

TÜSKA SAS HASTANE SETİ V4 DEĞİŞİKLİKLER TABLOSU

Ankara
2026

TÜSKA Hastane Akreditasyon Programı

TÜSKA SAS Hastane Seti v4

TÜSKA Hastane Akreditasyon Programı kapsamında, ISQua'dan akredite edilen TÜSKA SAS Hastane Seti uluslararası gerekliliklere uyum sağlanması amacıyla kapsamlı bir revizyon sürecinden geçirildi. Bilimsel Komisyonlar, Sağlıkta Akreditasyon Denetçileri, Sağlık alanındaki bilim insanları, sağlık profesyonellerinin katılımı ile gerçekleştirilen çalıştaylar ve görüş öneri platformları aracılığı ile paydaşlardan alınan geri bildirimler neticesinde standart seti tamamlanmıştır.

TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025), ISQua External Evaluation Association (ISQua EEA) tarafından gerçekleştirilen bağımsız değerlendirme sonucunda yeniden akredite edilmiştir.

SAS Hastane Seti (v4.0/2025), TÜSKA Hastane Akreditasyon Programı kapsamında, sağlık tesislerinin standartlara uyum için 6 ay süre tanımlanmış olup setin kullanımına ilişkin süreç aşağıdaki şekildedir.

TÜSKA SAS Hastane Seti v4/2025 Standartların Kullanılması

1. TÜSKA SAS Hastane seti v4/2025, 1 Ocak 2027 tarihinde yürürlüğe girecektir.
2. Sağlık tesislerinin 1 Ocak 2027 ve sonrası için planlanan tüm başvuru ve denetimlerinde TÜSKA SAS Hastane seti v4/2025 seti esas alınır.
3. 1 Ocak 2027 tarihinden sonraki döneme denk gelen (denetim ve ara denetim) gibi süreçler TÜSKA SAS Hastane seti v4/2025'e göre yürütülecektir.
4. Denetim tarihi 1 Ocak 2027'den önce planlanan kurumlar, başvurularını TÜSKA SAS Hastane Seti v3/2021 standart setine göre gerçekleştirilecektir.

TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)'nin yeniden akreditasyonu sürecinde katkı sağlayan tüm paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

SAS Hastane Seti (v4.0/2026) Değişiklikler Tablosu (Detaylı)

SAS Hastane Seti (v4.0/202025)'in yeniden akreditasyonu sürecinde standartlara ilişkin alınan tüm geribildirimler, ISQua ilkeleri ve uluslararası literatür incelemeleri sonucunda, standartlara ilişkin majör değişiklik gerektiren alanlarda değişiklikler yapılmış olup, standart setinin yeni yapısı **8 Boyut, 31 Bölüm, 87 Standart, 395 değerlendirme ölçütü** olacak şekilde revize edilmiştir.

Reakredite SAS Hastane Seti (v4.0/2025) kapsamında yer alan standart, değerlendirme ölçütü ve standart gerekliliklerinde yapılan önemli değişikliklerin tamamı aşağıda belirtilen tablolarda, değişiklikler izlenebilir olarak gösterilmektedir.

- Tablo 1: Değişiklikler (Boyut Bazında)
- Tablo 2: Değişiklikler (Bölüm Bazında)
- Tablo 3: Değişiklikler (Standart Bazında)
- Tablo 4: Değişiklikler (Değerlendirme Ölçütü Bazında)
- Tablo 5: Standart ve Değerlendirme Ölçütü Sayısal Dağılımı
- Tablo 6: Değişiklikler (Göstergeler Bazında)

Standartlarda yapılan tüm değişiklikler kullanıcı dostu bir yaklaşımla çeşitli renkler kullanılarak ifade edilmiştir. Kullanılan renkler ve ne anlama geldikleri aşağıda belirtilmektedir. Tablolar incelenirken bu hususun göz önünde bulundurulması uygun olacaktır.



Yeni eklenen Standart/DÖ/Gereklilik

Revize edilen Standart/DÖ/Gereklilik (Revize edilen ifadeler üstü çizili olarak belirtilmiştir.)

Çıkarılan Standart/DÖ/Gereklilik (Çıkarılan ifadeler üstü çizili olarak belirtilmiştir.)

Tablolarda belirtilen değişikliklerine ek olarak, SAS Hastane Seti (v4.0/2025) kapsamında yer alan metinlerde de çeşitli revizyonlar yapılmış olduğundan, kullanıcıların standartlar hakkında tam bir hâkimiyet sağlaması açısından, kitabın ayrıntılı bir şekilde gözden geçirilmesi önemle tavsiye olunur.

TABLO 1.
TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)
Değişiklikler (Boyut Bazında)

SAS Hastane Seti v3.0/2021		SAS Hastane Seti v4.0/2025		
Boyut No	Boyut Adı	Boyut No	Boyut Adı	Yapılan Değişiklik
1	Yönetim ve Organizasyon	1	Yönetim ve Organizasyon	
2	Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme	2	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
3	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	3	Hasta Deneyimi	
4	Hasta Deneyimi	4	Sağlık Hizmetleri	
5	Sağlık Hizmetleri	5	Destek Hizmetleri	
6	Destek Hizmetleri	6	Afet ve Acil Durum Yönetimi	Revize edildi.
7	Acil Durum Yönetimi	7	İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik	Yeni eklendi.
		8	Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme	Yeni değişti.

TABLO 2.
TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)
Değişiklikler (Bölüm Bazında)

