**Destek ve Kalite Hizmetleri Performans Gösterge Kartları**

2018

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Sağlık Otelciliği Hizmetlerinin Etkin Yürütülmesini Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.DKHM.1.1 |
| Gösterge Adı | Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Kusursuz sağlık otelciliği hizmeti vermek |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;A: Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile İlgili Standartlara Ait SKS PuanıB: Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile İlgili Standartlara Ait SKS Tavan PuanıC: Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesine Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesine Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyi |
| Hesaplama Formülü | E1 = (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 20%80 ≤ K < %85 ise GP = 16%75 ≤ K < %80 ise GP = 12%70 ≤ K < %75 ise GP = 8%65 ≤ K < %70 ise GP = 4K < %65 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 20 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Arşivlerin Fiziki Koşulları ve İşleyişi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı** |
| GK:  | Yayın Tarihi:  | Revizyon Tarihi:  | Revizyon No:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sözleşme Pozisyonu**  | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| **Performans Kriteri**  | Arşiv Hizmetlerini Değerlendirmek |
| **Gösterge Kodu**  | TT.DKHM.2.1 |
| **Gösterge Adı**  | Arşivlerin Fiziki Koşulları ve İşleyişi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| **Amacı**  | Arşiv hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini ölçmek. |
| **Hesaplama Parametreleri**  | İlgili dönemde;A: Arşiv Hizmetleri ile İlgili Standartlara Ait SKS PuanıB: Arşiv Hizmetleri ile İlgili Standartlara Ait SKS Tavan PuanıC: Arşiv Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Arşivlerin Fiziki Koşulları ve İşleyişi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü**  | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ K < %85 ise GP = 8%75 ≤ K < %80 ise GP = 6%70 ≤ K < %75 ise GP = 4%65 ≤ K < %70 ise GP = 2K < %65 ise GP = 0 |
| **Gösterge Hedefi**  | Arşivlerin Fiziki Koşulları ve İşleyişi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| **Gösterge Puanı**  | 10 |
| **Açıklama**  | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| **Veri Kaynağı**  | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| **Veri Toplama Periyodu**  | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| **Veri Analiz Periyodu**  | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Temizlik Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Temizlik Hizmetleri ve Atık Yönetiminin Etkin Yönetilmesini Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.DKHM.3.1 |
| Gösterge Adı | Temizlik Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Temizlik hizmetlerinin standartlara uygunluğunu ve kalitesini ölçmek. |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;A: Temizlik Hizmetleri ile İlgili Standartlara Ait SKS PuanıB: Temizlik Hizmetleri ile İlgili Standartlara Ait SKS Tavan PuanıC: Temizlik Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Temizlik Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ K < %85 ise GP = 8%75 ≤ K < %80 ise GP = 6%70 ≤ K < %75 ise GP = 4%65 ≤ K < %70 ise GP = 2K < %65 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Temizlik Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Atık Yönetimi Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Temizlik Hizmetleri ve Atık Yönetiminin Etkin Yönetilmesini Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.DKHM.3.2 |
| Gösterge Adı | Atık Yönetimi Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Hastanede atıkların yönetiminin sağlıkta kalite standartlarına uygun ve etkin şekilde sağlamak insan ve çevre sağlığına zarar vermesini önlemektir. |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;A: Atık Yönetimi Standartlarına Ait SKS PuanıB: Atık Yönetimi Bölümü SKS Tavan PuanıC: Atık Yönetimi Standartlarına Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Atık Yönetimi Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ K < %85 ise GP = 8%75 ≤ K < %80 ise GP = 6%70 ≤ K < %75 ise GP = 4%65 ≤ K < %70 ise GP = 2K < %65 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Atık Yönetimi Standartları Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Acil Durum ve Afet Yönetimi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Sivil Savunma Hizmetlerine Yönelik İş ve İşlemlerin Etkin ve Verimli Olarak Yürütülmesini Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.DKHM.4.1 |
| Gösterge Adı | Acil Durum ve Afet Yönetimi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Acil Durum ve Afet Yönetimi ile beklenmedik durumlara karşı hazırlıklı olarak oluşabilecek zararları en aza indirgemektir. |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;A: Acil Durum ve Afet Yönetimine Ait SKS PuanıB: Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü SKS Tavan PuanıC: Acil Durum ve Afet Yönetimine Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ K < %85 ise GP = 8%75 ≤ K < %80 ise GP = 6%70 ≤ K < %75 ise GP = 4%65 ≤ K < %70 ise GP = 2K < %65 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mutfak Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Mutfak ve Güvenlik Hizmetlerinin Etkin Yürütülmesini Sağlamak  |
