1. AMAÇ:
Fakültede ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

2. KAPSAM: Tüm birimler

3. TANIMLAR:
3.1.Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır.
3.2.Gösterge Kimlik Kartı: Her bir gösterge için özel hazırlanan, ilgili göstergenin yönetimine ilişkin esasları içeren bilgi kartlarıdır.
3.3.Gösterge Kodu: Her bir sağlık olgusuna yönelik belirlenmiş göstergelerin izlenebilirliği için oluşturulan koddur.
3.4.Gösterge Hesaplama Yöntemi: Gösterge ile ilgili verilerden göstergenin sonucuna ulaşmak amacıyla standart olarak ortaya konulmuş formüldür.
3.5.Veri Kaynağı: Verinin toplanacağı ortam ile hesaplamada kullanılan ICD-10 ve SUT kodları, otomasyon üzerinden yapılan bildirimler ve istatistik veriler gibi.
3.6.Veri Analiz Periyodu: Toplanan klinik kalite verilerinin hangi sıklıkla analiz edilip raporlanacağını gösterir.

4.SORUMLULAR:
Fakültede izlenen göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmaları Kalite Yönetimi tarafından gerçekleştirilir.

5. PROSEDÜR AKIŞI:
5.1. Göstergelerin İzlemi İle İlgili Sorumluların Belirlenmesi: Kalite sorumluları, ilgili göstergeye ait verilerin toplanması, sonuçların hesaplanması, analizi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasından sorumludur.
5.2. İlgili Personelin Eğitilmesi: Yıllık olarak konu ile ilgili eğitim verilir.
5.3. Fakültede İzlenecek Göstergeler: Belirlenmiş olup SKS indikatör listesinde gösterilmiştir.
5.4. Veri Toplama İle İlgili Alt Yapının Oluşturulması ve Veri Toplama: Veri toplama için HBYS sistemi kullanılmaktadır diğer veriler için indikatör kartları mevcut olup hesaplamalar ilgili formlar tarafından yapılmaktadır.
5.5. Verilerin Sonuçlara Dönüştürülmesi: Elde edilen veriler, Bakanlık tarafından belirlenen hesaplama yöntemi ile formüle yerleştirilerek sonuca ulaşılır.
5.6. Sonuçların Analizi ve Yorumlanması: Elde edilen sonuçları analiz etmek ve yorumlamak için sonuç değer, hedef değer ile karşılaştırılır. Analiz yaparken de elde edilen verilerin güvenilirliği göz önünde bulundurulup, varsa tahmini hata payı ile ϖ sonuçlar değerlendirilmektedir.
5.7. Gerekli İyileştirme Çalışmalarının Yapılması: Analiz sonuçları hedef değerden olumsuz yönde bir sapma gösteriyorsa sapmaya neden olan durumları ortaya çıkarmak için kök neden analizi yapılır. Sonuç olumlu ya da olumsuz olsun bu sonuca ulaşılmasındaki kritik noktalar değerlendirilir. Olumsuz durumlarda DÖF oluşturularak kaynağında çözüme ulaştırılması sağlanır.

6. SÜREKLİ İYİLEŞTİRME:
Mevzuat değişiklikleri ve ihtiyaç durumlarına karşılık yıllık olarak değerlendirme yapılmakta ve gerekli durumlarda iyileştirmeler yapılmaktadır.

7.VERİLERİN SAKLANMASI:
Kalite yönetim birimi tarafından gerekli dokümanlar Arşiv Yönetmeliği kapsamında saklanmaktadır.

8.İLGİLİ DÖKÜMANLAR:
SKS Kalite Göstergeleri
İndikatör Kartları