

Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Standartları

Ö. Nazan Erdoğan*

Giriş

Teknolojideki muazzam ilerlemeler, tüketici beklentilerinin nitelik ve yoğunluk kazanması, kişi sağlık ve mutluluğunu ön plana çıkaran sağlık hizmetleri, artan maliyetler gibi faktörler sağlıkta performans denetimini ve sürekli kontrolünü kaçınılmaz kılmaktadır. Bu bağlamda kaliteyi tanımlamanın ve bu tanıma paralel hizmet planlamanın, üretimin, kontrolün ve sürekli iyileştirmenin önemi sağlık harcamaları ve finansmanına kısa bir bakışla da anlaşılacaktır:

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 1992-1996 Türkiye'deki sağlık harcamaları ve finansmanı raporu incelendiğinde, harcamaların milyon dolarlarla ifade edildiği görülmektedir (1);

...”1992 yılı toplam sağlık harcamaları 41.5 trilyon iken bu rakam hızla artarak 1996 yılında 561,8 trilyona ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları 1993 yılından itibaren artış trendine girerek 1996 yılında 1992 yılına göre % 24.2'lik bir reel artış gerçekleştirmiştir. Toplam ilaç harcamalarına bakıldığında; ilaç harcamaları içinde kamu ağırlığının çok hızlı ve sürekli artışı dikkat çekmektedir. 1992 yılında toplam ilaç harcamasının % 47'si kamu kaynaklı iken, bu oran 1993 yılında % 49'a, 1994 yılında % 62'ye, 1995 yılında % 71'e, 1996 yılında da %88'e yükselmiş; buna karşılık doğal olarak, özel ilaç harcamalarının payı % 53'den % 12'ye düşmüştür.”...

Türkiye'de tüketilen ilaçların % 21.11'i antibiyotikler, % 14.6'sı analjezikler, % 8.7'si soğuk algınlığı ve öksürük ilaçlarıdır. 1995 yılında 754 çeşit antibiyotik, 561 çeşit analjezik ve 174 çeşit vitamin preparatı olduğu ve ülkemizde yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre, yazılan her 4 reçeteden 3'ünde antibiyotik bulunduğu ve bunların % 48'inin de uygun kullanılmadığı belirtilmektedir. Ayrıca ülkemizde ilaç harcamala-

* Kocaeli Üniversitesi, Ömer Ösmet Uzunyol MYO, Teknik Programlar, Marshall Kampüsü

rının 1996 yılında yaklaşık olarak % 88' inin kamuya ait olması da dikkat çekicidir ². Sağlık harcamaları ve finansmanındaki rakamların yüksek olması beraberinde hizmetlerin denetimi kavramını da gündeme taşımaktadır. Son yıllarda sağlık kurumlarının özellikle hastanelerin, ISO (International Organization for Standards) standartlarından uzaklaşarak akreditasyon (eşkredilendirme) standartlarına yaklaşmaları, bu konularda yapılan bilimsel toplantılarda da sıklıkla dile getirilmektedir (M. Toktamışoğlu, sözlü görüşme)*. Çünkü; akreditasyon standartlarının daha ayrıntılı kriterlere sahip olması, tanımlanan kalitenin nitelik dokusunu artırmakta ve kurumları yüksek kalite seviyelerine çekmektedir. Dolayısıyla bu standartlara uymak, kaynakların optimum kullanımını garantilemekte, kurum bazında harcanan çabayı da maliyet-etkin kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanını artıran unsurların gerisine bakıldığında ise daha farklı dinamiklerin olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde değişimi zorunlu hale getiren unsurlar üç aşamada tanımlanmaktadır ³:

Birinci gelişme, a- Nüfus artışı, b- Her on yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması, c- Sağlık bilincinin artmasına paralel olarak hizmetlerden yararlanma sıklığının artması, d- Tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması.

İkinci gelişme, a- Her 4 yılda tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artışı, b- İleri teknoloji ürünü olan pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması.