SAS Hastane Seti v3.0/2021		SAS Hastane Seti v4.0/2025	
Bölüm No	Bölüm Adı	Bölüm Adı	Yapılan Değişiklik
1	Organizasyon Yapısı	Organizasyon Yapısı ve İşleyişi	Revize edildi.
2	Temel Politika ve Değerler		Birleştirildi.
3	Kalite Yönetim Yapısı	Kalite Yönetimi	Revize edildi.
4	Doküman Yönetimi	Doküman Yönetimi	
5	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İstenmeyen Olay Bildirimi	Revize edildi.
6	Risk Yönetimi	Risk Yönetimi	
7	Eğitim Yönetimi	Eğitim Yönetimi	
8	Kurumsal İletişim		Birleştirildi.
9	İnsan Kaynakları Yönetimi	İnsan Kaynakları Yönetimi	
10	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Revize edildi.
11	Hasta Güvenliği	Hasta Güvenliği Hedefleri	Revize edildi.
12	Temel Hasta Hakları	Hasta Deneyimi	Birleştirildi.
13	Hasta Geri bildirimleri		
14	Hizmete Erişim		
15	Yaşam Sonu Hizmetler	Yaşam Sonrası Hizmetler	Revize edildi.
16	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
17	Sterilizasyon Yönetimi	Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon Hizmetleri	Revize edildi.
18	İlaç Yönetimi	İlaç Yönetimi	
19	Transfüzyon Yönetimi	Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi	Revize edildi.
20	Hasta Bakımı	Hasta Bakımı	
21	Radyasyon Güvenliği	Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri	Revize edildi.
22	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Hizmetleri	
23	Güvenli Cerrahi	Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım	Revize edildi.
24	Acil Sağlık Hizmetleri	Acil Servis Hizmetleri	Revize edildi.
25	Otelcilik Hizmetleri	Tesis Yönetimi ve Otelcilik Hizmetleri	Birleştirildi.
26	Tesis Yönetimi		
27	Atık Yönetimi	Atık Yönetimi	
28	Bilgi Yönetimi	Bilgi Yönetim Sistemi	Revize edildi.
29	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
30	Dış Kaynak Kullanımı		Birleştirildi.
31	Göstergelerin İzlenmesi	Gösterge Yönetimi	Revize edildi.
32	Acil Durum Yönetimi	Afet ve Acil Durum Yönetimi	Revize edildi.
		Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri	Yeni eklendi.
		Diyaliz Hizmetleri	Yeni eklendi.
		Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri	Yeni eklendi.
		Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri	Yeni eklendi.
		İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik	Yeni eklendi.

	Yeni eklenen
	Revize edilen
	Çıkarılan

TABLO 3.
TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)
Değişiklikler (Standart Bazında)

SAS Hastane Seti (v4.0/2025)		SAS Hastane Seti (v3.0/2021)		
No	Standart	No*	Standart	Yapılan Değişiklik
1	Organizasyon yapısına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	1	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	Birleştirilerek revize edildi.
		2	Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	
2	Yönlendirme stratejileri belirlenmeli ve kaynak planlaması yapılmalıdır.	3	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
3	Kurumsal iletişim faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	4	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	Birleştirilerek revize edildi.
		5	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	
4	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	6	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	Standartın yeni değiştirildi ve revize edildi.
5	Bilimsel araştırmaların etkin yönetilmesi sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
6	Kalite yönetim yapısı tanımlanmalıdır.	7	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Birleştirilerek revize edildi.
7	Kalite yönetimine ilişkin komite, kurul, birim, ekip vb. yapının işleyişi sağlanmalıdır.			
8	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	8	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	Birleştirilerek revize edildi.
		9	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	
9	Doküman yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	10	Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.	Revize edildi.
10	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	11	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	Revize edildi.
11	Ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olay izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
12	Risk yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	12	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	Revize edildi.
13	Risk yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			
14	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	13	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Revize edildi.
15	Eğitim yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			
16	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	14	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	Revize edildi.
17	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
18	Hastanın hizmete erişimi sağlanmalıdır.	15	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	Revize edildi.
19	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	16	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	Revize edildi.
20	Geri bildirim süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	17	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	Revize edildi.

No	Standart	No*	Standart	Yapılan Değişiklik
21	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	18	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	Revize edildi.
22	Hasta kimliğinin doğrulanması sağlanmalıdır.	19	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	Revize edildi.
23	Düşmelerin önlenmesi sağlanmalıdır.	20	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	Revize edildi.
24	Çalışanlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	21	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	Revize edildi.
25	Yüksek riskli ilaçların güvenliği sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
26	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
27	El hijyeni sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
28	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin uyum izlenmeli ve değerlendirilmelidir.			Yeni standart eklendi.
29	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	22	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Revize edildi.
30	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	23	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	Revize edildi.
31	Hasta değerlendirme ve bakım sürecinin etkin yönetilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	24	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	Birleştirilerek revize edildi.
		25	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	
32	Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.
33	Hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinde kullanılan dijital sağlık uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.
34	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	26	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
35	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.			
36	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			
37	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	27	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
38	İlacın temini, muhafazası ve stok yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
39	İlacın istemi, hazırlanması ve transferine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
40	Güvenli ilaç uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
41	İlaç yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			
42	Güvenli anesteziye ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.

No	Standart	No*	Standart	Yapılan Değişiklik
43	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	28	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	Revize edildi.
44	Ameliyathane süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	29	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	Revize edildi.
45	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	30	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	Revize edildi.
46	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış süreci yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	31	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Revize edildi.
47	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, muhafaza edilmesi, transferi ve imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Revize edildi.
48	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	32	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	Revize edildi.
49	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	33	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
50	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			
51	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			
52	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	34	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	Birleştirilerek revize edildi.
		35	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	
53	Pre-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	36	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Revize edildi.
54	Analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	37	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Revize edildi.
55	Post-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	38	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Revize edildi.
56	Laboratuvar hizmet süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	39	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	Revize edildi.
57	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	40	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	Revize edildi.
58	Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	41	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
59	Radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
60	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			
61	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	42	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
62	Acil servis hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
63	Acil serviste hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	43	Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
64	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalı, izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			
65	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
66	Diyaliz hizmetlerinde hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.
67	Diyaliz hizmetlerinde tıbbi takip sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.
68	Diyaliz hizmetlerine yönelik izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.
69	Özellikli planlama gerektiren Sağlık Hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	44	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	Yeni standart eklendi.
70	Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
71	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.

No	Standart	No*	Standart	Yapılan Değişiklik
72	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	45	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	Birleştirilerek revize edildi.
73	Otelcilik hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	46	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
		47	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	
		48	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	
		49	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	
74	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	50	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
75	Bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
76	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
77	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
78	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	51	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Yeni standartlar eklenerek revize edildi.
79	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			
80	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			
81	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	52	Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	Revize edildi.
82	Afet ve acil durum yönetim süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	53	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	Revize edildi.
83	Acil durum uyarı sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	54	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	Standartlar birleştirilerek revize edildi.
		55	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	
		56	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	
		57	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
84	KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.			Yeni standart eklendi.
85	İklim değişikliği ve hizmetin sürdürülebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni standart eklendi.
86	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	58	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	Revize edildi.
87	Gösterge yönetiminin etkinliği sağlanmalıdır.			Revize edildi.

* Standart numaraları yeni versiyonda yer alan standartlara karşılık gelecek şekilde yerleştirilmiştir.

