



Sağlık Tesisleri Akreditasyon Program Rehberi

Ankara – 2026

Versiyon 1

Yazarlar – TÜSEB

Türkiye Sağlık hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir. Enstitünün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
E-posta: tuskanet@tuseb.gov.tr
Web: <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/>

Hazırlayanlar *

Ahmet ASLANCAN, Müh.

Bayram DEMİR, Doç. Dr.

Büşra BOZKURT, Uzm.

Canan CENGİZ, Uzm.

Ceren CAN, Uzm.

Demet GÖKMEN KAVAK, Dr.

Ebru DUMAN, Hem.

Elif ÖZYURT, Uzm.

Gülşen KORALAY, Dr.

Hacer GEDİK, Hem.

Hasan GÜLER, Dr.

Hasip YALÇIN, Müh.

Keziban AVCI, Prof. Dr.

Safiye DİNÇ, Hem.

Umut BEYLİK, Prof. Dr.

Zöhre ALTUN, Hem.

Zuhal ÇAYIRTEPE, Dr.

* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

SUNUŞ

Bu rehber, TÜSKA'dan akredite olmak isteyen sağlık tesislerini bilgilendirmek ve sürece hazırlanmalarını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Sağlık tesislerinin ulusal ve uluslararası sağlık hizmetleri sunumunun saygın birer aktörü olmasına katkıda bulunacak ve TÜSKA Akreditasyonunun yürütülmesinde yol gösterici olacak bu rehber, paydaşlarımız için başucu dokümanı olma niteliğine haizdir. Rehberin hazırlanmasında katkı sağlayan tüm paydaşlarımıza ve Enstitü çalışanlarımıza teşekkür ederiz.

TÜSKA olarak aktif desteğimiz ile birlikte sağlık tesisleri akreditasyon süreçlerine katkı sağlamasını umduğumuz bu rehberin, siz değerli sağlık tesisleri çalışanlarınız için yararlı olmasını temenni eder; akreditasyon yolculuğunuzda başarılar dileriz.

Doç. Dr. Bayram DEMİR
TÜSKA Başkanı

İçindekiler

Şekiller	7
Tablolar	8
1. TÜSKA AKREDİTASYON PROGRAMLARI REHBERİ	9
2. TÜSKA AKREDİTASYON PROGRAMLARININ KAPSAMI	9
3. TÜSKANET AKREDİTASYON YÖNETİM SİSTEMİ	9
4. BAŞVURU KRİTERLERİ	10
5. AKREDİTASYON SÜRECİ GENEL BİLGİLER	12
5.1. Akreditasyon Programına Kabul	12
5.2. Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Uygulanması	13
5.3. Standart Uygulama Yöntemi	14
5.4. Standart Uygulama İlkeleri	14
5.5. Standart Uygulama Kriterleri	15
5.6. Kanıtlar	16
5.7. Öz Değerlendirme Raporu	16
5.8. Kanıt Toplama İlkeleri	18
5.9. Kanıt Toplama Teknikleri	19
5.10. Karşılama Düzeyi Kararının Belirlenmesi	21
5.11. Standart Karşılama Düzeyi Kararı	26
5.12. Değerlendirme Dışı	28
5.13. Standartların Revizyonu Sonrası Sorumluluklar	28
6. DENETİM SÜRECİ	28
6.1. Denetim Türleri	28
6.1.1. Denetim	28
6.1.2. Ara Denetim	28
6.2. Denetim ve Ara Denetim Takvimi	29
6.3. Denetim ve Ara Denetim Ertelenmesi	39
6.4. Denetim ve Ara Denetimlerin İptali	39
6.5. Denetim ve Ara Denetim Süresi ve Denetçi Sayısı	39
6.6. Denetim ve Ara Denetim Maliyetlerinin Hesaplanması	39
6.7. Denetim ve Ara Denetim Ücretinin Ödenmesi	40
6.8. Denetim ve Ara Denetim Raporu	40
7. KONTROL PANELİ	40
8. AKREDİTASYON KARARI	41
8.1. Platin Akreditasyon Belgesi	42
8.2. Altın Akreditasyon Belgesi	42
8.3. Gümüş Akreditasyon Belgesi	42

8.4.	Bronz Akreditasyon Belgesi	43
9.	AKREDİTASYON BELGESİ	44
10.	AKREDİTASYONUN SÜRDÜRÜLMESİ.....	44
11.	AKREDİTASYONUN YENİLENMESİ.....	44
12.	AKREDİTASYONUN ASKIYA ALINMASI/ İPTAL EDİLMESİ.....	45
13.	İTİRAZ VE ŞİKÂyetLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	45
14.	AKREDİTASYONUN RİSK ALTINDA OLDUĞU DURUMLAR.....	46
15.	BAŞVURUDA BULUNAN SAĞLIK TESİSİNİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ.....	46
16.	KAMUOYUNUN BİLGİLENDİRİLMESİ	47
17.	ÖNERİLER.....	47
18.	KAYNAKÇA	48

Şekiller

[Şekil 1. TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi](#)

[Şekil 2. Akreditasyon Süreci](#)

[Şekil 3. Akreditasyon Süreci Akış Şeması](#)

[Şekil 4. Standart Uygulama ve Değerlendirme Sistematiği](#)

[Şekil 5. Standart Uygulama Yöntemi](#)

[Şekil 6. Standart Uygulama İlkeleri](#)

[Şekil 7. Standart Uygulama Kriterleri](#)

[Şekil 8. Öz Değerlendirme Süreci](#)

[Şekil 9. Kanıt Toplama İlkeleri](#)

[Şekil 10. Kanıt Toplama Teknikleri](#)

[Şekil 11. Karşılama Düzeyi Kategorileri](#)

[Şekil 12. Standart Değerlendirme Çerçevesi](#)

[Şekil 13. Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri](#)

[Şekil 14. Hastane ve ADSH Kategorilendirme Tablosu](#)

[Şekil 15. Akreditasyon Koşulları](#)

Tablolar

[Tablo 1. Değerlendirme Ölçütü Karşılanma Düzeyi Kriterleri Matrisi](#)

[Tablo 2. Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları](#)

[Tablo 3. Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları](#)

[Tablo 4. 4X4 ADSM Denetim Takvimi Taslağı Örneği](#)

[Tablo 5. 6X5 Hastane Denetim Takvimi Taslağı Örneği](#)

1. TÜSKA AKREDİTASYON PROGRAMLARI REHBERİ

Bu Rehber, akredite olmak isteyen sağlık tesislerinin akreditasyon başvurusu yapmasından, akredite edilmesine kadar geçen süreçler ile akreditasyonun devam etmesi, yenilenmesi, askıya alınması ve iptaline ilişkin hususları belirlemek amacıyla oluşturulmuştur.

2. TÜSKA AKREDİTASYON PROGRAMLARININ KAPSAMI

TÜSKA Akreditasyon Programları kapsamına; Kamu, üniversite ve özel sektöre ait hastaneler, tıp/dal merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastaneleri, acil sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, poliklinikleri, tıbbi laboratuvarlar, görüntüleme, hemodiyaliz merkezleri ile fizik tedavi müesseseleri gibi kurum ve kuruluşlar dahildir.

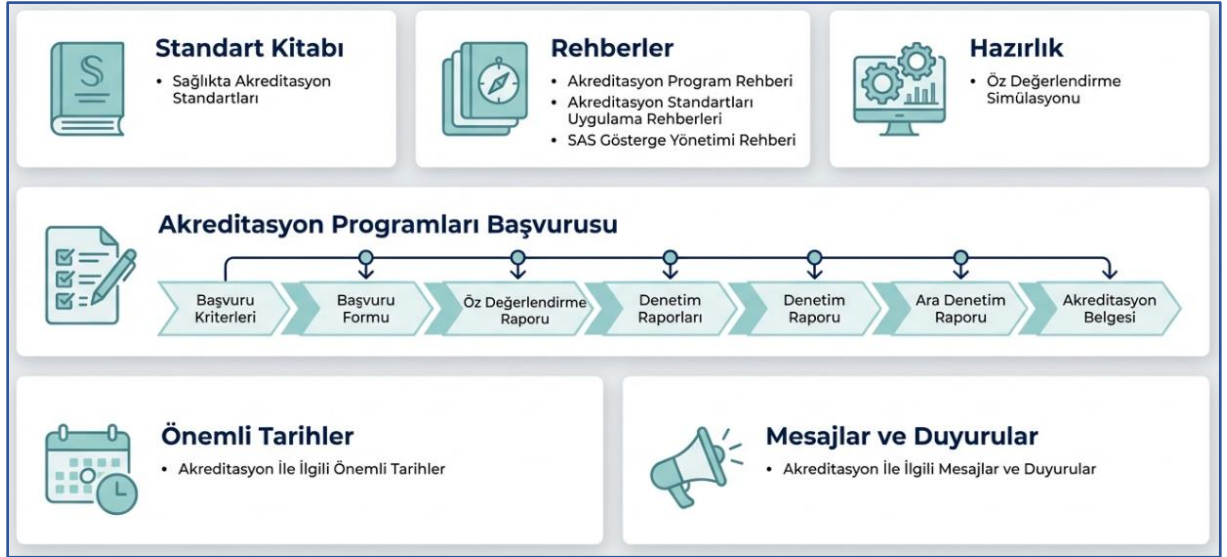
3. TÜSKANET AKREDİTASYON YÖNETİM SİSTEMİ

Akredite olmak isteyen sağlık tesisleri öncelikle <https://tuska.tuseb.gov.tr/> web sitesi üzerinden TÜSKAnet'e erişim sağlayarak ya da direkt <https://tuskanet.tuseb.gov.tr/> adresinden TÜSKAnet kurumsal üyelik işlemlerini tamamlayarak sisteme giriş yapabilir veya TÜSKA tarafından uygun görülen hallerde yazılı olarak başvuru yapabilirler.

TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi'nde sağlık tesisleri için aşağıdaki bilgi ve dokümanlar bulunmaktadır:

- Standart Kitabı
 - Sağlıkta Akreditasyon Standartları
- Rehberler
 - Akreditasyon Program Rehberi
 - Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberleri
 - SAS Gösterge Yönetimi Rehberi
- Hazırlık (Öz Değerlendirme Simülasyonu)
- Akreditasyon Programları Başvurusu
 - Başvuru Kriterleri

- Başvuru Formu
- Öz Değerlendirme Raporu
- Denetim Raporları
- ◇ Denetim Raporu
- ◇ Ara Denetim Raporu
- Akreditasyon Belgesi
- Akreditasyon İle İlgili Önemli Tarihler
- Akreditasyon İle İlgili Mesajlar ve Duyurular



Şekil 1. TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi

4. BAŞVURU KRİTERLERİ

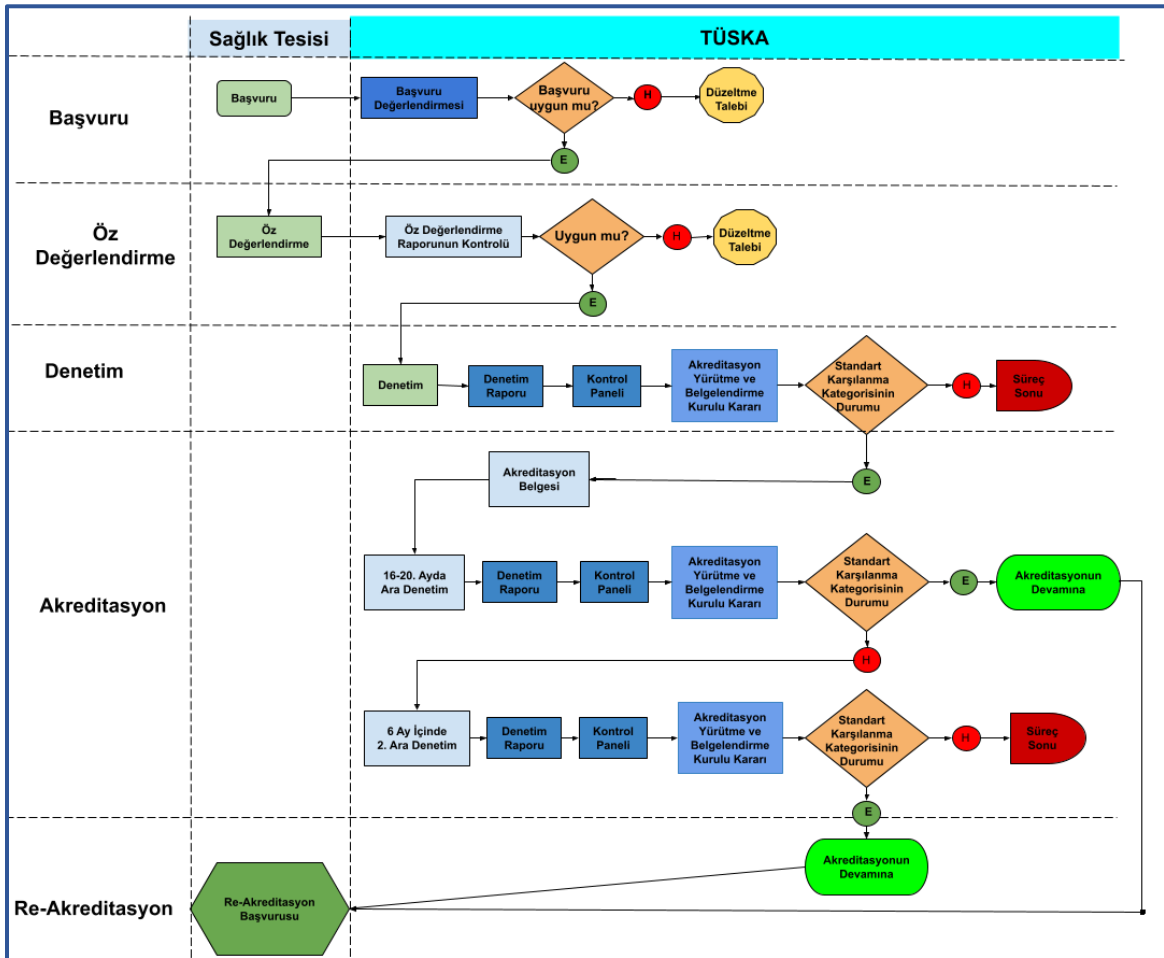
Aşağıdaki kriterlerin tamamını karşılayan sağlık tesisleri TÜSKA Akreditasyon Programlarına başvuruda bulunabilirler.

- Kamu, üniversite ve özel sektöre ait hastane, tıp/dal merkezi, ağız ve diş sağlığı merkezi/hastanesi, acil sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş, poliklinik, tıbbi laboratuvar, görüntüleme, hemodiyaliz merkezi ile fizik tedavi müessesesi gibi kurum ve kuruluş olarak hizmet vermesi.
- Sağlık tesisinin yetki ve izin belgelerine (ruhsat vb.) sahip olması.

Akreditasyon Süreci Zaman Çizelgesi



Şekil 2. Akreditasyon Süreci



Şekil 3. Akreditasyon Süreci Akış Şeması

5. AKREDİTASYON SÜRECİ GENEL BİLGİLER

Akreditasyon başvurusu yapmak isteyen ve hazır olduğunu düşünen sağlık tesislerinin, istedikleri zaman başvuru yapma seçeneği bulunmaktadır. Akredite olmak isteyen sağlık tesisinin TÜSKAnet üzerinden ilgili “Akreditasyon Programı Başvuru Formu”nu doldurarak başvuru yapması gereklidir. Sağlık tesisi, başvuru formunda denetimin gerçekleşmesini istediği (başvurudan itibaren en geç altı ay içinde) ayı belirtmelidir.

Sağlık tesisinin paylaştığı bilgiler ile denetim gün ve denetçi sayısı, denetim maliyeti, denetim sözleşmesi ve denetim takvimi TÜSKA tarafından belirlenir ve sağlık tesisine bilgi verilir. Denetim ve ara denetim sonrasında akredite olamayan sağlık tesisleri en erken 3 aydan önce tekrar başvuruda bulunamaz.

5.1. Akreditasyon Programına Kabul

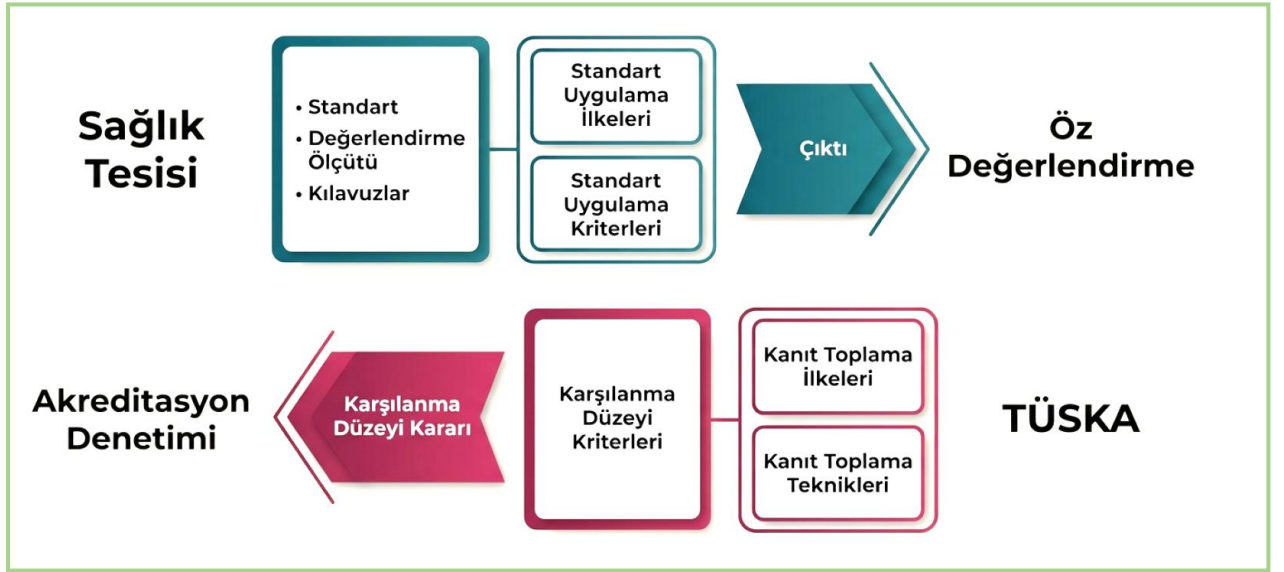
Sağlık tesisinin akreditasyon programına kabul edilip edilmediği, başvurusundan itibaren en kısa süre içerisinde TÜSKAnet üzerinden bildirilir. Başvurusu onaylanan sağlık tesisinden 1 ay içinde öz değerlendirme raporu istenir. Sağlık tesisi, TÜSKAnet üzerinden ilgili SAS Seti çerçevesinde öz değerlendirme raporunu TÜSKA’ya sunar. Öz değerlendirme raporunun TÜSKA tarafından onaylanması sonrası sağlık tesisi ile işbirliği içinde akreditasyon denetimi için tarih planlaması yapılır.

TÜSKA sağlık tesisinin özelliğine uygun denetim takvimi ve denetçileri organize eder. TÜSKA, yurt dışı sağlık tesislerinin akreditasyon denetimi için denetçi seçimini yaparken sağlık tesisinde kullanılan dilleri akıcı şekilde konuşan kişilerden seçmeye özen gösterir. Ancak uygun bir denetçinin bulunamaması halinde ihtiyaç duyulan çeviri hizmetini sağlık tesisi sağlamakla yükümlüdür. Çevirmenin/çevirmenlerin ingilizce ve hastanede konuşulan dilde/dillerde akıcı olması, sözlü ve yazılı tercüme konusunda deneyim sahibi olması, muteber tıbbi çeviri uygulama standartlarını izlemesi ve hastanenin belirleyeceği gizlilik politikalarına ve yönergelerine uygun hareket etmesi gerekmektedir.

5.2. Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Uygulanması

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının (SAS) uygulanması, sağlık tesisleri tarafından her bir standarda yönelik uygulama ilkeleri doğrultusunda kanıta dayalı çıktılar oluşturma sürecidir. TÜSKA sağlıkta akreditasyon denetçileri; akreditasyon denetim yöntemi kapsamında, standardın uygunluk/uygunsuzluk durumuna ilişkin kanıtlar toplar ve bunun sonucunda standardın karşılanma düzeyi kararının belirlenmesine esas süreçleri sonuçlandırır. Bu çerçevede sağlık tesislerinden, akreditasyon standartları uygulama sürecinde önceden belirlenmiş temel ilkeleri esas alması beklenmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının sağlık tesisleri tarafından uygulanması ve TÜSKA tarafından denetlenmesine ilişkin süreçler aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



Şekil 4. Standart Uygulama ve Değerlendirme Sistematığı

Buna göre, standart uygulama ilkeleri ve standart uygulama kriterleri çerçevesinde standardın tüm gereklilikleri yerine getirilmeye çalışılır ve buna ilişkin çıktılar elde edilir. Elde edilen çıktılar ile akreditasyona yönelik öz değerlendirme sağlık tesisi tarafından yapılır.