Üçüncü gelişme, a-Epidemiyolojik tablonun değişimi sonucu akut hastalıkların öneminin azalması, b-Tedavisi pahalı olan kronik hastalıkların öneminin artması.

Her üç gelişim aşamasının geldiği nokta ise *maliyetlerin artmasıdır*. Dolayısıyla, maliyetlerin artışı gerek ulusal sağlık politikalarının oluşturulması gerekse sağlığın yönetiminde modern yönetim metodlarına geçişi zorlamaktadır. Dolayısıyla günümüzde modern sağlık hizmetleri de yince, ileri teknoloji ürünlerin yanı sıra çağdaş yönetimler de anlaşılmaktadır.

* Bayındır Ankara Hastaneleri, Kalite Koordinatörlü Operasyon Müdürü, Ankara

Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme: Akreditasyon ve Standardizasyon

Akreditasyon geniş anlamıyla ⁴;

"...bilimsel gerçeklerden yola çıkılarak oluşturulan norm/kriterlerin kuruluşların işleyişlerine uygulanması ve bu yolla kuruluşların hedef ve amaçlarına, hizmet ettikleri toplumun istek ve ihtiyaçları doğrultusunda ulaşmalarının sağlanması işlemidir..."

Akreditasyon; belirli standartlar veya kriterler bazında bir birimin/kurumun/bireyin (tek tek veya hepsinin) **performansını** ölçerek, belirli amaç ve hedefler doğrultusunda tanımlanmış kalitenin, sürekli iyileştirilmesini sağlamak ve denetleyerek kontrol altına almaktır ⁵. Diğer bir deyişle; akreditasyon standartları, kaliteyi sürekli kılmak için bir yönetebilme metodudur.

Standardizasyon ise TSE'nin tanımına göre;

"...Belirli bir aktivite ile ilgili olarak ekonomik yarar sağlamak üzere bütün ilgili tarafların yardım ve işbirliği ile belirli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemi...standart ise ...standardizasyon çalışması sonucunda ortaya çıkan belge veya doküman..."

olarak tarif edilmektedir ⁶.

Literatür incelendiğinde, standartlar konusunda göze çarpan en önemli ortak özellik; standartların ancak ve ancak *uzman kişi veya kuruluşlarca* geliştirilmesi zorunluluğudur. Ayrıca geliştirilen standartın her kurumun yapısına uymayabileceğidir. Kurumların kendi yapı-süreç-sonuç özelliklerine uygun standartlar geliştirmesi yine altı çizilen diğer bir noktadır.

Kavramsal Gelişim ve Sistem Yapıları

1860 yılında, "Flornce Nightingale" hastane istatistiklerinin tek tip toplanması ve değerlendirilmesine öncülük etmiştir. Bu uygulamanın sonucu olarak anlaşılmıştır ki; mortalite oranları hastaneden hastaneye değişiklik göstermektedir. Bu çabalar kalite güvencesi için bir temel olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda kalitedeki ilk arayışlar 1904 yılında yapılan tıp eğitimi reformu ile olmuştur. 1910 yılında da Dr. Abraham Flexner ABD'de tıp okullarındaki eğitimin yetersiz kalitede olduğuna dikkat çekmiş ve 155 okuldan 60'ı kapatılmıştır. Bu müdahale tıp eğiti-

mi müfredatında ciddi değişikliklere neden olmuştur. Kalitenin değerlendirilmesinin kilit öncülerinden diğer bir isim de Dr. E. Codman' dır. Codman'ın 1915 yılında Boston'da bir hastanenin tıbbi kayıtlarını sistematik olarak denetlemesiyle de, sağlık hizmetlerinin kalitesinin tanımlanması ve değerlendirilmesinde önemli ilerlemeler olmuştur⁷. Codman'ın araştırmasında odaklandığı konular bugün için de tartışılmakta olan konulardır⁸. Bu konular:

- 1- Hizmet sunan kişinin lisansının veya diplomasının önemi,
- 2- Kurumların akreditasyonu,
- 3- Hastalık şiddetinin ve seyrinin göz önünde bulundurulmasının gerekliliği,
- 4- Co-morbidite sorunu; aynı anda ikiden fazla hastalık olması durumu,
- 5- Hastanın sağlık ve hastalık davranışı,
- 6- Hizmet alımını önleyen ekonomik sorunlar.