Revize edilen
Çıkanlar

TABLO 4.
TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)
Değişiklikler (Değerlendirme Ölçütleri Bazında)

SAS Hastane Seti (v4.0/2025)			SAS Hastane Seti (v3.0/2021)		
No	Standart	Değerlendirme Ölçütü	Standart	Değerlendirme Ölçütü	Yapılan Değişiklik
1	Organizasyon yapısına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Tüm yönetsel süreçleri içerecek bir organizasyon yapısı tasarlanmalı ve yönetim kademeleri ile dikey ve yatay ilişkiler tanımlanmalıdır.	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler ile tanımlanmalıdır.	Standartlar birleştirilerek DÖ'ler revize edildi.
		Organizasyon yapısına ilişkin yönetim kademeleri, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı; ilgili sorumlular belirlenmelidir.		Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birimlerin görev alanları tanımlanmalıdır.	
		Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı; birim sorumluları belirlenmelidir.		Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	
		Tüm faaliyet alanlarına ilişkin ülke mevzuatına uygun yetki ve izin belgeleri bulunmalı ve bu belgeler güncel, geçerli ve izlenebilir olmalıdır.		Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.	
		Organizasyon yapısına ilişkin süreçlerde etkin bir liderlik, ekip çalışması ve iletişim sağlanmalıdır.		Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde hastane politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.	
				Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	
2	Yönlendirme stratejileri belirlenmeli ve kaynak planlaması yapılmalıdır.	Misyon, vizyon ve etik değerler belirlenmeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	Revize edildi.
		Kurum/kuruluşun misyonu ile uyumlu stratejik amaçlar ve hedefler belirlenmeli, bu doğrultuda bir stratejik plan oluşturulmalıdır.		Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	
		Organizasyonel süreçlere yönelik politikalar oluşturulmalı ve tüm faaliyetler belirlenen politikalar doğrultusunda yürütülmelidir.		Misyon, vizyon ve etik değerler paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.	
		Bütçe planlaması yapılmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir.		Hastanede kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.	
				Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.	
				Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını yılda bir kez gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.	

3	Kurumsal iletişim faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Kurumsal paydaşlar belirlenmeli ve etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve nüfusunun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.	Standartlar birleştirilerek revize edildi.
		Kurumsal paydaşların iyileştirme süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.		Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkinliği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	
		Kurumsal yapı, temel politika ve değerler doğrultusunda hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim süreci ve stratejileri tanımlanmalıdır.	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	Kurumsal iletişim kapsamında; hastane yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	
		Paydaşlar kurumsal organizasyon ve faaliyetler hakkında bilgilendirilmelidir.		Hedef kitle hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.	
		Paydaşlarda olumlu kurumsal imaj oluşturmaya yönelik faaliyetler gerçekleştirilmelidir.		Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	
		Sağlığı geliştirici ve teşvik edici sosyal sorumluluk programları düzenlenmeli, uygulanan program sonuçları izlenmeli ve değerlendirilmelidir.			
4	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler hastanenin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.	Standart ve DÖ'lerin yeni değiştirildi ve revize edildi.
		Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	
		Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin ilgili TÜSKA SAS'a uygunluğu sağlanmalıdır.		Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.	
5	Bilimsel araştırmaların etkin yönetilmesi sağlanmalıdır.	Bilimsel araştırmaların yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Bilimsel araştırmaların koordinasyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Bilimsel araştırmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

6	Kalite yönetim yapısı tanımlanmalıdır.	Kalite yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.		Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	Revize edildi.
		Kalite yönetimi kapsamında kalite iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.		Yönetsel yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
		Öz değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.		Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	
7	Kalite yönetimine ilişkin komite, kurul, birim, ekip vb. yapının işleyişi sağlanmalıdır.	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapının işleyişine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır: » Çalışan güvenliği » Hasta güvenliği » Eğitim » Tesis yönetimi » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü » Radyasyon güvenliği	Revize edildi.
		Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
		Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar düzenli aralıklarla toplantılar gerçekleştirmelidir.			
		Komite, kurul, birim, ekip vb. yapının faaliyetleri değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirmeler yapılmalıdır.			
8	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kuralları tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kuralları dokümanite edilmelidir.	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.		Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yıllık hedefler belirlenmeli ve çalışma planları oluşturulmalıdır.		Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.	
		Çalışanlar, iş tanım ve gerekliliklerine uygun birim ve pozisyonlarda istihdam edilmelidir.	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.	
		Personel temin planı oluşturulmalı ve işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.		Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.	
		Çalışanlar iş gereklilikleri ve yetkinlikleri doğrultusunda istihdam edilmeli, istihdam edilen personelin diploma ve yetki belgeleri doğrulanmalıdır.		Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır	
		Çalışanların performansının değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.	
		Çalışanlar, hakları ve kurumsal olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir.		Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.	
		Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerinin alınmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.		Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.	
				Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.	Yeni değişti.

9	Doküman yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Doküman yönetimine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.	Hastanenin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümanite edilmelidir.	Revize edildi.
		Dokümanlar belirlenen kurallara göre dağıtılmalı ve duyurulmalıdır.		Dokümanların formatı belirlenmelidir.	
		Dokümanlar güncel olmalıdır.		Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.	
		Dokümanlar belirlenen kurallara göre muhafaza edilmeli, arşivlenmeli ve imha edilmelidir.		Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.	
		Dış kaynaklı dokümanlar takip edilmeli ve güncel olmalıdır.		Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	
		Doküman yönetimine ilişkin gerekli eğitimler verilmelidir.			
10	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.	Revize edildi.
		İstenmeyen olay bildirimine ilişkin bir sistem oluşturulmalıdır.		Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
		İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.		Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.	
11	Ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olay izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	Sisteme yapılan bildirimler analiz edilmeli ve analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
		Tüm çalışanlar, analiz ve iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.			
12	Risk yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Risk yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	Hastanede gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Revize edildi.
		Risk yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır	
		Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.		Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir: » Tıbbi süreçler » İdari süreçler » Teknik süreçler » Hasta » Hasta yakını » Ziyaretçi » Çalışan » Tesis güvenliği » Çevre güvenliği » Finansal süreçler » Stratejik riskler » Paydaşlarla iletişim süreçleri	
		Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.		Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	
13	Risk yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Risk yönetimine ilişkin göstergeler belirlenmeli, analiz edilmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.		Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir. Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.	