| Gösterge Kodu | TT.DKHM.5.1 |
| Gösterge Adı | Mutfak Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Hastanede mutfak hizmetlerinin kalite standartlarına uygun ve etkin şekilde yürütülmesini sağlamak |
| Hesaplama Parametreleri | A: Mutfak Hizmetleri Standartları ile İlgili Yerinde Değerlendirme PuanıB: Mutfak Hizmetleri Standartları İşleyişi ile İlgili Yerinde Değerlendirme Tavan PuanıC: Mutfak Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | C = (A/B)\*100C ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ C < %85 ise GP = 8%75 ≤ C < %80 ise GP = 6%70 ≤ C < %75 ise GP = 4%65 ≤ C < %70 ise GP = 2C < %65 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Mutfak Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu veriler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı** |
| GK:  | Yayın Tarihi:  | Revizyon Tarihi:  | Revizyon No:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sözleşme Pozisyonu**  | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü  |
| **Performans Kriteri**  | Mutfak ve Güvenlik Hizmetlerinin Etkin Yürütülmesini Sağlamak  |
| **Gösterge Kodu** | TT.DKHM.5.2 |
| **Gösterge Adı**  | Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| **Amacı**  | Hastanede güvenlik hizmetlerinin kalite standartlarına uygun ve etkin şekilde yürütülmesini sağlamak |
| **Hesaplama Parametreleri**  | İlgili dönemde;A: Güvenlik Hizmetlerine Ait SKS PuanıB: İlgili Bölümlerin SKS Tavan PuanıC: Güvenlik Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Acil Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü**  | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ K < %85 ise GP = 8%75 ≤ K < %80 ise GP = 6%70 ≤ K < %75 ise GP = 4%65 ≤ K < %70 ise GP = 2K < %65 ise GP = 0 |
| **Gösterge Hedefi**  | Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| **Gösterge Puanı**  | 10 |
| **Açıklama**  | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| **Veri Kaynağı**  | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| **Veri Toplama Periyodu**  | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| **Veri Analiz Periyodu**  | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Tesis Güvenliği Yönetimi ile İlgili Standartlarının Gerçekleştirilme Oranı** |
| GK:  | Yayın Tarihi:  | Revizyon Tarihi:  | Revizyon No:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sözleşme Pozisyonu**  | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| **Performans Kriteri**  | Sağlık Tesisinde Hizmet Kalitesini Artırmaya Yönelik Çalışmaları Yürütmek |
| **Gösterge Kodu**  |  TT.DKHM.6.1 |
| **Gösterge Adı**  | Tesis Güvenliği Yönetimi ile İlgili Standartlarının Gerçekleştirilme Oranı |
| **Amacı**  | Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmak.  |
| **Hesaplama Parametreleri**  | İlgili dönemde;A: Tesis Yönetimi Bölümüne Ait SKS PuanıB: Tesis Yönetimi Bölümüne SKS Tavan PuanıC:Tesis Güvenliği Yönetimine Ait Verimlilik Değerlendirme PuanıD: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan PuanıK: Tesis Güvenliği Yönetimi ile İlgili Standartlarının Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü**  | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2K ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ K < %85 ise GP = 8%75 ≤ K < %80 ise GP = 6%70 ≤ K < %75 ise GP = 4%65 ≤ K < %70 ise GP = 2K < %65 ise GP = 0 |
| **Gösterge Hedefi**  | Tesis Güvenliği Yönetimi ile İlgili Standartlarının Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| **Gösterge Puanı**  | 10 |
| **Açıklama**  | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| **Veri Kaynağı**  | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| **Veri Toplama Periyodu**  | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| **Veri Analiz Periyodu**  | 1 Yıl |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin Gerçekleştirilme Oranı** |
| GK:  | Yayın Tarihi:  | Revizyon Tarihi:  | Revizyon No:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sözleşme Pozisyonu**  | Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü |
| **Performans Kriteri**  | Sağlık Tesisinde Hizmet Kalitesini Artırmaya Yönelik Çalışmaları Yürütmek |
| **Gösterge Kodu**  |  TT.DKHM.7.1 |
| **Gösterge Adı**  | Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin Gerçekleştirilme Oranı |
| **Amacı**  | Destek ve kalite hizmetleri müdürünün görev alanı ile ilgili kalite göstergeleri vasıtasıyla, hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.  |
| **Hesaplama Parametreleri**  | A: Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürünün Görev Alanı ile İlgili Düzeltici-Önleyici Faaliyet Gerçekleştirilme SayısıB: Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürünün Görev Alanı ile İlgili Gerçekleştirilmesi Gereken Düzeltici-Önleyici Faaliyet Sayısı C: Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü**  | C = (A/B)\*100C ≥ %85 ise GP = 10%80 ≤ C < %85 ise GP = 8%75 ≤ C < %80 ise GP = 6%70 ≤ C < %75 ise GP = 4%65 ≤ C < %70 ise GP = 2C < %65 ise GP = 0 |
| **Gösterge Hedefi**  | Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| **Gösterge Puanı**  | 10 |
| **Açıklama**  | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir. |
| **Veri Kaynağı**  | Kurumsal Kalite Sistemi |
| **Veri Toplama Periyodu**  | 1 Yıl |
| **Veri Analiz Periyodu**  | 1 Yıl |