Amerika'da tıp mesleği akreditasyon standartlarının öncüsü meslek grubu olmuştur. Amerikan Cerrahlar Birliği'nin geliştirdiği standartlar, Dr. E. Codman'ın 1910 yılında hastane kayıtlarını incelediği sistemin devamı olan standartlardır^{5,9}.

Amerikan Cerrahlar Birliği, tıp uygulamalarında kalitenin iyileştirilmesine dönük uygulamalarına 1912 yılında bir kongrede alınan kararlar ile başlamıştır. Hizmet kalitelerinin değerlendirilmesi çalışmalarında anlaşılmıştır ki; hastaneler arasında sunulan hizmetler bakımından bir karşılaştırma temeli yoktur. Bundan hareketle, kongrede alınan iki önemli karar vardır: 1- Cerrahi ödüllendirme standartları 2- Hastanelerin değerlendirilebilmesi için standartlar. Alınan bu kararlar sonrasında 1918 yılında "Hastanelerin Standardizasyonu Programı" başlatılmıştır. Bu standarta göre, tıbbi personel hastanenin değişik bölümlerindeki uygulamalarını, düzenli aralıklarla incelemeli ve analiz etmelidir¹⁰. Başlangıçta yalnızca bir sayfa olan bu standartlar günümüzde 600'ün üzerindedir. İlk olarak uygulanan standardizasyon programı etkili hasta bakımını içermiş ve % 93,6'lık bir katılım ile yoğun ilgi görmüştür. Programa başvuruların artmasıyla, talebe yanıt verebilmek için, 1940'larda daha geniş bir tabana yayılım fikri ortaya atılmıştır^{6,11}. Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu olarak 1953 yılında kurulan Hastanelerin Akredi-

tasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Hospitals- JCAH)'nin ilk faaliyeti, Amerikan Cerrahlar Birliği'nin 1917 yılında başlattığı hastane standardizasyonu programını devam ettirmek olmuştur¹². Bu ilk program resmi akreditasyon standartlarına temel oluşturmaktadır¹³. Hastane kalite standartlarını oluşturmak ve periyodik kontrollerle bu standartlara uyulmasını sağlamak üzere kurulan JCAH¹³, hastaneler dışında kalan sağlık kuruluşları için de standartlar geliştirilince, bu kurumların tümünü kapsamak amacıyla, 1987 yılında adını Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO-Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu) olarak değiştirmiştir^{14,15}. Bu komisyonda yer alan kurumlar; American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association ve Canadian Medical Association'dır. Kanada Tıp Birliği yapılanma içerisinde kendi ülkesinin akreditasyon standartlarını oluşturmak için bulunmaktadır. Kar amacı gütmeyen bu komisyon, akreditasyon belgesi almak için başvuran sağlık kurum ve kuruluşlarını değerlendirmekte ve belgelendirmektedir^{16,17}. Dolayısıyla akreditasyon çalışmalarıyla ilgili uygulamalar ilk olarak ABD'de başlamıştır¹⁸.