Akreditasyon denetim sürecinde, standartların karşılanma düzeyi kararının belirlenmesi, standartların uygulanma durumunu gösteren kanıtlara göre yapılmaktadır. Sağlık

tesislerinin öz değerlendirme sürecini, akreditasyon denetim yöntemine uygun teknik ve ilkeler doğrultusunda yapmaları, akreditasyona hazırlık için gerçek bir tablo sunar.



Şekil 5. Standart Uygulama Yöntemi

5.3. Standart Uygulama Yöntemi

Standartların uygulanmasına yönelik aşamalar TÜSKA akreditasyon denetim yöntemi ile benzerlik göstermekte olup sürece yönelik gerçekleştirilecek etkili uygulamalar sağlık tesislerinin akreditasyona hazırlanmasında öneme haizdir. Süreç aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

5.4. Standart Uygulama İlkeleri

Standartlar aşağıda belirtilen uygulama ilkeleri esas alınarak uygulanır:



Şekil 6. Standart Uygulama İlkeleri

Bu ilkelerin her biri aşağıda belirtildiği şekilde tanımlanmaktadır;

Etkililik: Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.

Etkinlik: İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.

Verimlilik: Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.

Güvenlik: Hasta ve çalışanların, zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir düzeydeki risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

Standart uygulamalarında, hasta ve çalışanların zarar görmelerine yol açabilecek tüm risklerin kabul edilebilir risk düzeyinde tutulması, standardın hedefine uygun ve en az kaynak kullanımı ile uygulama yapılması temel ilke olarak belirlenmelidir.

5.5. Standart Uygulama Kriterleri

Standartlar, ilgili standardın amaç ve hedefleri doğrultusunda “Standart Uygulama Kriterleri”ne göre uygulanır. SAS boyut ve bölümleri itibari ile sağlık tesislerinin tüm hizmet alanlarını ve süreçlerini kapsamaktadır. Standart/değerlendirme ölçütleri, ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanlarında ve süreçlerinde uygulanır.

Standartların bütüncül bir bakış açısı kullanılarak kalite kültürünü geliştiren ve teşvik eden bir anlayış ile uygulanmasına yönelik süreçler, aşağıda belirtilen standart uygulama kriterleri doğrultusunda yürütülür.



Şekil 7. Standart Uygulama Kriterleri

Kapsam ve Uygulama: Standart/değerlendirme ölçütü ile ilgili plan, politika ve süreçlerin tanımlanarak, standardın amacını gerçekleştirmeye yönelik iş ve işlemlerin sağlık tesisinin ilgili tüm bölümlerinde yerine getirilmesidir.

İzlenebilirlik ve Devamlılık: Standart/değerlendirme ölçütü ile ilgili süreçlerde yer alan iş ve işlemlerin, işlem sırasında oluşan bilgilerin geriye dönük ve eşzamanlı olarak takip edilebilmesi ve standart/değerlendirme ölçütü ile ilgili uygulamaların sadece belli dönemlerde ya da zaman dilimlerinde değil, sürekli olmasıdır.

Liderlik ve Katılım: Standart/değerlendirme ölçütünün amacını gerçekleştirmeye yönelik olarak, sağlık tesisinin her düzey yönetim kademesinde çalışanların yönlendirilmesi ve sağlık tesisi çalışanlarının katılımıyla ilgili uygulamaları bilme, benimseme ve gerçekleştirme düzeyidir.

5.6. Kanıtlar

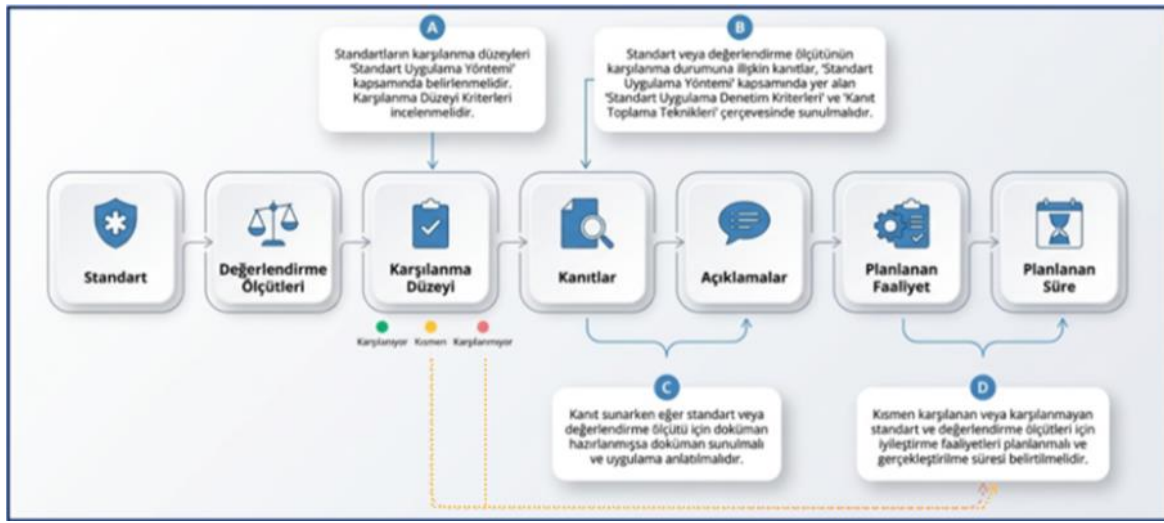
Standarda ilişkin kanıtlar yukarıda belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda elde edilir. Kanıtların, “Kanıt Toplama İlkeleri ve Teknikleri” doğrultusunda elde edilmesi gerekir. Standart/ değerlendirme ölçütü karşılanma düzeyi kararının verilmesinde, kanıtlar belirleyicidir.

5.7. Öz Değerlendirme Raporu

Öz değerlendirme, SAS’a yönelik olarak sağlık tesisi yönetimi ve kalite yönetim ekibinin

koordinasyonu, tüm çalışanların sorumluluğunda yapılan bir değerlendirme faaliyeti olarak tanımlanır.

Öz değerlendirme süreci, “Standart Uygulama Yöntemi” kullanılarak, standart/değerlendirme ölçütleri ile ilgili olarak belirtilen “Standart Uygulama Kriterleri ve İlkeleri” doğrultusunda, “Kanıt Toplama İlkeleri ve Teknikleri” temel alınarak, standart/değerlendirme ölçütünün “Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi” aşamalarından oluşur. Başvurusu onaylanan sağlık tesisinden 1 ay içinde öz değerlendirme raporu istenir.



Şekil 8. Öz Değerlendirme Süreci

Öz Değerlendirmede; standardın amaç ve hedefleri doğrultusunda standart uygulama kriterlerine göre standarda ait değerlendirme ölçütlerinin karşılama düzeyleri toplanan kanıtlar kapsamında belirlenir. Standart/ değerlendirme ölçütleri, standart uygulama kriterlerine göre sağlık tesisinde ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanlarında ve süreçlerinde aranır. Sağlık tesisi, TÜSKAnet üzerinden ilgili SAS Seti çerçevesinde öz değerlendirme raporunu TÜSKA’ya sunar. Öz değerlendirme raporunun TÜSKA tarafından onaylanması sonrası sağlık tesisi ile işbirliği içinde akreditasyon denetimi planlanır.

5.8. Kanıt Toplama İlkeleri



Şekil 9. Kanıt Toplama İlkeleri

Öz değerlendirme ekibi, kanıtların önemliliğine, yeterliliğine ve uygunluğuna ilişkin karar alma aşamasında; sağlık tesisinin yapısını, uygulanan kanıt toplama yöntemini ve elde edilen kanıtın niteliğini, değerlendirme konusunun önemliliğini, değerlendirme risklerini ve değerlendirme süreci boyunca ortaya çıkan sağlık tesisinin bilgi sisteminin kalitesini, iç kontrol sisteminin etkinliğini ve yönetsel unsurları da değerlendirerek sonuca varacaktır.

Önemlilik

Standart/değerlendirme ölçütünün değerlendirmesinde asli öneme sahip unsurlara dair daha fazla kanıt toplanmasıdır. Bu çerçevede, önemli ve riskli hususlar için kanıtların çokluğu, öz değerlendirme sonucu ulaşılabilecek yargı ve sonuçların doğruluğunda belirleyicidir.

Yeterlilik

Yeterlilik, standart/değerlendirme ölçütünün karşılanma düzeyi hakkında verilecek karar için kanıt/kanıtların nitelik ve nicelik olarak karşılanmasıdır. Karar verilmesi için gerekli kanıt miktarı, elde edilen kanıtların uygunluğu/kalitesi ve değerlendirilen hususa ilişkin önemli unsurlardan etkilenir. Bunun oluşturacağı riskin azaltılabilmesi için

toplanacak kanıt miktarı verilecek kararı netleştirecek kadar artırılmalıdır.

Değerlendirme kanıtlarının uygunluğunun artması, öz değerlendirme ekibi açısından daha az kanıtla değerlendirme görüşü oluşturulabileceğini ifade eder. Ancak, değerlendirme kanıtının kalitesinin yetersizliği(kanıtının standardın gereklilikleri ile ilgili olmaması) halinde daha fazla kanıt toplanması anlamlı bir sonuç üretmeyecektir.

Uygunluk

Değerlendirme kanıtının uygunluğu; kanıtın, standart/ değerlendirme ölçütü ile ilgili ve güvenilir olmasıdır.

- **Güvenilirlik:** Kanıtın öz değerlendirme ekibi tarafından kabul edilebilirliğidir. Etkin bir iç kontrol sistemi güvenilir kanıtlar sağlar. Doğrudan somut bir şekilde sunulan kanıtlar, dolaylı ve çıkarımlar yoluyla elde edilen kanıtlardan daha güvenilirdir.
- **İlgililik:** Kanıtın standart/değerlendirme ölçütünün amacıyla örtüşmesi ve değerlendirme görüşünü belirleme derecesini ifade eder. Değerlendirme kanıtı ile değerlendirme amacı arasında doğrudan kurulan ilişkidir. Değerlendirme kanıtı, standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin yönetim taahhüdünün ve/veya sağlık tesisi süreç ve uygulamalarının doğruluğunu veya yanlışlığını kanıtlayabilen bir nitelik taşımalıdır.

5.9.Kanıt Toplama Teknikleri

Kanıt toplama teknikleri; doküman inceleme ve nitel teknikler olarak sınıflandırılmaktadır. Kanıtlar, standart/değerlendirme ölçütünün karşılanma durumu ile ilgili her türlü bilgiler olup, öz değerlendirme esnasında ilgili çalışanlar tarafından sunulan dokümanların incelenmesi ile gözlem, görüşme, iz sürme vb. teknikler kullanılarak toplanır. Öz değerlendirmede her standarda ilişkin kanıt toplamada bunlardan sadece biri ya da her ikisi ile birlikte kullanılabilir.



