**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 Puanı  B: Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesi ile İlgili Standartlara Ait SKS Tavan Puanı  C: Hasta Odaları, Refakat Hizmeti, Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti, Çevre Düzenlemesine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: 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)/2  K ≥ %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 = 4  K < %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 Puanı  B: Arşiv Hizmetleri ile İlgili Standartlara Ait SKS Tavan Puanı  C: Arşiv Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Arşivlerin Fiziki Koşulları ve İşleyişi İle İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü** | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2  K ≥ %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 = 2  K < %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 Puanı  B: Temizlik Hizmetleri ile İlgili Standartlara Ait SKS Tavan Puanı  C: Temizlik Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Temizlik Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2  K ≥ %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 = 2  K < %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 Puanı  B: Atık Yönetimi Bölümü SKS Tavan Puanı  C: Atık Yönetimi Standartlarına Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Atık Yönetimi Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2  K ≥ %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 = 2  K < %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 Puanı  B: Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü SKS Tavan Puanı  C: Acil Durum ve Afet Yönetimine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2  K ≥ %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 = 2  K < %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 Puanı  B: Mutfak Hizmetleri Standartları İşleyişi ile İlgili Yerinde Değerlendirme Tavan Puanı  C: Mutfak Hizmetleri Standartları Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | C = (A/B)\*100  C ≥ %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 = 2  C < %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 Puanı  B: İlgili Bölümlerin SKS Tavan Puanı  C: Güvenlik Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Acil Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü** | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2  K ≥ %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 = 2  K < %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 Puanı  B: Tesis Yönetimi Bölümüne SKS Tavan Puanı  C:Tesis Güvenliği Yönetimine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Tesis Güvenliği Yönetimi ile İlgili Standartlarının Gerçekleştirilme Oranı |
| **Hesaplama Formülü** | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K =(E1+E2)/2  K ≥ %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 = 2  K < %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 Sayısı  B: 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)\*100  C ≥ %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 = 2  C < %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 |