Akreditasyon standartları 1960'larda *yaşam güvenliği, tıbbi kadro standartları ve kalite güvencesinde*; 1970'lerde *spesifik tanı ve prosedürlerde odaklı*; 1980'li yıllarda da *maliyet kontrolüne odaklı yaklaşımlar olarak ve TKY felsefesinde* şekillenmiştir. Federal hükümet sağlık harcamalarındaki hızlı artışı kontrol altına almak istediği için seksenli yıllardaki çalışmalar maliyet odaklı olmuştur¹⁸. JCAHO bu dönemde metodlarının uzun, pahalı ve zor bulunduğunu saptamıştır. Ayrıca bu metodların sağlık kuruluşlarının benimsedikleri yönetimle de uyumsuz olduğu anlaşılmıştır. JCAHO aldığı bir kararla 1987 yılında "*değişim gündemi*" başlıklı reform çalışmasını başlatmıştır. Bu hareketin odak noktasında "tam hasta memnuniyetinin sağlanması"nı temel alan TKY felsefesi bulunmaktadır. Yeni anlayışla, sağlık hizmetlerinde yönetsel ve kalite odaklı değişimlere adaptasyon süreci başlatılmıştır. Değişimin ana başlıkları: 1- Standartların revizyonu ve azaltılması, 2- İnceleme sürecinin yeniden tasarımı, 3- Performans ölçümü için kriterlerin geliştirilmesi konularıdır. 1992 yılında standartlar % 25 azaltılmış ve daha çok performans odaklanmış bir anlayış benimsenmiştir. JCAHO'nun geliştirdiği programlar daha çok eğitim ve danışmanlık ağırlıklı programlardır. 1987'de başlatılan bu program 1994 yılında tamamlanmıştır⁶.

JCAHO bir kurumu denetlerken, o kurumun kaliteyi sağlama kapasitesini değil, kaliteyi sağlayıp sağlamadığına bakmaktadır. Tek tek bireylerin performanslarını ölçmek yerine tüm sürecin performansını değerlendirir. Tanımlanmış standartlar aracılığı ile ilaç tedavisinin belirli sonuçlarını ölçer (19). JCAHO sağlık kurumlarında her bir “**yapı-süreç-sonuç**” bileşeni için standartlar geliştirmektedir. Standartlarda yer alan kriterler puanlandırılmaktadır. Ayrıca JCAHO’da geliştirilen standartlar, alt komisyonlar aracılığı ile sürekli gözden geçirilmekte ve gereken iyileştirmeler yapılmaktadır. Bu sürekli iyileştirme ışığında, hizmet sunulan kuruluşlar ile sağlanan bilgi akışı sayesinde, etkili bir iletişim ve işbirliği gerçekleştirilmektedir. Sağlık kuruluşlarının denetimi periyodik ve odaklı olmak üzere iki farklı tipte yapılmaktadır:

Periyodik denetim: Tam denetimdir. Akreditasyonun yenilenme zamanı geldiğinde veya kurum ilk kez akredite edilirken yapılan denetimdir.

Odaklı denetim: Kısmi denetimdir. Periyodik denetimde saptanan eksikliklerin denetimi için yapılan işlemdir. Bu denetimlerde hastaneler eksiklerini tamamlamak için gereken eğitim ve danışmanlık konularında destek almaktadırlar⁶.

JCAHO’nun misyonu hizmet sorumluluğu bilinciyle toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamaktır. Amacı ise, hasta bakım ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin, bireysel ve kurumsal performansını değerlendirmektir. Hasta hizmetlerinin değerlendirilmesinde üç alan seçilmektedir¹⁷:

1- **Hasta odaklı fonksiyonlar** (hasta hakları, sağlık kuruluşunun görev ve kuralları, hasta muayenesi, teşhisi, tedavisi, bakımı, eğitimi, sunulan sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması).

2- **Sağlık kurumunun fonksiyonları** (performans iyileştirme, liderlik, tedavi ve bakım ortamının düzeninin sağlanması, insan kaynakları yönetimi, enfeksiyonların izlenmesi- kontrol altına alınması ve önlenmesi).

3- **Hastane organizasyonu ve fonksiyonlar** (yönetim, idare, tıbbi kadro ve hemşirelik).

Resmi Akreditasyon Karar Raporu (Official Accreditation Decision Report)’unda çeşitli karar tipleri yer almaktadır. Oranlar, ilgili akreditasyon kararının hangi sıklıkta uygulandığını göstermektedir¹⁸. Bu rapor Tablo I’de sunulmaktadır.