Şekil 10. Kanıt Toplama Teknikleri

Doküman İnceleme

Öz değerlendirme sürecinde sağlık tesisi yönetimi ve yetkilileri tarafından onaylanmış elektronik ve/veya fiziksel her türlü doküman (plan, program, prosedür, rehber, form, liste, tutanak, belge vb.) ve kayıtlar, somut olarak elde edilebilecek kanıtlardır. Elde edilen kanıtlar genel olarak sağlık tesisinin sisteminin nasıl tasarlandığını yansıtmaktadır. Kanıt toplama ilkeleri kapsamında öz değerlendirme ekibi bu kanıtları incelemelidir. Standart/değerlendirme ölçütü ile ilgili elde edilen kanıtlar, uygulama süreçleri ile ilişkiliyse diğer nitel tekniklerden elde edilecek bulgular ile birlikte değerlendirilmelidir.

Nitel Teknikler

Standart/değerlendirme ölçütü öz değerlendirme konusu ile ilgili görüşme, mülakat, iz sürme, gözlem vb. teknikler ile yapılabilir. Bu tekniklerin öz değerlendirmenin konusuna göre; geneli temsil etmesi, süreç bazlı olması, hizmet sunanları ve alanları kapsaması gerekmektedir. Sonuçta her bir nitel teknik kendi alt tekniklerini (Odak görüşme, süreç bazlı gözlem, hasta veya sistem izi sürme gibi) içerebilir. Örneğin, odak görüşme kapsamında, denetçi/denetçiler, belirli bir süreç veya çıktı hakkında spesifik bilgi edinmek için odak görüşme veya konuyu derinlemesine irdeleme yaklaşımını açıklayacaktır. Bu görüşmeye/detaylı sorgulamaya katılım gösteren çalışanlar bu yaklaşımı kişisel veya standarda ilişkin uyumsuzluk göstergesi olarak algılamamalıdır. Bu yöntem, denetçinin/denetçilerin süreci/süreçleri destekleyen sistemleri

değerlendirdiğinin bir göstergesidir. Buradan elde edilen kanıtlar tasarlanan sistemin uygulamaya yansımaları gösterecektir.

İlgili standart/değerlendirme ölçütünün “Standart Uygulama Kriterleri” bakımından kapsamı ve kanıt toplama esasları dikkate alınarak gerekli kanıt toplama teknikleri ile elde edilen kanıtların; sağlık tesisi genelini yansıması, yeterli nitelik ve nicelikte toplanması, ilgili olanların süreç bazlı olarak hizmet alanları ve sunanları kapsamı gerekmektedir.

5.10. Karşılama Düzeyi Kararının Belirlenmesi

Yukarıda belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda yapılacak öz değerlendirme sonucunda standart/değerlendirme ölçütünün karşılama düzeyine karar verilir.

Karşılama düzeyi kararı aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirlenir;

- Karşılama düzeyine karar verilirken; standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınır.
- Standartın karşılama düzeyi kararı, standarda ait değerlendirme ölçütlerinin karşılama düzeyine göre belirlenir.
- Bir standarda ilişkin uygunluk/uygunsuzluk kararı,
 - Standart uygulama kriterleri doğrultusunda,
 - Kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri ile hazırlanan kanıtlara odaklanılarak,
 - Karşılama düzeyi kriterlerine göre belirlenir.
- Her bir standardın karşılama düzeyi kararı “karşılıyor”, “kısmen karşılıyor” ve “karşılanmıyor” olarak üç kategoride belirlenir.



Şekil 11. Karşılama Düzeyi Kategorileri

Standart/değerlendirme ölçütlerinin karşılama düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

Karşılıyor (K): Standartın/Değerlendirme Ölçütünün değerlendirilmesinde uygunsuzluk tespit edilmemesi halidir. Bununla birlikte uygunsuzluk tespit edilmesi halinde “Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri” kapsamında yapılan değerlendirme sonucu matriste belirtilen tanımlara göre “Karşılıyor” kararı verilebilir.

Kısmen Karşılıyor (KK): Standartın/Değerlendirme Ölçütünün değerlendirilmesinde tespit edilen kısmi uygunsuzluk halidir. Tespit edilen uygunsuzluğa “Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri” kapsamında yapılan değerlendirme sonucu matriste belirtilen tanımlara göre “Kısmen Karşılıyor” kararı verilebilir.

Karşılanmıyor (KM): Standardın/Değerlendirme Ölçütünün değerlendirilmesinde uygunsuzluk tespit edilmesi halidir. Bu durumda “Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri” kapsamında yapılan değerlendirme sonucu matriste belirtilen tanımlara göre “Karşılanmıyor” kararı verilebilir.

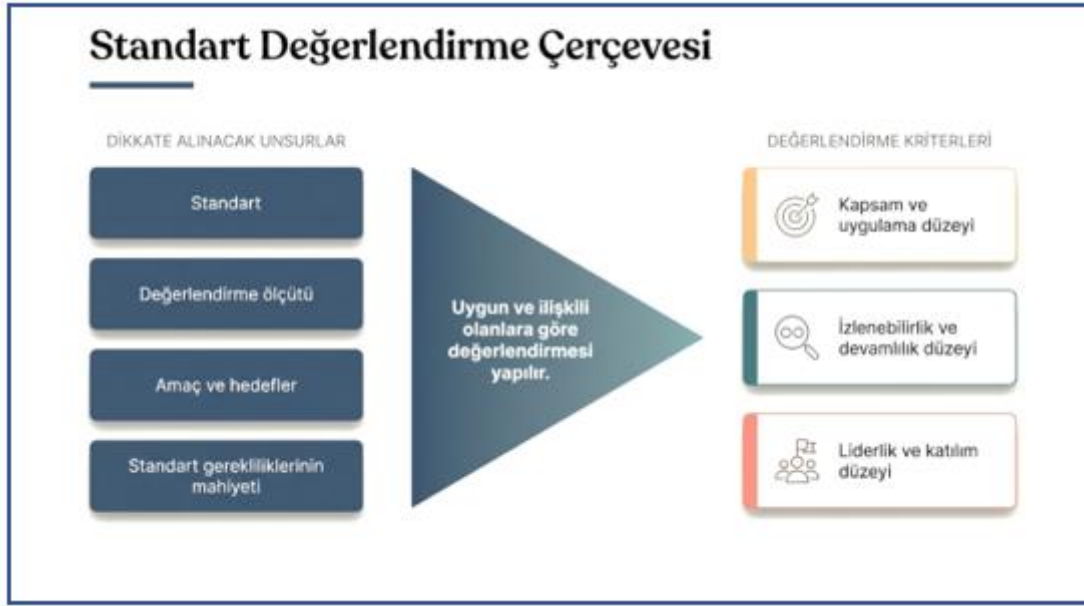
FAKTÖR	ŞİDDET	KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI*		ŞİDDET	FAKTÖR
RİSK BOYUTU	YÜKSEK	KM	KM	YÜKSEK	SIKLIK DÜZEYİ
	YÜKSEK	KM / KK	KM	YÜKSEK	
	YÜKSEK	K / KK	KM / KK	YÜKSEK	
	ORTA	KK / KM	KM	ORTA	
	ORTA	K / KK	KM / KK	ORTA	
	ORTA	K	KK / KM	ORTA	
	AZ	K / KK	KM	AZ	
	AZ	K	KM / KK	AZ	
	AZ	K	K / KK	AZ	
	ŞİDDET	BİREYSEL	SİSTEMSEL	ŞİDDET	
	FAKTÖR	ETKİ ALANI		FAKTÖR	

Tablo 1. Değerlendirme Ölçütü Karşılanma Düzeyi Kriterleri Matrisi

Karşılanma Düzeyi Kararında renksiz bölmeler öz değerlendirme ekibinin kanaati sonucu belirlenir. Matris ikili kararlarda değerlendiricilere ilk kararı vermesini önceler.

Standart, değerlendirme ölçütü, amaç ve hedefler ile standart gerekliliklerinin mahiyeti dikkate alınarak, standart ve değerlendirme ölçütünün;

- Kapsam ve uygulama düzeyi,
- İzlenebilirlik ve devamlılık düzeyi,
- Liderlik ve katılım düzeyi kriterleri arasından uygun ve ilişkili olanlara göre değerlendirmesi yapılır.



Şekil 12. Standart Değerlendirme Çerçevesi

Elde edilen kanıtlar vasıtasıyla standart veya değerlendirme ölçütü ile ilgili bir uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda, bu uygunsuzluk "Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri" ne göre ele alınmalıdır.

Standarda yönelik uygunsuzluk tespit edilmesi halinde, standardın karşılanma düzeyine ilişkin doğru karar vermek için kullanılacak temel parametrelerin "Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri" olduğu, unutulmaması gereken en önemli husustur.



Şekil 13. Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri

Uygunsuzluk tanımlama kriterleri şunlardır:

- Sıklık Düzeyi
- Etki Alanı
- Risk Boyutu

Sıklık Düzeyi

Standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin uygunsuzluğun örneklemdeki sıklığıdır.

Uygunsuzluğun değerlendirilen örneklemdeki sıklığı;

- Uygunsuzluk yok ya da nadir ise (seçilen örneklemde %5 ve altında): **AZ**
- Az sıklıkta ise (seçilen örneklemde %6-15 arasında ise): **ORTA**
- Çok sık ise (seçilen örneklemde %16 ve üzerinde ise): **YÜKSEK**

Etki Alanı

Standarta ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da sınırlı bir alanda mı veya kurumsal/sistemsel düzeyde mi olduğunun belirlenmesini ifade eder.

- Uygunsuzluk bireysel veya çok sınırlı alanda ise, **BİREYSEL** olarak belirlenir. Bireysel uygunsuzluklar genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkârlığı, mesleklerinin gereklerini yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle meydana gelen uygunsuzluklardır. Sağlık tesisinin tasarladığı ve uyguladığı sistem dâhilinde yer almayan ve ayrıca sağlık tesisinin sorumlu tutulamayacağı unsurları içerir.
- Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise, **SİSTEMSEL** olarak belirlenir. Sağlık tesisi tarafından tasarlanan sistemin organizasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ile ilgili uygunsuzluklar bu kapsamda değerlendirilir.

Risk Boyutu

Standarta ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir. Bu hususta hasta ve çalışan güvenliği ile doğrudan ilişkili olan uygunsuzluklar muhtemel olumsuzluğun en yüksek potansiyeli ile dikkate alınır. Bununla birlikte “bilgi güvenliği, mahremiyet ve yaşam sonrası hizmetler vb.” uygunsuzluklar risk boyutu açısından ayrıca değerlendirilebilir.

