik altyapı
- Hasta memnuniyetini ve toplumsal katkıyı önceleyen kurumsal yaklaşım

4.2. ZAYIFLIKLAR

- Mevcut fiziki altyapının, artan hizmet talebi ve kapasite ihtiyacını karşılamada yetersiz kalabilmesi
- Hastane binalarının ve bazı teknik-teknolojik donanımların belirli alanlarda yenileme ve modernizasyona ihtiyaç duyması
- Bazı branş ve destek hizmetlerinde nitelikli personel ihtiyacının devam etmesi
- Personel dağılımı ve kapasite kullanımında dönemsel dengesizlikler yaşanması
- Görüntüleme hizmetlerinde yoğunluk nedeniyle randevu sürelerinin uzayabilmesi
- Artan hasta talebi karşısında randevu taleplerinin zaman zaman tam olarak karşılanamaması
- Bilişim altyapısının bazı alanlarda geliştirilmesine ihtiyaç duyulması
- Arşiv ve dokümantasyon süreçlerinde dijitalleşmenin artırılması gerekliliği

- Görev tanımları ile yetki ve sorumluluk alanlarının bazı birimlerde daha net hale getirilmesi ihtiyacı
- Finansman kaynaklarının sınırlı olması nedeniyle bütçe yönetiminde zorluklar yaşanabilmesi
- Çalışan memnuniyeti ve motivasyonunu artırmaya yönelik iyileştirme ihtiyacının bulunması
- Malzeme ve sarf alımlarında tedarik süreçlerinden kaynaklanan gecikmeler yaşanabilmesi
- Performans değerlendirme sistemlerinin etkinliğinin artırılmasına ihtiyaç duyulması
- Hızla gelişen teknolojiye uyum sağlamak amacıyla teknolojik yatırımların artırılması gerekliliği

4.3. DEĞERLENDİRME

Günümüzde artan hizmet maliyetleri, tıbbi malzeme ve donanım giderlerindeki yükseliş ile Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamalarının katı ve standartlara dayalı yapısı, üniversite hastanelerinin mali sürdürülebilirliği üzerinde önemli baskılar oluşturmaktadır. Hastanemizin 3. basamak sağlık hizmeti sunan bir kurum olması nedeniyle, daha kompleks ve özellikli hasta profiline hizmet verilmesi; ileri teknolojiye sahip tıbbi cihazlar, nitelikli insan kaynağı ve yüksek maliyetli tedavi süreçlerini zorunlu kılmaktadır. Bu durum, hizmet kalitesinin korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan harcamaların önemli düzeylere ulaşmasına neden olmaktadır.

Bununla birlikte, hastanemizin sahip olduğu güçlü akademik kadro, deneyimli sağlık çalışanları ve ileri tanı-tedavi olanakları sayesinde, tüm bu mali ve yapısal zorluklara rağmen sağlık hizmetlerinde kalite ve süreklilik sağlanmaya devam edilmektedir. Üstünlük ve zayıflıklarımız birlikte değerlendirildiğinde; hasta ve hasta yakınları tarafından tercih edilen, bölgesel ve ulusal düzeyde referans niteliği taşıyan bir sağlık kurumu olmamız önemli bir avantaj oluşturmaktadır.

2025 yılı içerisinde gerçekleştirilen fiziki, teknik ve altyapı iyileştirmeleri ile hastane bünyesindeki mevcut birimlerin fiziki koşulları iyileştirilmiş, hizmet sunum kapasitesi ve işlevselliği artırılmıştır. Devam eden ve planlanan yenileme çalışmalarıyla birlikte, mevcut zayıflıkların orta vadede avantaja dönüştürülmesi hedeflenmiş; hasta ve çalışan odaklı yaklaşımla yürütülen bu çalışmalar, hizmet kalitesinin artırılmasına, erişilebilirliğin güçlendirilmesine ve güvenli sağlık hizmeti sunumunun desteklenmesine katkı sağlamıştır.

Genel değerlendirme olarak; hastanemiz, mevcut kısıtlılıklara rağmen stratejik planlama, etkin kaynak kullanımı ve sürekli iyileştirme anlayışıyla daha kaliteli, sürdürülebilir ve bütüncül sağlık hizmeti sunma hedefi doğrultusunda gelişimini sürdürmektedir.

V. ÖNERİ VE TEDBİRLER

Üniversite hastaneleri; ileri düzey sağlık hizmeti sunumu ile birlikte eğitim ve araştırma faaliyetlerini eş zamanlı yürüten, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır. Bu çok yönlü yapı, üniversite hastanelerini diğer sağlık kuruluşlarından ayırmakta; kompleks hasta profili, yoğun eğitim faaliyetleri ve ileri teknoloji gereksinimi nedeniyle maliyetleri artırmaktadır. Bu kapsamda üniversite hastanelerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla aşağıdaki öneri ve tedbirlerin hayata geçirilmesi önem arz etmektedir.