Akreditasyon sistemlerinin özellikleri¹⁵:

1. Akreditasyon, hizmeti sunan kurumdan (örn, hastane), hizmeti satın alan kurumdan (örn; sigorta kurumu) ve devletten bağımsızdır.

2. Katılım isteğe bağlıdır. Ancak pratikte özendirici uygulamalar aracılığı ile doğrudan veya dolaylı sağlık kuruluşları yönlendirilebilmektedir.

TABLO I
Resmi Akreditasyon Karar Raporu

AKREDİTASYON KARARI	ORAN	AÇIKLAMA
Accreditation with commendation (Övgü ile Akred.)	% 12	En yüksek akreditasyon kararı. Tüm yönleriyle örnek kuruluş olduğunu gösterir.
Accreditation (Akreditasyon)	% 10	Tüm performans alanlarında standartlara tam uygunluğu gösterir.
Accreditation with Type 1 Recommendation (Öneriyle akreditasyon)	% 74	En az bir alan dışında, genel olarak, standartlara uygunluğun sağlanmış olduğunu gösterir.
Conditional Accreditation (Durumsal akreditasyon)	% 0.5	Standartlara genel olarak uygunluk olmamakla birlikte, belirlenen süre içinde uyumun sağlanacağına dair olumlu kanaati gösterir.
Provisional Accreditation (Geçici akreditasyon)	% 3	Seçilmiş alanlarda standartlara uygun olduğunu ve yeni servislerinde işletmeye açılması ile 6 ay içinde tam tetkik yapılacağını gösterir (Yeni açılan kuruluşlara uygulanır).
Non Accredited (Olumsuz akreditasyon)	% 0.5	Standartların kesinlikle karşılanmadığını gösterir.

3. Akreditasyon ekibi genel olarak bir doktor, bir hemşire ve bir yöneticiden oluşmaktadır. Ekip üyeleri gönüllü ya da yarı zamanlı olarak çalışmaktadır. JCAHO ise tam zamanlı eleman istihdam etmektedir.

4. Koşullu akreditasyon 1 yıl, tam akreditasyon 3 yıl sürelidir.

5. Akreditasyon programları genel olarak önce hastaneler ile başlamakta daha sonra diğer servisler için (örneğin poliklinikler, aile hekimleri, bakım evleri) programlar geliştirilmektedir.

6. Sağlık kurumlarının akreditasyon durumlarını yayımlayarak duyurularını zorunludur.

7. Akreditasyon kuruluşlarını genellikle sağlık kurumları ve tıp çalışanları oluşturmaktadır. Amerika’da JCAHO’da halk arasından, Yeni Zelanda ve Avustralya’daki akreditasyon komisyonlarında da Sağlık Bakanlığından kişiler bulunmaktadır.

8. Akreditasyon kuruluşlarının ana gelir kaynaklarını sundukları hizmet için aldıkları ücretler oluşturmaktadır. Ayrıca danışmanlık, eğitim ve yayımları da diğer finans kaynaklarıdır.

9. Akreditasyon kuruluşları kendi standartlarını yayımlayıp belirli aralıklarla bu standartları güncelleştirmektedirler.

ABD’de hastanelerin akredite olup olmadıklarını kamu oyuna açıklama zorunluluğu vardır. Devlet sigorta kurumları olan Medicare ve Medicaid’den hasta kabul edebilmek ve para alabilmek için de ayrıca akreditasyon şartı aranmaktadır. ABD’de 40 eyalette, sağlık kuruluşlarının çalışma lisansı alabilmeleri için akreditasyon bir zorunluluk olmaktadır.