- Hasta ve çalışan güvenliği açısından olumsuzluk yok/çok az (en çok ayakta tedavi edilebilecek olumsuzluklar) ise: **AZ**
- Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından kısmen olumsuz (ölümcül ya da ciddi olmayan, kronik olumsuzluklara yol açmayacak olumsuzluklar) ise: **ORTA**
- Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından çok olumsuz (kronik, sekel bırakan, ciddi, ölümcül nitelikte olabilecek olumsuzluklar) ise: **YÜKSEK**

Her bir uygunsuzluk için bahsedilen “Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri” ne göre tanımlama yapılarak aşağıda yer alan değerlendirme ölçütü karşılanma düzeyi matrisinde bu kararların kesişim bölgeleri bulunur. Bulunan bölgeler öz değerlendirme ekibinin kanaati için yönlendirici olup, bu kapsamda (matristeki tekli ve ikili kararlar) standardın, standart setinin ilgili bölümünün ve hatta diğer bölümlerle ilişkili olanlarının karşılanma düzeyleri de dikkate alınarak karşılanma düzeyi kararı verilir.

5.11. Standart Karşılanma Düzeyi Kararı

Her bir değerlendirme ölçütünün karşılanma düzeyleri belirlendikten sonra standarda ilişkin karşılanma düzeyi kararı aşağıdaki hususlar kapsamında verilir.

- Tüm değerlendirme ölçütleri karşılanıyor ise Standart Karşılanıyor (K) kararı verilir.
- Standardın en az 1 değerlendirme ölçütü karşılanmıyor ise Standart Karşılanmıyor (KM) kararı verilir.
- Tüm değerlendirme ölçütleri kısmen karşılanıyor ise Standart Kısmen Karşılanıyor (KK) kararı verilir.
- Değerlendirme ölçütlerinin en az yarısı (tek sayı ise öz değerlendirme ekibi kanaatiyle 1 eksiği ya da 1 fazlası olabilir) Karşılanıyor (K) olmak kaydıyla ve diğerleri Kısmen Karşılanıyor (KK) olarak karar verilmişse öz değerlendirme ekibi; Standart Karşılanıyor (K) veya Kısmen Karşılanıyor (KK) kararlarından birini verir.
- Değerlendirme ölçütlerinin tüm kararları Karşılanıyor (K) ve Kısmen Karşılanıyor (KK) olmak kaydıyla kısmen karşılanan değerlendirme ölçütü sayısı karşılanıyor olarak uygun görülen değerlendirme ölçütü sayısından 2 veya 2’den fazla ise standarda ilişkin Kısmen Karşılanıyor (KK) kararı verilir.

Yukarıdaki açıklamalara göre aşağıda örnek olarak tek (5) ve çift (4) sayıda değerlendirme ölçütüne sahip bir standardın karşılanma düzeyi kararı olasılıkları gösterilmiştir.

Değerlendirme Ölçütleri Karşılanma Düzeyi Kararı					Standart Karşılanma Düzeyi Kararı
1	2	3	4	5	
K	K	K	K	K	K
K	K	K	K	KK	K
K	K	K	KK	KK	K / KK
K	K	KK	KK	KK	KK / K
K	KK	KK	KK	KK	KK
KK	KK	KK	KK	KK	KK
K	K	K	K	KM	KM
KK	KK	KK	KK	KM	KM
K	KK	K	KK	KM	KM

Tablo 2. Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları

Değerlendirme Ölçütleri Karşılanma Düzeyi Kararı				Standart Karşılanma Düzeyi Kararı
1	2	3	4	
K	K	K	K	K
K	K	K	KK	K
K	K	KK	KK	K / KK
KK	KK	KK	KK	KK
K	K	K	KM	KM
KK	KK	KK	KM	KM
K	KK	K	KM	KM

Tablo 3. Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları

5.12. Değerlendirme Dışı

Bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ya da rehberde yer alan standart gerekliliklerinin sağlık tesisinin hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda ilgili bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ya da standart gerekliliği değerlendirmeye alınmaz. Bu karar TÜSKA tarafından verilir.

Not: Bu bölüm Standart Uygulama Rehberinde “Standartların Uygulanmasına İlişkin İstisnai Durumlar” başlığı altında ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

5.13. Standartların Revizyonu Sonrası Sorumluluklar

- Standartların ve/veya göstergelerin revize/reakredite edilmesi durumunda; akredite sağlık tesisi yeni standart ve/veya göstergelere 6 ay içerisinde uyum sağlamakla yükümlüdür. Mücbir hallerde uyum süreci 1 yıla kadar uzatılabilir.
- Ara denetimlerde göstergeler ile revize/reakredite edilmiş standartların 6 aylık uyum süresi tamamlanmış ise yeni standartlar/göstergeler denetlenir.

6. DENETİM SÜRECİ

6.1. Denetim Türleri

6.1.1. Denetim

Akreditasyon standartlarının, sağlık tesisinin tamamında yapılacak inceleme, gözlem, birebir görüşme, iz sürme gibi teknikler ile elde edilen kanıtlar doğrultusunda, karşılanma düzeylerinin belirlenmesi süreçlerini ifade eder. İlk denetim için denetim tarihinden önceki en az 3 aylık kayıtlar incelenir. Ancak standardın özelliğine bağlı olarak geriye doğru kayıtlar incelenebilir. Örneğin ağustos ayında yapılan denetimde SAS göstergelerinin hedef değeri ocak ayında yapılmış toplantıda belirlenmiş ise ocak ayında yapılmış toplantı kararlarına bakılabilir. Üç yılın sonunda yeniden akreditasyon başvurusu yapan sağlık tesislerinde, denetim tarihinden önceki 12 aylık döneme ait kayıtlar incelenir.

6.1.2. Ara Denetim

Akredite edilen sağlık tesisleri için 3 yıl süresince akreditasyon tarihinden itibaren 16. – 20. aylar arasında 1 kez yapılan denetimi ifade eder. Ara denetimler için geriye dönük ve eş zamanlı kayıtlar incelenir. Ara denetim sonucu akreditasyon kategorisi değişebilir, askıya alınabilir veya akreditasyon sonlanabilir.

6.2. Denetim ve Ara Denetim Takvimi

- Denetim ve ara denetim tarihleri TÜSKA ve sağlık tesisi iş birliği ile belirlenir.
- Denetim ve ara denetim takviminde her bir denetim günü için hangi akreditasyon standartlarının, hangi yöntemlerle, hangi zamanlarda yapılacağı yer alır.
- Denetim ve ara denetim takvimi denetim ekibinin önerileri ve sağlık tesisinin görüşleri ile denetim tarihine kadar revize edilebilir.
- Açılış toplantısı sonrasında sağlık tesisi yetkilisinin önerileri ve denetim sürecinde meydana gelebilecek durumsal koşullar çerçevesinde, denetim ekip lideri TÜSKA tarafından belirlenen denetim takviminde eksiklik olmaması kaydı ile değişiklik yapabilir. Denetim takvimi Sağlık Tesisinin türüne ve büyüklüğüne göre değişiklik gösterir. Aşağıda denetim takvim örneklerine yer verilmiştir.

Denetim Takvimi					
1. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00	Denetim Koordinatörü ile Toplantı				
09.15	(Hastane transferi ve denetim ekibinin ihtiyaçları ile ilgili görüşme)				
09.15	Açılış Toplantısı ve Denetim Takviminin Gözden Geçirilmesi				
09.45	Hastane Hizmetleri Oryantasyonu ve Kalite Yönetim Yapısının İncelenmesi (1)				
10.30	(Hastane organizasyon yapısı ve sunulan hizmetler hakkında sunum)				
10.30	Doküman İncelemesi				
12.30	(Denetim ekibi için bir çalışma odası)				
12.30	Öğle Yemeği				
13.30	(Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30	Denetçi Planlama Toplantısı				
13.45	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği ile ilgili Yönetim Ekibi ile Görüşme (2)				
15.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)
17.00	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3)				
17.30	(Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

Denetim Takvimi				
2. GÜN				
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri/ İlaç/Eczacılık Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler /Diğer
09.00 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)			
09.45 11.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Hizmete Erişim)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (3)	Tesis Yönetimi Toplantısı (5)	
11.00 12.30	İlaç Yönetim Toplantısı (6) Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (İlaç Yönetimi) (7)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Otelcilik Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği)	
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)			
13.30 17.00	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Toplantısı (8) ve Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Protez Laboratuvarı Hizmetleri)	Performans Ölçümü, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Çalışmaları Toplantısı (9)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Atık Yönetimi, Bilgi Yönetimi)	
17.00 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (4) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)			

Denetim Takvimi				
3. GÜN				
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri/ İlaç/Eczacılık Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler /Diğer
09.00	Günlük Brifing			
09.45	(Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)			
09.45 10.30	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Radyasyon Güvenliği)	İnsan Kaynakları Yönetimi ve Eğitim Yönetimi Toplantısı (10)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Temel Hasta Hakları, Hasta Geribildirimleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Durum Yönetimi)
10.30 12.30				Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Malzeme ve Cihaz Yönetimi)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)			
13.30 17.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Güvenli Cerrahi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Sterilizasyon Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Dış Kaynak Kullanımı)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Risk Yönetimi)
17.00 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (4) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)			

Denetim Takvimi				
4. GÜN				
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri/ İlaç/Eczacılık Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler /Diğer
09.00	Günlük Brifing			
09.45	(Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)			
09.45 12.30	Denetim Raporunun Hazırlanması (Ekip Lideri)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (3)	Kararlaştırılmamış Denetim Kanıt Toplama Çalışması (11)	Kararlaştırılmamış Denetim Kanıt Toplama Çalışması (11)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim raporu hazırlığı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)			
13.30 17.00	Denetim Raporunun Hazırlanması (12)			
17.00 17.30	Kapanış Toplantısı (ADSM üst yönetimi katılıma karar verebilir)			

Tablo 4. 4X4 ADSM Denetim Takvimi Taslağı Örneği

Açıklamalar

(Denetim takviminde numaralar ile belirtilen bölümlere yönelik açıklamalar bulunmaktadır.)