14	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	Revize edildi.
		Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.		Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.	
		Bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik hasta/hasta yakını eğitimlerine ilişkin süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.		Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.	
		Çalışanların eğitimine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.		Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
		Mesleki eğitim programları (lisans, lisansüstü, staj vb.) kapsamında yürütülen eğitim ve denetim faaliyetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve			
15	Eğitim yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Eğitimlerin etkinliği ve etkililiği değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
16	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.	Standart sayısı artırılarak DÖ'ler revize edildi.
17	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklerin yönetilmesi sağlanmalıdır.		Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanının çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.	
		Kişisel koruyucu ekipman kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	
		Çalışanların sağlık gözetimi yapılmalıdır.		Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	
		Çalışanın psikolojik iyi oluş hali sağlanmalıdır.			
		Çalışma ortamı; çalışanın güvenliği, ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda düzenlenmelidir.			
		Çalışanın bireysel ve mesleki gelişimi desteklenmelidir.			
		Çalışanın manevi ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Çalışan motivasyonunu artırıcı faaliyetler yapılmalıdır.			
		Çalışanın özel gereksinim, kronik hastalık gibi sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Kapsayıcılık ve çeşitliliğin gözetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Çalışan sağlığını ve güvenliğini geliştirmeye yönelik eğitimler verilmelidir.			

18	Hastanın hizmete erişimi sağlanmalıdır.	Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunumuna ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.	Revize edildi.
		Hizmet kullanımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.	
		Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.		Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.	
		Tanı, tetkik, tedavi ve bakıma ilişkin işlem sürelerinin optimal düzeyde tutulması ve etkinliğin artırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
		Transfer hizmeti ve uygulama süreçleri tanımlanmalıdır.			
		Acil sağlık hizmeti vermeyen kurum/kuruluşlarda hastanın acil sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.			
19	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Hasta haklarına yönelik süreçler dokümanite edilmelidir.	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeticek şekilde düzenlenmelidir	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	Revize edildi.
		Hasta haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.	
		Hasta hakları, sorumlulukları ve hizmet süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.		Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta hakları ve hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	
		Hizmet süreçlerinde hasta katılımı sağlanmalıdır.		Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.	
		Hasta nızasının alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.		Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.	
		Tedavi/işlemi kabul etmeme, geri çekme ve devam ettirmeme gibi etik ikilemlerin zamanında ele alınması ve çözülmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.		Uygulanacak tanı ve tedavi işlemleri ile ilgili hasta nızası alınmalıdır.	
		Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.		Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.	
		Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarını sürdürmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	
		Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.		Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.	
		Ziyaret ve refakat süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.		Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta nızası alınmalıdır.	
				Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.	
				Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır	

20	Geri bildirim süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Hasta ve hasta yakını geri bildirimlerine yönelik bir sistem kurulmalıdır.	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	Sistemde, geri bildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Hasta ve hasta yakını geri bildirimleri değerlendirilmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.		Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.	
				Geri bildirimler değerlendirilmelidir.	
				Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	
21	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ulusal / uluslararası hasta güvenliği hedefleri kapsamında dokümanite edilmelidir.	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.	Revize edildi.
		Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Hasta güvenliğine yönelik riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.		Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	
		Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.			
22	Hasta kimliğinin doğrulanması sağlanmalıdır.	Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	Revize edildi.
		Kimlik doğrulama araçları ve yöntemleri tanımlanmalıdır.		Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	
				Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	
23	Düşmelerin önlenmesi sağlanmalıdır.	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	Revize edildi.
		Hastalar düşme riski açısından değerlendirilmelidir.		Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.	
		Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.		Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.	
				Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.	

24	Çalışanlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	Çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devir teslimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.	
		Panik/kritik değer bildirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		Sözel istem uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve sembollere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.	
		Konsültasyon süreçlerinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.	
			Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	Hastanın güvenli transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Hasta Bakımbölümüne taşındı.
				Hastaların güvenli transferine yönelik önlemler alınmalıdır.	
25	Yüksek riskli ilaçların güvenliği sağlanmalıdır.	Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Yüksek riskli ilaçların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
26	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı sağlanmalıdır.	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
27	El hijyeni sağlanmalıdır.	El hijyeninin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
28	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin uyum izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
29	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.		Hastanede yaşam sonu hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Cenazenin birimden morga transferi, morgda hazırlanması, muhafazası ve morgdan teslim edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı	
		Morg alanına yönelik fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.		Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçlerde mahremiyet ve güvenliği sağlanmalıdır.	
		Yaşam sonrası hizmet süreçlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Cenaze işleminin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları	
		Cenaze muhafaza dolaplarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Cenazenin yakınına teslim sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak	
		Cenaze ve cenaze yakınlarının ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalı ve uygun şekilde teslim edilmelidir.	
		Yaşam sonrası hizmetlere yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.			

30	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.		Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımını sağlayacak şekilde planlanmalıdır.	Revize edildi.
		Hastanın güvenli transfer, sevk ve taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.			
		Konsültasyon sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
31	Hasta değerlendirme ve bakım sürecinin etkin yönetilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.	Revize edildi.
		Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından klinik riskleri açısından değerlendirilmelidir.		Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.	
		Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik multidisipliner hasta bakım planı hazırlanmalıdır.		Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.	
		Multidisipliner yaklaşım gerektiren olguların değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	
		Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.		Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.	
		Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.		Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.	
		Hastanın klinik durumundaki değişikliklerin zamanında fark edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması sağlanmalıdır.			Yeni DÖ eklendi.
		Hasta bakım sürecinde kullanılan tıbbi cihaz alarm sistemlerinin etkin kullanılması sağlanmalıdır.			Yeni DÖ eklendi.
		Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların yönetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir. Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır. Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	Standart cümlesi DÖ yapılarak revize edildi.
			Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	Aynı bir bölüm yapılarak revize edildi. Buradan çıkarıldı.
				Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.	

32	Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Kanıtı dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi, kullanılması, yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Kanıtı dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların etkin ve güvenli kullanımı sağlanmalı ve yaygınlaştırılmasına yönelik farkındalık artırıcı ve iyileştirici faaliyetler yürütülmelidir.			
		Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.			
33	Hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinde kullanılan dijital sağlık uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Dijital sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Dijital sağlık uygulamalarının güvenli, etkili ve verimli kullanımı sağlanmalıdır			
		Dijital sağlık uygulamalarının etkinliği değerlendirilmeli, uygulama izlem sonuçları raporlanmalı ve sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir.			
34	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.	DÖ'ler Standart yapılarak revize edildi.
		Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.		Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.	
		Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların süreyasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.		Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.	
		Salgın veya nadir görülen enfeksiyonların yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.			
		Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü hakkında hasta, hasta yakınları ve çalışanlara eğitim verilmelidir.			
35	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.			
		İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Enfeksiyon kontrol demetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Akıcı antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Tesis kaynaklı enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
36	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.			