Akreditasyon sistemleri ile beklenen etkiler arasında; devletlerin sağlık hizmetlerinin üretimine ulusal bir kriter, sağlık hizmetleri için kalite güvencesi ve kalitenin iyileştirilmesi mekanizmalarını sağlamak sayılmaktadır. Dahası, akreditasyon sistemleri ile devletler, sağlığa ayrılan kaynakların tahsisinde öncelikleme yapabilmektedirler. Hizmeti sağlayanlar açısından bakıldığında; akreditasyon sürecinde problemler ve zayıf noktalar saptanabilmektedir. Hizmet kalitesini iyileştirme sürecinde, saptanan problemler çözülebilir ve sürece katılan tüm personelin iletişimi iyileştirilebilir. Ayrıca hizmet sunanlar, müşterilerine hizmet kalitesi hakkında bilgi verebilir, müşteri mutluluğunu ve güvenini artırabilirler. Diğer bir deyişle, rekabet ortamı ve toplum içerisinde statülerini standardize edebilirler. Böylece tüketicilerin ilgisi artmış ve hizmetlerden de optimal kalitede yararlanmış olurlar²⁰. Tıbbi kayıtlardaki kalite artışı, kalite konusunun öncelikli bir mesele hatta bir adanmışlık haline gelmesi, personel eğitiminin artması; bu amaçla yapılan kurslar, akreditasyon kurumundan alınan eğitimler ve yayınların nicel ve nitel kalitele- rindeki artışlar, iletişimin iyileştirilmesi sistemin yararları arasında sayılmaktadır. Akreditasyon sistemlerinin yararları olduğu kadar çeşitli sınırlılıklarına da dikkat çekilmektedir. Sınırlılıkların ilki, oluşturulmuş bir veri tabanı olmaksızın, sisteme başlangıcın olamayacağı şeklinde ifade edilmektedir. Veri bankasının olması gerekmektedir. Yani akredite olmak isteyen kurum denetlenmeden önce çok önemli bir zamanını bu denetime hazırlanmakla geçirecektir²¹.

Akreditasyon çalışmalarının yapıldığı ülkelerdeki örgütsel yapılar incelendiğinde, yapılanmanın üç farklı tipte olduğu bildirilmektedir⁶:

Devlet ağırlıklı yapılanma; standartların oluşturulmasını ve denetimini devlet üstlenmektedir. Ancak bu yaklaşımda, hizmet sunanların sisteme olan katkısının dikkate alınmadığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla-

la bu yapı esnek olmayan sağlık kuruluşlarının yenilik ve ilerleme çalışmaları için kısıtlayıcı olabilmektedir.

Ödeme yapan kuruluşların oluşturduğu yapılanma; sağlık kuruluşlarına ödeme yapanların oluşturduğu bir yapılanmadır. Ödeme yapan kuruluşların ortaya koyduğu standartlara uyuma göre, ödeme ve anlaşma yapılması esasına dayanan bir sistemdir. Etkili olması kuruluşların yaygın ve güçlü olmasına bağlıdır.

Karışık yapılanma; özel ve kamu sağlık kuruluşları, ödeme yapan özel ve devlet kuruluşları, meslek kuruluşları, tüketici örgütleri ve benzeri grupların katılımıyla oluşturulan geniş tabanlı özerk bir yapılanmadır. En sağlıklı ve teknik becerisi en yüksek olan yapılanma şekli olarak tanımlanmaktadır.

Akreditasyon katılımının gönüllü olduğu çalışmalardır. Akreditasyon sürecine katılan kurumdan -hastane- bağımsız bir dış akreditör kurumun standartlara uyumunu denetler⁵.

Günümüzde gerek özel gerekse kamu sektöründe, akreditasyona olan ilgiye bir artış olduğu gözlenmektedir. Bu ilginin gerisindeki dinamikler; sağlık çalışanlarının gelişme yolundaki istekleri, toplum sağlığını iyileştirme isteği, birçok ülkede sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi eğilimi, giderek artan sağlık hizmet maliyetine karşın çıktılarda yaşanan çekinceler, internet gibi teknolojiler ile bilgiye erişim kolaylığı, çok uluslu şirketlerin çeşitli ülkelerde bulunan çalışanlarına güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunulması için gösterdikleri hassasiyettir¹⁵.