- (1) ADSM organizasyon yapısı ve sunulan hizmetler hakkında 30 dakikayı aşmayan bir sunum yapılmalıdır. Sunumda Organizasyon Yapısı, Temel Politika ve Değerler, Kalite Yönetim Yapısı, Sosyal Sorumluluk ve Kurumsal İletişim bölümlerine ilişkin bilgi bulunmalıdır.
- (2) ADSM üst yönetimi ile Temel Politika ve Değerler, Kalite Yönetim Yapısı, Hasta Güvenliği, Güvenlik Raporlama Sistemi, Kurumsal ve SAS Göstergeleri çerçevesinde yapılacak görüşmede denetim kriterlerinden biri olan “Liderlik ve Katılım” çerçevesinde “Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği”ne yönelik yapılan çalışmalar ve stratejik öncelikler hakkında bilgi alınır. ADSM üst yönetimi konuya ilişkin 30 dakikayı aşmayan bir sunum yapabilir.

- (3) Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışmasında öncelikli olarak Hasta Bakım bölümündeki standartlar ile hemen hemen tüm bölüm standartları incelenir. Hastanın ADSM'ye kabulünden çıkışına kadar geçen süre içerisinde aldığı sağlık hizmetleri ile tedavisine yönelik kayıtlar incelenir. Bir hasta seçilerek hastanın izlediği yol takip edilebileceği aynı zamanda hastanın tanı ve tedavi gördüğü birim ve bölümlere yönelik sistem izi de sürülebilir.
- (4) Denetim ekibi ADSM'den ayrılmadan önce bulgularla ilgili toplantı yapmak için zaman isteyebilir.
- (5) Tesis Yönetimine ait gerekli dokümanlar incelenir ve ilgililerden bilgi alınır.
- (6) İlaç Yönetimi için hazırlanan dokümanlar (kayıtlar, tutanaklar, ilaç hatalarına ilişkin bildirimler vb.) incelenir ve ilaç yönetiminden sorumlu ekip (eczacı, doktor, hemşire vb.) ile görüşülür.
- (7) Eczane ziyaret edilerek ilaç yönetim süreci incelenir.
- (8) Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile yapılacak toplantıda enfeksiyon kontrol verilerine ilişkin 30 dakikayı aşmayan bir sunum yapılmalıdır.
- (9) Bu toplantıda ADSM'nin kalite yönetim personeli ile Kalite Yönetim Yapısı, Hasta Güvenliği, Güvenlik Raporlama Sistemi, Kurumsal Göstergeler, SAS Göstergeleri, Hasta Geribildirimleri ve Risk Yönetimi ile ilgili görüşmeler yapılır. Göstergeler ile ilgili 1 saati aşmayan bir sunum yapılmalıdır. Kalite iyileştirmeye yönelik yapılan çalışmalardan (kök neden analizi vb.) örnek verilmelidir.
- (10) Denetim süresince görüşülen personele yönelik personel dosyaları, eğitim planları ve eğitim kayıtları incelenir. Çalışanlar için tanımlanmış görev, yetki ve sorumluluklar, hasta, hasta yakınları ve çalışanlara yönelik eğitim planları ve ilgili komitelerin yaptığı çalışmalar incelenir.
- (11) Denetim süresince kısıtlılıklardan kaynaklı (zaman vb.) yeterli kanıt toplanamadığı düşünüldüğünde, kararlaştırılmamış denetimlerde doküman inceleme ya da iz sürme yöntemi ile denetim raporuna yansıtılacak son kanıtlar toplanır.
- (12) Denetim ekibi denetim bulgularına yönelik tüm verileri rapora yansıtır. Bu aşamada artık kanıt toplanmaz.

Denetim Takvimi					
1. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00	Denetim Koordinatörü ile Toplantı				
09.15	(Hastane transferi ve denetim ekibinin ihtiyaçları ile ilgili görüşme)				
09.15	Açılış Toplantısı ve Denetim Takviminin Gözden Geçirilmesi				
09.45	Hastane Hizmetleri Oryantasyonu ve Kalite Yönetim Yapısının İncelenmesi (1)				
10.30	(Hastane organizasyon yapısı ve sunulan hizmetler hakkında sunum)				
10.30	Doküman İncelemesi				
12.30	(Denetim ekibi için bir çalışma odası)				
12.30	Öğle Yemeği				
13.30	(Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30	Denetçi Planlama Toplantısı				
13.45	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği ile ilgili Yönetim Ekibi ile Görüşme (2)				
15.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)
17.00	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3)				
17.30	(Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

Denetim Takvimi					
2. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)				
09.45 11.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Teşis Yönetimi Toplantısı (4)		Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)
11.00 12.30	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	İlaç Yönetim Toplantısı (5)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30 17.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Transfüzyon Yönetimi)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Otelcilik Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	İlaç Yönetimi Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (6)
17.00 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

Denetim Takvimi					
3. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)				
09.45 12.30	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Toplantısı ve Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (7)		Performans Ölçümü, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Çalışmaları Toplantısı (8)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Malzeme ve Cihaz Yönetimi)	Performans Ölçümü, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Çalışmaları Toplantısı (8)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30 17.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Güvenli Cerrahi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Sterilizasyon Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Atık Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Laboratuvar Hizmetleri)
17.00 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

Denetim Takvimi					
4. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)				
09.45 12.30	İnsan Kaynakları Yönetimi ve Eğitim Yönetimi Toplantısı (9)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Durum Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Durum Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Temel Hasta Hakları)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30 17.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Radyasyon Güvenliği)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Risk Yönetimi)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Sağlık Hizmetleri)
17.00 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

Denetim Takvimi					
5. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)				
09.45 12.30	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Sağlık Hizmetleri)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Hizmete Erişim)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Bilgi Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30 17.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Laboratuvar Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Durum Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Dış Kaynak Kullanımı)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Yaşam Sonu Hizmetler)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Otelcilik Hizmetleri)
17.00 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

Denetim Takvimi					
6. GÜN					
Zaman	Hekimlik Hizmetleri	Bakım Hizmetleri	Yönetim Hizmetleri	Teknik/Destek Hizmetler	İlaç/Eczacılık Hizmetleri /Diğer
09.00 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)				
09.45 12.30	Denetim Raporunun Hazırlanması (Ekip Lideri)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Kararlaştırılmamış Denetim Kanıt Toplama Çalışması (10)	Kararlaştırılmamış Denetim Kanıt Toplama Çalışması (10)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)
12.30 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim raporu hazırlığı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30 17.00	Denetim Raporunun Hazırlanması (11)				
17.00 17.30	Kapanış Toplantısı (Hastane üst yönetimi katılıma karar verebilir)				

Tablo 5. 6X5 Hastane Denetim Takvimi Taslağı Örneği

Açıklamalar

(Denetim takviminde numaralar ile belirtilen bölümlere yönelik açıklamalar bulunmaktadır.)

- 1) Hastane organizasyon yapısı ve sunulan hizmetler hakkında 30 dakikayı aşmayan bir sunum yapılmalıdır. Sunumda Organizasyon Yapısı, Temel Politika ve Değerler, Kalite Yönetim Yapısı, Sosyal Sorumluluk ve Kurumsal İletişim bölümlerine ilişkin bilgi bulunmalıdır.
- 2) Hastane üst yönetimi ile Temel Politika ve Değerler, Kalite Yönetim Yapısı, Hasta Güvenliği, Güvenlik Raporlama Sistemi, Kurumsal ve SAS Göstergeleri çerçevesinde yapılacak görüşmede denetim kriterlerinden biri olan “Liderlik ve Katılım” çerçevesinde “Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği”ne yönelik yapılan çalışmalar ve stratejik öncelikler hakkında bilgi alınır. Hastane üst yönetimi konuya ilişkin 30 dakikayı aşmayan bir sunum yapabilir.

- 3) Denetim ekibi hastaneden ayrılmadan önce bulgularla ilgili toplantı yapmak için zaman isteyebilir.
- 4) Tesis Yönetimine ait gerekli dokümanlar incelenir ve ilgililerden bilgi alınır.
- 5) İlaç Yönetimi için hazırlanan dokümanlar (kayıtlar, tutanaklar, ilaç hatalarına ilişkin bildirimler vb.) incelenir ve ilaç yönetiminden sorumlu ekip (eczacı, doktor, hemşire vb.) ile görüşülür.
- 6) Eczane ziyaret edilerek ilaç yönetim süreci incelenir.
- 7) Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile yapılacak toplantıda enfeksiyon kontrol verilerine ilişkin 30 dakikayı aşmayan bir sunum yapılmalıdır.
- 8) Bu toplantıda hastanenin kalite yönetim personeli ile Kalite Yönetim Yapısı, Hasta Güvenliği, Güvenlik Raporlama Sistemi, Kurumsal Göstergeler, SAS Göstergeleri, Hasta Geribildirimleri ve Risk Yönetimi ile ilgili görüşmeler yapılır. Göstergeler ile ilgili 1 saati aşmayan bir sunum yapılmalıdır. Kalite iyileştirmeye yönelik yapılan çalışmalardan (kök neden analizi vb.) örnek verilmelidir.
- 9) Denetim süresince görüşülen personele yönelik personel dosyaları, eğitim planları ve eğitim kayıtları incelenir. Çalışanlar için tanımlanmış görev, yetki ve sorumluluklar, hasta, hasta yakınları ve çalışanlara yönelik eğitim planları ve ilgili komitelerin yaptığı çalışmalar incelenir.
- 10) Denetim süresince kısıtlılıklardan kaynaklı (zaman vb.) yeterli kanıt toplanamadığı düşünüldüğünde, kararlaştırılmamış denetimlerde doküman inceleme ya da iz sürme yöntemi ile denetim raporuna yansıtılacak son kanıtlar toplanır.
- 11) Denetim ekibi denetim bulgularına yönelik tüm verileri rapora yansıtır. Bu aşamada artık kanıt toplanmaz.
- 12) Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışmasında öncelikli olarak Hasta Bakım bölümündeki standartlar ile hemen hemen tüm bölüm standartları incelenir. Hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süre içerisinde aldığı sağlık bakım hizmetleri ile tedavisine yönelik kayıtlar incelenir. Bir hasta seçilerek hastanın izlediği yol takip edilebileceği gibi (örneğin; acilden giriş yapan bir hastanın sırasıyla radyolojide tetkik yaptırması, yoğun bakımda tedavi görmesi ve son olarak ilgili klinikte tedavisinin devam ediyor olması durumunda aynı yol

izlenerek ilgili standartların incelenmesi) aynı zamanda hastanın tanı ve tedavi gördüğü birim ve bölümlere yönelik sistem izi de sürülebilir.

6.3. Denetim ve Ara Denetim Ertelenmesi

Sağlık tesisi aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı denetim ve ara denetim tarihini erteleme talebinde bulunabilir.

- Acil durumlar (terör, savaş vb. durumlar), öngörülemeyen olaylar (deprem, sel vb. doğal afet, genel grev, iflas, hastalık, kaza, yangın, ölüm vb. durumlar) gibi mücbir sebepler.
- Sağlık tesisinin hasta kabul etmeyi durdurması ya da hastaların/sağlık tesisinin başka bir binaya nakledilmesi/taşınması.