37	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır. İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir. Hastane formülleri oluşturulmalıdır. Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır. İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. İlaçların hazırlama ve transferi aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır. İlaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır. Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	DÖ'ler Standart yapılarak revize edildi.
		İlaç yönetimine ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.			
		İlaç yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalı ve etkin bir iletişim sağlanmalıdır.			
		İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.			
38	İlacın temini, muhafazası ve stok yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Doğru ilacın doğru zamanda temin edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İlaçlar niteliklerine uygun şekilde muhafaza edilmeli, gerekli fiziksel koşullar sağlanmalıdır.			
		Özel nitelikli ilaçların muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İlaçların stok seviyeleri ve miat takiplerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
39	İlacın istemi, hazırlanması ve transferine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	İlaç istem sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İlaçların güvenli transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
40	Güvenli ilaç uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	İlaçların uygulama öncesi hazırlığı ve uygulanmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.			
		İlaç uygulamalarına ilişkin advers etkilere yönelik olarak düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İlaçların imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
41	İlaç yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmalar yapılmalıdır.	İlacın dahil olduğu süreçlerin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.			
		İlacın dahil olduğu süreçlerin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.			
42	Güvenli anesteziye ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Güvenli anestezi uygulamalarına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Anestezi uygulamasının güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Anestezik ilaçların ve gazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Anestezi uygulamalarında cihazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

43	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	Güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamakları ve kuralları tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Cerrahiye hazırlık sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Cerrahi uygulama öncesinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Cerrahi uygulama sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Cerrahi uygulama esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Cerrahi uygulama sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Cerrahi sonrası hasta bakımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
44	Ameliyathane süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	Ameliyathane alanlarına yönelik kuralları belirlenmelidir.	Revize edildi.
		Havalandırma sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Ameliyat alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
		Ameliyathanede ilaç, malzeme ve cihaz yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

45	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
		Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalı, belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.		Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.	
46	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış süreci yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış sürecine ilişkin işleyiş kuralları dokümanite edilmelidir.	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	
		Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi, bağışın kabul veya reddine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.		Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
		Bağış sürecinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	
47	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, muhafaza edilmesi, transferi ve imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanmasına ilişkin süreçler dokümanite edilmelidir.	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.	
		Kan ve kan bileşenlerinin muhafazasına ilişkin önlemler alınmalıdır.		Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.	
		Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.		İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	
		Kan ve kan bileşenlerinin imhasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.			
48	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	Kan ve kan bileşenleri istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.	
		Transfüzyon sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.		Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Transfüzyon işlemine bağlı gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.		Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.	
		Kan ve kan bileşenlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen/istenmeyen etkilerin takibi sağlanmalıdır.		Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.	

49	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.			Yeni standartlar eklenerek gereklilikler revize edildi.
		Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
		Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalıdır.			
		Alan, zemin ve çevresel yüzeylerin temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.			
		Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kontrolüne yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.			
		Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.			
50	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.			Yeni standart ve DÖ'ler eklendi.
		Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanacak tıbbi cihazlar tanımlanmalı ve işleyişe özgü düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Yüksek düzey dezenfektanların hazırlık, uygulama, kontrol ve bertaraf süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitim verilmelidir.			
51	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Sterilizasyon ünitesinde işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır. Yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması, steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır. Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	Yeni DÖ'ler oluşturularak revize edildi.
		Merkezi Sterilizasyon Ünitesine (MSÜ) yönelik fiziksel ve işlevsel düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Paketleme ve yükleme süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Sterilizasyon işleminin etkinliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Steril malzemelerin muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Sterilizasyon sürecinin izlenebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

52	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreç ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	Laboratuvar numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	Yeni DÖ'ler oluşturularak revize edildi.
		Laboratuvar hizmet sunum alanları belirlenmeli ve bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar sağlanmalıdır.	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	Laboratuvar çalışılan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.	
		Laboratuvar hizmetlerine yönelik bilgilendirici rehber hazırlanmalıdır.		Rehber ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaşılabilir olmalıdır.	
		Laboratuvar ortamı sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmalıdır.		İlgili sağlık çalışanları rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	
		Laboratuvar hizmetlerinde kullanılan reaktifler ile malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.			
		Laboratuvar hizmetlerinde istenmeyen olay bildirimi ve yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Hasta başı test cihazlarının kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Laboratuvar hizmetlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.			

53	Pre-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Numune ve test istemine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Numune alımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.	
		Numune transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.	
		Numunelerin laboratuvara kabulü ve reddine yönelik düzenlemeler yapılmalı ve izlenebilir olmalıdır.			
		Laboratuvara kabul edilen numunelere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Pre-analitik süreçlerde kimlik doğrulamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

54	Analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleri tanımlanmalıdır.	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	Revize edildi.
		Laboratuvar testlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.		Laboratuvarlarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	
				Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik kalite kontrol işlemleri yapılmalıdır.	
55	Post-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Laboratuvar sonuçlarının yorumlanması ve raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.	Revize edildi.
		Laboratuvar sonuç verme süreleri belirlenmeli, sonuçların zamanında raporlanması sağlanmalıdır.		Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.	
		Analiz numunelerinin, artan biyolojik materyalin, test verilerinin ve sonuçlarının saklanması ve arşivlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	
				Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır. (Yeni değişti.)	
56	Laboratuvar hizmet süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	Laboratuvar hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.	Yeni DÖ'ler oluşturularak revize edildi.
		Laboratuvar hizmet süreçlerinde bilgi yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Dış kaynak kullanımı yoluyla çalışılan testlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

57	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Laboratuvar hizmetlerinin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.	Revize edildi.
				Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
58	Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlar tanımlanmalıdır.			
		Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.			
		Radyoloji ve radyasyon onkolojisi hizmetlerinin sunulduğu alanlara ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlara ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.			
59	Radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.	Yeni ifadeler eklenerek revize edildi.
		Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda hasta, hasta yakınlarına yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.	
		Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda çalışanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.		Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.	
60	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.			
		Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin periyodik alan değerlendirmeleri yapılmalı, raporlar komite ve üst yönetim ile paylaşılmalıdır.			