Sağlık kuruluşlarına yönelik ulusal standartların oluşturulması, oldukça uzun, zor, toplumsal katılım ve geniş veri tabanları gerektiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır⁶. Ancak JCAHO’nun ülkesinde akreditasyon sürecini başlatabilmesi için yaptığı en önemli iş; standartların revizyonu ve ölçümüne dönük ulusal bir veri tabanı geliştirmek olmuştur²². Dolayısıyla standartların oluşturulmasına kaynak olacak unsurlara ve bu süreçte dikkat edilmesi gereken noktalara değinmek gerekmektedir.

Ulusal standartların oluşturulmasındaki önemli noktalar beş başlıkta toplanmıştır⁶:

1- Ulusal standartların oluşturulmasına ihtiyaç duyulması ve çalışmaların geniş tabanda “devlet, özel ve kamu sağlık kuruluşları, gönüllü toplum tarafından” sahiplenilmesi.

2- Standardizasyon ile ilgili dünya kapsamında araştırma ve bilgi elde ederek, ülke kaynakları, ihtiyaçları ve mevcut durumun analizi.

3- Standartları geliştirecek, yerleştirecek, yaygınlaştıracak, izleme, ve değerlendirme yapacak, çalışmalarını organize ederek gerekli bilgilendirme- koordinasyon ve yönlendirmeleri sağlayacak özerk bir kurumun, altyapısı ile oluşturulması ve gerekli kaynakların aktarımı.

4- Standartlar konusunda sağlık kuruluşlarını ve toplumu bilgilendirmek ve yönlendirmek için eğitim ve danışmanlık çalışmalarının yapılması. İzleme ve değerlendirme için veri/ bilgi sisteminin oluşturulması.

5- Standartların katılımı her ülkenin ihtiyaçlarına cevap verecek, sosyoekonomik yapısına ve kaynaklarına uygun olarak ülkeye özgün şekilde geliştirilmesi.

Sağlık hizmetlerinde standartların geliştirilmesi için kaynak olabilecek unsurlar (15):

- 1- Yasal düzenlemeler; “çevre, iş sağlığı, iş yasaları...”
- 2- Halk Sağlığı politikası.
- 3- Ulusal düzeyde hazırlanmış raporlar, değerlendirmeler; sigorta organizasyonları.
- 4- Değişik kaynaklardan elde edilen standartlar; hastanelerin kendi geliştirdikleri standartlar veya JCAHO gibi uluslararası kaynaklı olanlar.
- 5- Yapılan araştırmalar.
- 6- Halkın beklentisi.
- 7- Tıp çalışanlarının konsensüsü.
- 8- Mevcut tıp pratiği.

Dünya’da ve Türkiye’de Akreditasyon Çalışmaları

Türkiye Akreditasyon Kurumu kanun tasarısı 27 Ekim 1999 tarihinde TBMM’de kabul edilerek 04.11.1999 tarih ve 23866 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır²³. İdari ve mali özerkliğe sahip, özel hukuk hükmüne tabi olan bu kurum Başbakanlıkla ilgilidir²⁴.

Literatüre göre; Ankara’da Bayındır Hastanesi 1996 yılında akreditasyona yönelik ilk çalışmaları başlatmıştır: Medline/ Akreditasyon ekibi 6 doktor ve 2 hemşireden oluşan bir ekiptir. JCAHO’nun 1994 yılı hastaneler için yayınladığı akreditasyon standartlarını Türkçeye çevirecek, hastanelerin bazı ünitelerini bu standartlar ışığında değerlendirmişlerdir. Pilot çalışmaların başlatıldığı bu üniteler: Yoğun Bakım, Nükleer Tıp, Beslenme ve Diyetetik üniteleridir. 1995 yılından bu yana yaptıkları kalite çalışmalarından ciddi kazanımlar edindiklerini bildirmektedirler²⁵.