Sağlık tesisinin farklı nedenlerle denetimin ertelenmesini talep etmesi halinde, gerekçesini yazılı olarak bildirmesi kaydıyla, söz konusu talep TÜSKA tarafından değerlendirilir ve alınan karar, ilgili sağlık tesisine bildirilir.

6.4. Denetim ve Ara Denetimlerin İptali

Akreditasyon denetimi veya ara denetimlerin gerçekleştirilmesinin imkânsız olduğu; doğal afet, terör, savaş vb. diğer acil durumlarda denetim veya ara denetim iptal edilir ve zararın karşılanması ya da ceza ödenmesi istenmez. Sağlık tesisinin denetim tarihine 30 günden daha az bir zaman kaldığında ve yukarıda belirtilen nedenler dışında denetimin sağlık tesisi tarafından iptal edilmesi durumunda, sağlık tesisi denetim ücretinin yarısını ödemek durumundadır.

6.5. Denetim ve Ara Denetim Süresi ve Denetçi Sayısı

Denetim ve Ara Denetim Süresi ve Denetçi Sayısı, TÜSKA Hizmet Ücretleri Yönergesi kapsamında belirlenir.

6.6. Denetim ve Ara Denetim Maliyetlerinin Hesaplanması

Akreditasyon ücretleri, TÜSKA Hizmet Ücretleri Yönergesi kapsamında belirlenir.

6.7. Denetim ve Ara Denetim Ücretinin Ödenmesi

Akreditasyon denetimine tabi tutulacak olan sağlık tesisleri, denetim öncesi gönderilen sözleşme kapsamında belirlenen denetim ücretine ilişkin ödeme yapar. Denetim ve ara denetim ücreti, denetim tamamlandığı günden itibaren geçerli olmak üzere en geç 15 iş günü içerisinde TÜSKA tarafından faturalandırılır ve fatura denetlenen sağlık tesisine gönderilir. Denetlenen sağlık tesisi, denetimin tamamlandığı günden geçerli olmak üzere 30 gün içerisinde fatura edilen tutarı ödemekle yükümlüdür.

6.8. Denetim ve Ara Denetim Raporu

Denetim ekibi, ilgili sağlık tesisinden ayrılmadan önce, TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sisteminden alınan denetim tutanağı çıktısı, denetim ekibi lideri ve ilgili sağlık tesisinin yetkilisi tarafından imzalanır. Söz konusu tutanakta, denetim ekibinin kimlerden oluştuğu, hangi tarihlerde denetim yapıldığı, kapanış toplantısında sağlık tesisinin yapılan denetimin genel hatları hakkında bilgilendirdikleri, varsa denetim sürecinde ortaya çıkan ve denetimi etkileyen unsurların yazıldığı ve birlikte imzalandığı bilgiler yer alır.

Denetim bitiminde TÜSKA denetçileri tarafından hazırlanan ön rapor sağlık tesisi ile paylaşılır.

Ekip Lideri tarafından onaylanan denetim raporu kontrol panelinden (başvuru kriterleri, başvuru bilgileri, öz değerlendirme raporu ve denetim raporlarının tekrar gözden geçirilmesi) geçer.

Kontrol panelinden geçen denetim raporu, Akreditasyon Yürütme ve Belgelendirme Kurulu (AYBK) üyelerine gönderilir. Denetimden en geç 1 ay sonra AYBK kararının bulunduğu son rapor sağlık tesisi ile TÜSKAnet üzerinden paylaşılır.

7. KONTROL PANELİ

Kontrol Paneli, TÜSKA Akreditasyon Programına başvuran ve denetim/yeniden denetim/ara denetim sürecini tamamlamış sağlık tesislerinin, başvuru süreci, öz değerlendirme süreci, denetim öncesi hazırlık süreci, denetim süreci ve denetim/yeniden denetim/ara denetim raporunun; Enstitü Başkanı tarafından görevlendirilen, ilgili akreditasyon programı süreçlerinde görev almayan bir TÜSKA yetkilisi ve ilgili akreditasyon denetiminde görev almamış bir TÜSKA denetçisi ya da ilgili akreditasyon

denetiminde görev almamış iki TÜSKA denetçisinden oluşan Kontrol Paneli üyesi/üyeleri tarafından tekrar gözden geçirilmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması sürecini ifade eder.

Kontrol Paneli Üyeleri aşağıdaki süreçlerin açık ve anlaşılır olup olmadığını, akreditasyon programında belirtilen hususlara uygun şekilde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini değerlendirir ve AYBK'ya sunulmak üzere inceleme raporu hazırlar:

- **Başvuru Süreci İnceleme (Form 1):** Başvuru Kriterleri ve Başvuru Formu incelenir. Başvuru Formu için revizyon istenip istenmediği, istenmesi durumunda revizyonun belirtilen süre içerisinde yapılıp yapılmadığına bakılır.
- **Öz Değerlendirme Süreci İnceleme (Form 2):** Öz Değerlendirme Raporu (yapılan açıklamalar ve yüklenen dosyalar) incelenir.
- **Denetim Öncesi Hazırlık Süreci İnceleme (Form 3):** Denetim öncesinde sağlık tesisine akreditasyon sözleşmesinin gönderilmesi, denetim takviminin, denetçi seçimi ve görevlendirmelerin belirlenen süreler içerisinde ve uygun yapılıp yapılmadığı, herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmadığı incelenir.
- **Denetim Süreci İnceleme (Form 4):** Denetim sürecinde denetçiler, ilgili sağlık tesis veya Enstitü ile ilgili (standart veya değerlendirme ölçütü karşılanma düzeyi kararları hariç) yaşanan herhangi bir sorunun olup olmadığı ilgili birimler ile görüşülerek incelenir.
- **Denetim/Yeniden Denetim/Ara Denetim Ön Rapor ile Ek Rapor İnceleme (Form 5):** Denetçiler tarafından oluşturulan ve ilgili sağlık tesisine ön ve ek rapor şeklinde sunulan Denetim/Yeniden Denetim /Ara Denetim Ön ve Ek Raporu incelenir. Standart ve değerlendirme ölçütlerinin denetçiler tarafından yazılan bulgulara uygun olarak karşılanma düzeyi kararı verilip verilmediği incelenir.

8. AKREDİTASYON KARARI

Denetim sonucunda AYBK' da sağlıkta akreditasyon standartlarının karşılanma düzeyi ve akreditasyon performans göstergelerinin (yürürlüğe girdiği tarih esas alınır) karşılanma düzeyine göre; verilecek akreditasyon belgesi türüne ya da akreditasyon kabul veya reddine karar verilir.

SAS Hastane ve ADSH (Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi) Setlerinden başvuran sağlık tesisleri Platin, Altın, Gümüş ve Bronz kategorilerine göre belgelendirilir. Diğer sağlık tesislerinde kategorilendirme uygulanmaz. Diğer Sağlık Tesislerinin asgari olarak TÜSKA

Akreditasyon Programlarının Yürütülmesine Dair Usul ve Esasları 17. Maddesi d) bendinin şartlarını taşıması gerekir.



Şekil 14. Hastane ve ADSH Kategorilendirme Tablosu

Akreditasyon Belgesi 4 kategoriden oluşur.

8.1. Platin Akreditasyon Belgesi

Sadece Altın Akreditasyon Belgesi alan kurumlar Platin Akreditasyon Belgesi için başvuru yapabilir. TÜSKA tarafından belirlenen ve kriterleri ilan edilen bölüm, branş veya hastalık/girişimsel işlem bazlı gibi alanlarda sertifika/akreditasyon belgesi almaya hak kazanan kurumlar ile TÜSEB tarafından onaylanmış ürün geliştiren sağlık tesislerine Platin Akreditasyon Belgesi verilir. Sağlık tesisleri Altın ve Platin akreditasyon belgesini birlikte kullanabilir.

8.2. Altın Akreditasyon Belgesi

- Süper Çekirdek Standartlar %100'ü "Karşılıyor(K)" olmalıdır.
 - Çekirdek Standartların %90 ve üzeri "Karşılıyor (K)" olmalıdır.
 - "Karşılanmıyor (KM)" standart bulunmamalıdır.
- Akreditasyon performans gösterge seti kılavuzundaki şartlar karşılanmalıdır.

8.3. Gümüş Akreditasyon Belgesi

- Süper Çekirdek Standartlar %100'ü "Karşılıyor(K)" olmalıdır.
- Çekirdek Standartların %75'i ve üzeri "Karşılıyor (K)" olmalıdır.

- “Karşılanmıyor (KM)” standart bulunmamalıdır.
- Akreditasyon performans gösterge seti kılavuzundaki şartlar karşılanmalıdır.

8.4. Bronz Akreditasyon Belgesi

- Süper Çekirdek Standartlar %100’ü “Karşılanıyor(K)” olmalıdır.
- Çekirdek Standartların %60 ve üzeri “Karşılanıyor (K)” olmalıdır.
- “Karşılanmıyor (KM)” standart bulunmamalıdır.
- Akreditasyon performans gösterge seti kılavuzundaki şartlar karşılanmalıdır.
- Akreditasyon Kategorisi belirlenmesinde ilgili kategori için belirlenen tüm şartların karşılanması gerekir.

Akreditasyon performans gösterge setinde, ilgili akreditasyon programı için gösterge tanımlanmayan durumlarda; akreditasyon kararında, TÜSKA Akreditasyon Programlarının Yürütülmesine Dair Usul ve Esaslar’ın 17 nci maddenin üçüncü fıkrasındaki akreditasyon kategorilerindeki göstergelere dair hususlar değerlendirmeye alınmaz.

Denetim sonucunda akredite olamayan sağlık tesisleri en erken 3 ay sonra yeniden başvuru yapabilir.

Kategorizasyon / Koşullar	☆☆ Süper Çekirdek Standartlar	☆ Çekirdek Standartlar	✓ Normal Standartlar	🎯 Referans Göstergeler	🌐 Tüm Göstergeler
Altın Akreditasyon	%100 K	%90 ve üzeri K 0 KM	0 KM	100% K	0 KM %50 ve üzeri K
Gümüş Akreditasyon	%100 K	%75 ve üzeri K 0 KM	0 KM	0 KM	0 KM
Bronz Akreditasyon	%100 K	%60 ve üzeri K 0 KM	0 KM	0 KM	0 KM
Platin Akreditasyon	Altın Akreditasyon + MM veya TÜSKA Sertifikasyonu (Branş/Bölüm/İşlem) veya TÜSEB onaylı ürün geliştirme				

Kritik Kural: Akreditasyon kategorizasyonunda her bir koşula ait asgari düzey sağlanmalıdır. Her bir koşul için en düşük karşılanma düzeyi dikkate alınarak akreditasyon kategorisi belirlenir.