61	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Acil servis hizmet sunum alanları tanımlanmalıdır.	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	Acil sağlık hizmeti süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	Standart ve DÖ'ler revize edildi.
		Acil servis hizmet süreçleri ve kuralları dokümanite edilmelidir.		Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Acil servis bulunmuyor ise acil Sağlık Hizmetlerinin verilmesine yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.		Acil servis ünitesinin fiziki alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
		Acil servis hizmet süreçlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.		Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.	
62	Acil servis hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.	
		Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		Acil servis hizmeti vermek üzere tanımlanan alanların işleyişine özgü düzenlemeler yapılmalıdır.		Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik öncelikler belirlenmelidir.	
		Acil servisle ilişkili olabilecek hizmet sunum alanlarına erişimi kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.		Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.	
		Afet, salgın, büyük kaza gibi durumlarda acil servisin genişlemesini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastanın sevk, yatışı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.	
		Acil serviste bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.	
		Acil serviste emniyetin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.	
63	Acil serviste hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Acil servise başvuru yapan hastaların önceliklendirilmesine (triya) yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Acil serviste muayene, müdahale, tedavi, konsültasyon ve gözlem süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Acil serviste hizmet verilen kritik hasta gruplarının tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.			
		Acil servisteki tüm hizmet süreçlerinde güvenli hasta transferi sağlanmalıdır.			
		Acil servisten hastanın yatışı, sevk ve taburculuğuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Acil servis süreçlerinde etkili iletişim sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
64	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalı, izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Acil servis hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalı, performansın değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.			

65	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Diyaliz hizmeti yeterli ve nitelikli sağlık çalışanları tarafından verilmelidir.			
		Diyaliz hizmeti sunulan fiziksel alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz hizmetlerinde kullanılan saf su sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz hizmetlerinde ulaşım hizmeti verilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
66	Diyaliz hizmetlerinde hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Diyaliz hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.			
		Diyaliz tedavisi sunulan hastaların bakım ihtiyaçları değerlendirilerek diyaliz reçetesi oluşturulmalıdır.			
		Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İşlem esnasında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
67	Diyaliz hizmetlerinde hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Diyaliz seansının sonlandırılması ve hastanın çıkışına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Diyaliz hizmeti sunulan hastalar için tıbbi takip dosyası oluşturulmalıdır.			
		Tüm hastalar ilgili uzman hekim tarafından düzenli olarak takip edilmelidir.			
68	Diyaliz hizmetlerine yönelik izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Hastaların laboratuvar tetkiklerinin yapılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Hasta ve hasta yakınının organ ve doku nakli merkezlerine yönlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
69	Diyaliz hizmetlerine yönelik izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Diyaliz hizmetlerine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.			

69	Özellikli planlama gerektiren Sağlık Hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanları belirlenmeli, ilgili hizmet süreçleri ve kuralları dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü hizmet sunum süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü fiziki ortam şartları ve gerekli malzeme, cihaz ve ekipman sağlanmalıdır.			
70	Organ, doku ve/veya hücre başışına ilişkin süreçler ve kuralları tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Organ, doku ve/veya hücre başışına ilişkin süreçler ve kuralları dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Organ, doku ve/veya hücre başışı sürecini yürütecek sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir.			
		Organ, doku ve/veya hücre başışı hakkında farkındalık artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.			
71	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kuralları tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kuralları dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Nakil hizmetlerinin yönetiminden sorumlu bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
		Nakil programlarına özel multidisipliner ekipler bulunmalıdır.			
		Nakil adaylarının uygunluğunun değerlendirilmesine yönelik nakil programına özel kriterler belirlenmelidir.			
		Canlı vericiden yapılan nakil programlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

72	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	Revize edildi.
		Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlaması ve koordinasyonundan sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.		Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	
		Tesis yönetimine ilişkin riskler tespit edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.		Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.	
		Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.	
		Tesis yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve tesis içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştıran düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştıran düzenlemeler bulunmalıdır.	
		Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hizmet alanlarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	
		Yaşlı ve özel gereksinimli bireylere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Asansör, yürüyen merdiven ve bantların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Bina dış cephe ve çevre düzenlemesi yapılmalıdır.			
		Fiziksel durum ve işleyişe yönelik bina turları ve teknik saha ziyaretleri yapılmalıdır.			
		Tesis yönetimine ilişkin süreçler hakkında ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.			
		Hizmet sunulan tüm alanlarda, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını, ergonomisini ve konforunu sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastanede hizmet sunulan tüm alanlar hasta /hasta yakınlarının konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
		Hasta odaları, muayene odaları ve bekleme alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.	
73	Otelcilik hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.		Revize edildi.
		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Bebek bakım ve emzirme odalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal emniyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
		Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.		Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	
		Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	
				Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	
				Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.	
				Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	
		Çamaşır hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	
				Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
				Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	

74	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir. Bilgi yönetim sistemine ilişkin sorumlular belirlenmeli; görev, yetki, sorumluluklar tanımlanmalıdır. Hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır. Bilgi yönetim sisteminde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır. Bilgi yönetim sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır. Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır. Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bilgi yönetim sisteminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.		Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir. Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapılan oluşturulmalıdır. Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
75	Bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir. Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır. Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Bilgi yönetim sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hata bildirimi ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Bilgi yönetim sistemi ve altyapısının teknolojik yeniliklere, gerekliliklere uyumu sağlanmalıdır.	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır. Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.	Revize edildi.

76	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir. Kayıtların kontrolüne yönelik sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Tıbbi ve yönetsel kayıtların hazırlanması ve kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Hasta dosyasının tanımlanması ve içeriğine yönelik standart bir plan oluşturulmalıdır. Elektronik hasta kayıtlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
77	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir. Arşiv bölümünde hasta dosyasının muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
78	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir. Malzeme yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır. Malzemelerin ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Malzemelerin muhafazası ve stok kontrol sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Malzemelerin birimlere güvenli şekilde transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir. Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır. Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır. Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir. İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yaptırılmalıdır. Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaşılabilir olmalıdır.	Malzeme, Cihaz ve Tehlikeli maddeler ayrıntı olarak yeni standartlar yapıldı ve revize edildi.
79	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir. Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır. Tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Malzeme, Cihaz ve Tehlikeli maddeler ayrıntı olarak yeni standartlar yapıldı ve revize edildi.
80	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir. Cihaz yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır. Tıbbi cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Hasta Baş Test Cihazlarının kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Cihaz arıza bildirim ve onarımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. Tıbbi cihazlara ilişkin istenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

81	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.	Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.	Revize edildi.
		Atık yönetim sorumluları belirlenmeli, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.	
		Atıkların kaynağında ayrıştırılması, toplanması ve taşınması, geçici depolanması ve azaltılması sağlanmalıdır.		Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolanması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.	
		İklim değişikliğinin etkilerini azaltmaya yönelik uygulamalar yapılmalıdır.		Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
		Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.			
82	Afet ve acil durum yönetim süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.	Revize edildi.
		Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.			
		Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.			
		Acil durum plan krokileri bulunmalıdır.			
		Afet ve acil durumlarda tahliye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.	
		Depreme yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Yangına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
		Tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.		Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.	