Eğitim ve uygulama faaliyetlerinden kaynaklanan ek maliyetlerin Döner Sermaye bütçesi üzerindeki etkisinin azaltılması amacıyla; stajyer öğrenci sayıları ve eğitim yükü dikkate alınarak elektrik, su, yakıt, yemek, temizlik, güvenlik ve benzeri giderlerin belirli bir kısmının özel bütçe veya merkezi kaynaklar aracılığıyla desteklenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, üniversite hastanelerinin eğitim misyonunu güçlendirecek ve mali sürdürülebilirliğe katkı sağlayacaktır.

Personel giderleri Döner Sermaye bütçesi üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Üniversite hastanelerinin nitelikli insan kaynağını koruyabilmesi, çalışan memnuniyetini artırabilmesi ve hizmet sürekliliğini sağlayabilmesi için personel ücretlendirme ve ek ödeme sistemlerinin üniversite hastanelerinin özgün yapısı dikkate alınarak daha rasyonel ve sürdürülebilir bir çerçevede yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hasta yoğunluğuna bağlı olarak randevu taleplerinin karşılanmasında ve bekleme sürelerinde yaşanan zorlukların azaltılması amacıyla; insan kaynağı planlamasının güçlendirilmesi, poliklinik ve tetkik süreçlerinin gözden geçirilmesi, iş akışlarının optimize edilmesi ve randevu yönetim sistemlerinin etkinliğinin artırılması önem taşımaktadır. Bu kapsamda, hasta akışını düzenleyici dijital çözümlerin ve karar destek mekanizmalarının yaygınlaştırılması, hizmet erişimini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyecektir.

Bilişim altyapısının güçlendirilmesi; sağlık hizmetlerinin etkin, güvenli ve kesintisiz sunulabilmesi açısından temel bir gerekliliktir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, klinik karar destek sistemleri, görüntüleme ve raporlama altyapıları ile entegrasyon süreçlerinin geliştirilmesi; veri güvenliği, hizmet hızı ve operasyonel verimlilik açısından öncelikli alanlar arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda bilişim altyapısına yönelik yatırımların artırılması ve dijitalleşme süreçlerinin desteklenmesi önerilmektedir.

Fiziki altyapı ve teknik donanım ihtiyaçlarının planlı ve önceliklendirilmiş yatırımlarla karşılanması; hasta güvenliği, çalışan sağlığı ve hizmet kalitesi açısından büyük önem

taşımaktadır. Bakım-onarım faaliyetlerinin sürekliliği sağlanmalı, teknolojik gelişmelere uyumlu tıbbi cihaz yatırımları artırılmalı ve altyapı iyileştirmeleri stratejik planlama çerçevesinde yürütülmelidir.

Ayrıca kalite yönetim sistemlerinin güçlendirilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan geri bildirim mekanizmalarının etkin kullanılması, performans değerlendirme süreçlerinin geliştirilmesi ve sürekli iyileştirme yaklaşımının yaygınlaştırılması, sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini artıracaktır.

Son olarak, üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti sunumu, eğitim ve araştırma fonksiyonlarını sürdürülebilir şekilde yerine getirebilmesi için; mevzuat, finansman ve yönetim modellerinin üniversite hastanelerinin özgün ihtiyaçlarını gözetten bir anlayışla ele alınması, kurumsal devamlılık ve hizmet kalitesi açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI¹

Harcama Yetkilisi olarak görev ve yetkilerim çerçevesinde;

Harcama birimimizce gerçekleştirilen iş ve işlemlerin idarenin amaç ve hedeflerine, iyi malî yönetim ilkelerine, kontrol düzenlemelerine ve mevzuata uygun bir şekilde gerçekleştirildiğini, birimimize bütçe ile tahsis edilmiş kaynakların planlanmış amaçlar doğrultusunda etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanıldığını, birimimizde iç kontrol sisteminin yeterli ve makul güvenceyi sağladığını bildiririm.

Bu güvence, harcama yetkilisi olarak sahip olduğum bilgi ve değerlendirmeler, yönetim bilgi sistemleri, iç kontrol sistemi değerlendirme raporları, izleme ve değerlendirme raporları ile denetim raporlarına dayanmaktadır².

Bu raporda yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu beyan ederim³.

(ANKARA –16/01/2026)

İmza

Prof. Dr. Hakan ATALAR
BAŞHEKİM

¹ Harcama yetkilileri tarafından imzalanan iç kontrol güvence beyanı birim faaliyet raporlarına eklenir.

² Yıl içerisinde harcama yetkilisi değişmişse “benden önceki harcama yetkilisi/yetkililerinden almış olduğum bilgiler” ibaresi de eklenir.

³ Harcama yetkilisinin herhangi bir çekincesi varsa bunlar liste olarak bu beyana eklenir ve beyanın bu çekincelerle birlikte dikkate alınması gerektiği belirtilir.