Şekil 15. Akreditasyon Koşulları

9. AKREDİTASYON BELGESİ

Akreditasyon belgesi, AYBK Kararı sonrası akredite olan sağlık tesisine 30 gün içinde (tüm ücretler ödendikten sonra) iletilir.

Akreditasyon belgesi her 3 yılda bir yapılan denetimle, kurumun akreditasyon şartlarını yerine getirmesi durumunda yenilenir.

10. AKREDİTASYONUN SÜRDÜRÜLMESİ

Akredite olan sağlık tesislerinde, akredite edildikleri tarihten itibaren akreditasyonun geçerli olduğu 3 yıllık süre içerisinde en erken 16 ncı ayda en geç 20 nci ayda bir kez olmak üzere ara denetim yapılır.

Ara denetim tarihinden 1 ay önce sağlık tesisine haber verilir ve denetim planı yapılır.

Standartların ve/veya göstergelerin revize/re-akredite edilmesi durumunda; akredite sağlık tesisi yeni standart ve/veya göstergelere 6 ay içerisinde uyum sağlamakla yükümlüdür. Mücbir hallerde uyum süreci 1 yıla kadar uzatılabilir.

Ara denetimlerde göstergeler ile revize/re-akredite edilmiş standartların 6 aylık uyum süresi tamamlanmış ise yeni standartlar/göstergeler denetlenir.

Akredite olmuş bir sağlık tesisinin ara denetim sonucunda akreditasyon belgesi kategorisi yeniden belirlenebilir.

Ara denetim sonucunda mevcut akreditasyon kategorilerinden herhangi birine dâhil olamayan sağlık tesisinin akreditasyon belgesi askıya alınır. Askıya alınma tarihinden itibaren 6 ay içerisinde yapılacak ikinci bir ara denetimde, mevcut akreditasyon kategorilerine dâhil olamayan sağlık tesisinin akreditasyon belgesi iptal edilir. Bu şekilde belgesi iptal edilen sağlık tesisi en erken 3 ay içinde yeniden başvuruda bulunabilir.

11. AKREDİTASYONUN YENİLENMESİ

Akreditasyon tarihinden 3 yıl sonra tekrar akredite olmak isteyen sağlık tesislerine sürenin bitmesine 6 ay kala tekrar başvuruda bulunmaları konusunda hatırlatma yapılır. Sağlık tesisinin tekrar başvuru yapması durumunda başvuru formunda girdiği bilgileri güncellemesi istenir. Standartların ve/veya göstergelerin revize/reakredite edilmesi durumunda; akredite sağlık tesisi revize/reakredite edilmiş standartların 6 aylık uyum süresini tamamlanmış ise yeni standartlara göre denetlenir.

3 yıl sonunda sağlık tesisinin tekrar akreditasyon başvurusu yapmaması halinde, Akreditasyon Belgesi kendiliğinden geçersiz sayılır.

TÜSKA; akredite sağlık tesislerinde, resen denetim yaparak akreditasyonun devamı, askıya alınması veya iptali hususunda karar almaya yetkilidir.

12. AKREDİTASYONUN ASKIYA ALINMASI/ İPTAL EDİLMESİ

- TÜSKA, aşağıdaki şartların ya da durumların ortaya çıkması halinde sağlık tesisinin akreditasyonunun askıya alınmasını ya da iptal edilmesini değerlendirir.
- Sağlık tesisinin ve/veya çalışanlarının yasal düzenlemelere göre hizmet alanları ile ilgili sahip olması gereken izin belgelerine (ruhsat, diploma, lisans, sertifika, tescil, kayıt gibi) sahip olmaksızın hizmet sunması,
- Sağlık tesisinin faaliyet izin belgesi ve ruhsatının iptal edilmesi,
- Sağlık tesisinde hasta ve/veya çalışan güvenliğini tehdit eden ölümcül bir durumun veya sakatlık halinin söz konusu olması,
- Sağlık tesisinin akreditasyon sürecinde sunduğu ya da sunması gereken bilgi ve dokümanlarda eksiklik, tutarsızlık, yanlış ya da yanıltıcı beyanının ortaya çıkması,
- Tıbbi endikasyon ve uygunluk denetiminde ceza alması.
- TÜSKA bu gibi durumlara yönelik olarak sağlık tesisinde tekrar denetim yapabilir ya da sağlık tesisinden duruma ilişkin rapor isteyebilir.

13. İTİRAZ VE ŞİKÂyetLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık tesisi akreditasyon sürecine yönelik itiraz ve şikâyetini ilgili kararın tebliğinden itibaren 15 gün içinde itiraz gerekçeleri ve itirazına kanıt olacak bilgi, belge vb. dokümanlar ile bildirmek durumundadır.

İtiraz ve şikâyetler, TÜSKA İtiraz ve Şikâyetleri Değerlendirme Kuruluna iletilir. İtiraz ve Şikâyetleri Değerlendirme Kurulu yapılan itirazları en geç 30 gün içerisinde değerlendirir. İtiraz ve şikâyetlere ilişkin hazırlanan rapor AYBK'ya sunulur. AYBK, yapılan itiraz ve şikâyetlerin bildirim tarihinden itibaren 30 iş günü içerisinde, yapılan itiraz veya şikâyetin sonucu hakkında karar alır ve bu karar ilgili kuruma bildirilir.

14. AKREDİTASYONUN RİSK ALTINDA OLDUĞU DURUMLAR

Sağlık tesisi, akreditasyon programına başvuru sürecinde, denetim öncesinde ya da denetimler arasında vermiş olduğu bilgilerde herhangi bir değişiklik söz konusu olduğunda, 15 gün içerisinde değişiklik ile ilgili TÜSKA'yı bilgilendirmekle yükümlüdür.

Sağlık tesisinin hizmet kapasitesi veya fiziksel koşulları ile ilgili değişiklikler olması durumunda TÜSKA, sağlık tesisinin bildirdiği aşağıdaki ve benzer değişiklikleri Akreditasyon Yürütme ve Belgelendirme Kuruluna iletir:

- Sağlık tesisinin sahip olduğu yetki ve izin belgelerinin (ruhsatın) iptal edilmesi,
- Sağlık tesisinin isminde ve/veya mülkiyet hakkında değişiklik olması,
- Sağlık tesisinin başka bir sağlık tesisi ile birleşmesi (özellikle TÜSKA tarafından akredite olmamış bir sağlık tesisi ile birleşmesi),
- Sağlık tesisi tarafından yeni bir bina kullanılması veya mevcut olan binaların genişletilmesi,
- Sağlık tesisinin hizmetin bir bölümünü farklı bir yerde vermeye başlaması,
- Sağlık tesisinin sunduğu hizmet türlerinin değişikliği veya hizmet sunma kapasitesinin azalması ya da artması (yapısal ya da fonksiyonel vb. değişiklikler, örn. hizmet farklılığı, çalışan sayısında artış, farklı uygulamalara başlanması vb.).

Akreditasyon Yürütme ve Belgelendirme Kurulu tarafından incelenen durum sonucunda akreditasyonunun tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği konusunda karar verilebilir ve denetimin yenilenmesi ya da planlanan tarihten önce ara denetim kararı alınabilir.

15. BAŞVURUDA BULUNAN SAĞLIK TESİSİNİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Akreditasyon programı için başvuruda bulunan sağlık tesisi, süreçte beyan edilmesi gereken her türlü veri, bilgi ve dokümanı doğru, eksiksiz ve zamanında bildirmekle yükümlüdür.

Sağlık tesisinin vermiş olduğu bilgilerde herhangi bir değişiklik olduğu durumda değişiklik ile ilgili TÜSKA'yı bilgilendirmekle yükümlüdür.

Akreditasyon sürecinde ya da sonrasında sağlık tesisinde yaşanan hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini ölümcül düzeyde tehdit eden ve hukuki süreç başlatılan olayları bildirmekle yükümlüdür.

Sağlık tesisleri, denetim ekibine çalışmalarını süresince gereken yardım ve kolaylığı sağlamalı ve denetim ekibinin çalışmalarını sağlıklı bir biçimde yürütebilmeleri için uygun bir oda tahsis etmelidir.

Sağlık tesisi yöneticileri, denetim ekibinin talep ettiği denetim ile ilgili veri, bilgi ve dokümanları sağlamalıdır.

TÜSKA akredite olan sağlık tesislerinde kendiliğinden, bağımsız olarak haberli ya da habersiz denetim yaparak akreditasyonun devamı, askıya alınması veya iptali hususunda karar almaya yetkilidir. Sağlık tesisi akreditasyon sözleşmesi ile birlikte haberli ya da habersiz denetimlerin yapılmasını kabul etmiş olur.

16. KAMUOYUNUN BİLGİLENDİRİLMESİ

Bir sağlık tesisinin akreditasyon durumu TÜSKA web sitesinde kamuoyu ile paylaşılır. Sağlık tesisi kendi web sitesinde akreditasyon durumu ile ilgili bilgiyi kamuoyuna doğru bir biçimde yansıtmakla yükümlüdür. Sağlık tesisi, TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) logosunun ve akreditasyon sembolünün kullanılmasına ilişkin rehberine uygun hareket eder.

17. ÖNERİLER

TÜSKAnet'e kurumsal üye olan akredite ya da akredite olmayan tüm sağlık tesisleri akreditasyon süreçleri ya da standartları ile ilgili herhangi bir önerileri olması durumunda iletişim sayfasını kullanarak ya da tuskanet@tuseb.gov.tr adresine e-posta göndererek öneride bulunabilir.

18. KAYNAKÇA

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (2021), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Versiyon 3. Ankara. Erişim adresi: <https://tuska.tuseb.gov.tr/akreditasyon/standartlar>

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsü Hizmet Ücretleri Yönergesi, Erişim adresi: <https://files.tuseb.gov.tr/tuska/files/mevzuat/2025-10-10-17-19-08.pdf>

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, TÜSKA Akreditasyon Programlarının Yürütülmesine Dair Usul ve Esaslar Erişim adresi: <https://tuska.tuseb.gov.tr/kurumsal/mevzuat>

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsünün Yapılanması ve Faaliyetlerinin Yürütülmesine Dair Yönetmelik, Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23207&MevzuatTur=7&MevzuatTe_rtip=5

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Sağlıkta Akreditasyon Denetçilerinin Nitelikleri Ve Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, Erişim adresi: <https://files.tuseb.gov.tr/tuska/files/mevzuat/2024-10-24-12-32-53.pdf>