83	Acil durum uyan sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	Acil durumlara yönelik uyan sistemleri oluşturulmalıdır.	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılması için gerekli ilaç ve ekipman tanımlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Solunum arresti (dumast) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	Standartlar ve DÖ'ler sistematik olarak birleştirilerek revize edildi.
		Acil uyan sistemlerinin yönetiminden sorumlu kişiler ve sorumlulukları belirlenmelidir.		Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
		Acil durumlara yönelik müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.		Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
		Acil durumlara müdahalede kullanılacak gerekli ilaç ve ekipman tanımlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.		Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.	
		Yapılan müdahaleler ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.		Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	
		Acil uyan sistemlerine ilişkin eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.		Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	
			Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	
				Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
				Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
				Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	
			Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	
				Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	
				Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
				Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
			Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	
				Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.	
				Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik hastane tarafından tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	
				Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
				Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.	
				Acil uyan kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	

84	KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin süreçler dokümanite edilmelidir.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
		KBRN anımdırma alanları tanımlanmalıdır.			
		KBRN tehditlerinin yönetim sürecine ilişkin tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.			
		KBRN tehditlerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.			
		KBRN konusunda ilgili çalışanlara eğitimler verilmelidir.			
85	İklim değişikliği ve hizmetin sürdürülebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanmasına yönelik bir plan oluşturulmalıdır.			Yeni Standart ve DÖ'ler eklendi.
		Kaynakların kullanımına ilişkin çevre dostu düzenlemeler yapılmalıdır.			
		İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda farkındalık artırmaya yönelik faaliyetler yürütülmelidir.			
		Verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			
86	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	Göstergelerin izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	Standart ve DÖ'lerin yeni değiştirildi ve gösterge takip sistemi revize edildi.
		Gösterge yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.		İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.	
		Performans ölçümüne yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.		Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.	
		Belirlenen göstergelerin izlenmesine yönelik gösterge kartları oluşturulmalıdır.		Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
		Gösterge verilerinin doğru ve kaliteli olarak uygun yöntemle toplanması sağlanmalıdır.		Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
		Gösterge yönetimine ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.		Göstergelere ilişkin sonuçlar ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.	
87	Gösterge yönetiminin etkinliği sağlanmalıdır.	Göstergeler analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.		SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.	
		Gösterge verileri, hedefleri ve sonuçları ilgili bilgi yönetim sistemlerine gönderilmelidir.			

TABLO
TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)
Sayısal Dağılım

Boyut No	Boyut Adı	Bölüm Adı	Standart Sayısı	DÖ Sayısı
1	Yönetim ve Organizasyon	Organizasyon Yapısı ve İşleyişi	5	21
		Kalite Yönetimi	2	7
		İnsan Kaynakları Yönetimi	1	9
		Doküman Yönetimi	1	6
		İstenmeyen Olay Bildirimi	2	5
		Risk Yönetimi	2	5
		Eğitim Yönetimi	2	6
2	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	2	13
3	Hasta Deneyimi	Hasta Deneyimi	3	19
		Hasta Güvenliği Hedefleri	8	22
		Yaşam Sonrası Hizmetler	1	7
4	Sağlık Hizmetleri	Hasta Bakımı	4	18
		Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	3	11
		İlaç Yönetimi	5	17
		Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım	3	14
		Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi	4	14
		Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon Hizmetleri	3	19
		Laboratuvar Hizmetleri	6	23
		Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri	3	9
		Acil Servis Hizmetleri	4	18
		Diyaliz Hizmetleri	4	19
		Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri	1	3
		Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri	2	8
5	Detsek Hizmetleri	Tesis Yönetimi ve Otelcilik Hizmetleri	2	20
		Bilgi Yönetim Sistemi	2	18
		Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri	2	8
		Malzeme ve Cihaz Yönetimi	3	17
		Atık Yönetimi	1	5
6	Afet ve Acil Durum Yönetimi	Afet ve Acil Durum Yönetimi	3	20
7	İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik	İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik	1	4
8	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	Gösterge Yönetimi	2	8
TOPLAM	8	31	87	393

TABLO 6.
SAS Hastane Seti (v4.0/2025)
Değişiklikler (Göstergeler Bazında)

1	Hedeflere Ulaşma Oranı
2	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)
3	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
4	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
	Emir Komuta Hattı Uzunluğu (En alt birim çalışanın en üst yönetici dâhil sorumlu olduğu sıralı hiyerarşik yönetici sayısı)
	Kontrol Alanı (Bir yöneticiye doğrudan bağlı çalışan sayısı)
5	Çalışan Memnuniyet Oranı
6	Personel Devir Hızı
7	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
8	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
9	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
10	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı
11	Çalışan Sağlık Gözetimlerinin Tamamlanma Oranı
12	Hasta Memnuniyet Oranı
13	Bası Ülseri Görülme Sıklığı
14	Düşen Hasta Oranı
	Tabureculuk Özetlerinin Zamanında Aktarımı
15	Hasta Bakım Planı Oranı
	Hekimlerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hekimler için öykü, fizik inceleme, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanı ve tedavi planı izlenir)
	Hemşirelerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hemşireler için psikolojik, fiziksel, ekonomik, sosyal değerlendirme, beslenme durumu ve tabureculuk planı izlenir)
16	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı
17	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı
18	Ventilatör İlişkili Olay Hızı
19	Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı
20	Cerrahi Profilakside Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
	El Hijyeni Uyum Oranı
21	El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı
	Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı
22	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı
	Advers Etki Görülme Oranı
23	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı
24	İmha Edilen İlaç Oranı
25	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı

	Transfüzyona Bağlı Gelişen Reaksiyon Oranı
	Transfüzyon Merkezi Tarafından Reddedilen İstem Oranı
26	Kan ve Kan Ürünleri Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı
	AMI'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi
	Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı
	Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı
	Taburecudaki Statin Reçete Edilen Hasta Oranı
	30 Gün İçinde Yeniden Başvuru Sayısı
	AMI Vaka Ölüm Oranı
	Anjiyografi Sonrası Bypass İşlemi Yapılan Hasta Oranı
	Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı
	Pnömoni'de Antibiyotik Başlangıç Dozundan Önce Acil Serviste Kan Kültür Testi Yapılan Hasta Oranı
	Pnömonide Hastaneye Varış İtibariyle İlk 6 Saat İçinde Antibiyotik Başlanma Oranı
	30 Gün İçinde Yeniden Başvuru Oranı (Pnömoni)
	Cerrahi Girişim Öncesi 24 Saat İçinde Düzenli VTE Profilaksisi Uygulanan Hastaların Oranı
	Postoperatif Pulmoner Embolizm veya Derin Ven Trombozu (DVT) Oranı
	Venöz Tromboembolizm Profilaksisi Tavsiye Edilen/ Reçete Edilen Cerrahi Hastası Oranı
	Yoğun Bakımda VTE Profilaksisi Yapılan Hasta Oranı
	VTE Hastalarında Protokol veya Nomogram ile izlenen UFH (Anfraksiyone Heparin) Doz/Trombosit Sayısı
	Elektif Birincil Total Kalça ve Diz Artroplastisi İşlemi Sonrası 30 Gün İçinde Komplikasyon Nedeni ile Yeniden Başvuru Sayısı
	Kalça Kırığı Mortalite Oranı
	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan Kalça Kırığı Cerrahisi Oranı
	Diz Artroplastisi için Revizyon Ameliyatı Olan Hasta Oranı
27	Mortalite Oranı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı Hastane Mortalite Oranı
28	48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı Pediyatrik Yoğun Bakıma 48 saat İçinde Yeniden Yatış Oranı Yenidoğan Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı
	Antikoagülan Tedavi Gören Atrial Fibrilasyonu/ Çarpıntısı Bulunan Hasta Oranı
	İnme ile Gelen Hastaya Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi Verilme Oranı
	İnme Hastalarında Yatışın İkinci Günü Sonunda Uygulanan Antitrombotik Tedavi Oranı
	Antitrombotik Tedavi Reçete Edilerek Taburecudaki Hasta Oranı
	Statin Reçete Edilerek Taburecudaki Hasta Oranı

	Rehabilitasyona Yönlendirilen İnme Hastası Oranı
	İskemik İnmede Vaka Ölüm Oranları
	Hemorajik İnmede Vaka Ölüm Oranları
	Serebrovasküler Hastalık Sonrası Sekel Görülme Oranı
29	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
	Sezaryen Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi Uygulanma Oranı
30	Sezaryen Oranı
31	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
32	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
33	Kısıtlama Süresi
34	Tecrit Süresi
	Psikiyatri Servisine 48 Saat İçinde Tekrar Başvuru Oranı
	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
35	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı
	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri
	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı
	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı
36	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı • Hatalı Etiketlenen Numune Oranı • Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı • Yetersiz Numune Oranı • Hemolizli Numune Oranı • Pıhtılı Numune Oranı • Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı
37	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı • Numune Çalışılmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı • Numune Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
38	Kaybolan Numune Oranı
39	Tekrar Alınan Numune Oranı
	Laboratuvara Teslim Edilmeyen Numunelerin Oranı
	Yatan Hastada Antibiyotik Verilmeden Önce İlk Kültür Numunesinin Alınma Oranı
40	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
	Kan Kültürlerinde Kabul Edilmiş Protokollere Uygun Örnek Alım Oranı
41	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
42	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
43	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
	Sitolojik ve Patolojik Tanılar Arasında Uyumsuzluk Oranı • Papanicolaou Smear Yanlış Negatif Sonuç Oranı
	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı
	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı

	Kan Kültürlerinde Üreme Sinyalinden Sonra 1 Saat İçerisinde Gram Boyanın Değerlendirilip Sonucunun Bildirilmesi
44	Panik Değer Bildirim Oranı
45	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı o Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre o Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre o Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı • Cihaz Bazında Arızalı Olduğu Gün Sayısı • Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı
46	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı
	Klinik Laboratuvar Testlerinde Sonuç Raporları ile ilgili Klinisyen Memnuniyet Oranı
	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı
47	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
	Laparoskopik Başlayan Açığa Dönüştürme Ameliyat Oranı
	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı
48	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı
49	Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi
50	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
51	Acil Servise 24 saat içerisinde Aynı Şikayetle Yeniden Başvuru Oranı
52	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı
53	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi
	Atık Devir Hızı (Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)
	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı
54	Teknik Birimin Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
55	Bilgi Yönetim Sistemi' nin Devre Dışı Kaldığı Süre
56	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi
	Cihaz Arızalanma Sıklığı
57	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı
58	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Talepleri Karşılama Oranı
59	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Ortalama Karşılama Süresi
60	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı
61	Laboratuvarlarda Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı
62	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı
63	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı

64	Hemodiyaliz Hastalarında Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
65	Hemodiyaliz Hastalarında Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
66	Ortalama Hemodiyaliz Süresi
67	Hemodiyaliz Hastalarında Eritropoetin Kullanım Oranı
68	Hemodiyaliz Hastalarında Ortalama Hb Düzeyi 10-12 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
69	Hemodiyaliz Hastalarında HBsAg (+) Hasta Oranı
70	Hemodiyaliz Hastalarında Anti-HCV (+) Hasta Oranı
71	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hasta Oranı
72	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
73	Hemodiyaliz Hastalarında Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
74	Hemodiyaliz Hastalarında Katater Fistül Oranı
75	Fissur Sealant uygulama oranı
76	Tekrar Alınan Dış Protezi Ölçü Oranı
77	Reddedilen Dış Protezi Ölçü Oranı
78	Kaybolan Dış Ölçü/Protez Oranı
79	Zamanında Teslim Edilmeyen Dış Protezi Oranı
80	Sezaryen Sonrası Komplikasyonsuz Vajinal Doğum Oranı
81	Post-operatif Sepsis Oranı
82	Ortalama Hasta Yatış Süresi
83	Yatak Doluluk Oranı
84	Laboratuvar Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
85	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
86	Stok Devir Hızı
87	Personel Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
88	Bütçe Denklik İndeksi
89	Klinik Rehber, Kılavuz ve protokollere ilişkin rastgele incelenen vaka sayısı
90	Çekim Odasındaki Aktif Kişi Başına Düşen Radyasyon Korucuyu Ekipman Sayısı