Akreditasyon kuruluşlarının ülkeler bazında başlangıçları, teşvikler ve akreditasyona katılım durumları Tablo II’de sunulmaktadır.

TABLO II
Uluslararası akreditasyon uygulamaları (20).

Ülke	Başlangıç	Kuruluş	Teşvikler	Katılım
ABD	1918	JCAHO	*devlet sağlık programına katılım şartı (Medicare, Medicaid) *eyalet lisansı için gereklilik	1859 akut bakım hast. 359 uzun dönem bakım hast. 374 mental bakım hast. 110 ayaktan tedavi 1306 evde bakım üniteleri (1993)
AVUSTRALYA	1974	ACHS	*özel teşvik yok *özyetenim mekanizması	179 hastane (1993)
KANADA	1959	CCHFA	*eğitim hastaneleri onayı *yeni programlar için ödeme gerekliliği	195 hastane 172 uzun dönem bakım hast. 12 mental bakım hast. 12 rehabilitasyon kuruluş. (1993)
BİRLEŞİK KRALLIK (İngiltere)	1991	KFOA ve HAP	*özel teşvik yok	KFOA için 47 hastane HAP için 24 hastane
İSPANYA	1981-Katalonya 1988-Ulusal	Devlet kuruluşu	*sosyal güvenlik sistemine giriş için gereklilik *sigorta geri ödemesi için gereklilik	Katalonya’da hastanelerin % 80’i (1982)
HOLLANDA	1970	Devlet lisans sistemi, CBO (kalite güvencesi org.)	*sağlık fonundan geri ödeme için gereklilik	Özel sektör hariç
YUGOSLAVYA	1980	Devlet özel komitesi	*major problemlerde hastaneyi kapatma	Bilinmiyor

Özet

Bu derlemede sağlık hizmetlerinde akreditasyonun kavramsal olarak gelişimi, akreditasyonun özellikleri ve standardizasyon özetlenmektedir. Ayrıca uluslararası akreditasyon uygulamaları ve akreditasyonla ilgili olarak Türkiye'deki durum sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akreditasyon, standardizasyon, kalite, yönetim, sağlık hizmetleri.

Summary

In this review, the conceptual development and characteristics of accreditation on healthcare services are summarized. In addition, the international accreditation systems are made applicable and their current operations are presented.

Key Words: Accreditation, standardization, quality, management, healthcare services.

KAYNAKLAR

1. Tokat M., Türkiye sağlık harcamaları ve finansmanı: 1992-1996. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1996).
2. Mollahaliloğlu S., Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin değerlendirilmesi. (Bilim uzmanlığı tezi, TC. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara) (2000).
3. Boyacıoğlu H., Sağlık yönetiminde değişim süreci ve toplam kalite modeli. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi III. Sağlık Semineri. TC. Genel Kurmay Başkanlığı, Hava Kuvvetleri Komutanlığı, Ankara, sayfa 53-60 (1998).
4. Engiz O., Ulusal sağlık sistemi boyutunda kalite yönetim modelleri. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara (1997).
5. Scrivens, E., Accreditation. Protecting the professional or the consumer? Open University Press. Buckingham. Philadelphia.MK181XW (1995).
6. Toktamışoğlu, GM., Sağlık kuruluşlarının standardizasyonu ve akreditasyonu Toplum ve Hekim; 12(77); 47 (1997).
7. Laffel G, Blumenthal D., The case for using industrial quality management science in health care organizations. JAMA, 262(20); 2869 (1989).
8. Graham, NO., Quality in health care. Theory, application, and evolution. An Aspen publ., Maryland (1995).
9. Zorlutuna Y., Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi. Sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirme sempozyumu, Başkent Üniversitesi, Bağlıca Kampüsü, 17-18 Ekim 1997. Çoruh M. Sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı, 1998.

10. Darr K., Quality improvement and quality assurance compared. Hosp Topics, Summer; 4-5 (1991).
11. Heidemann. The contemporary use of standards in health care. World Health Organization, Division of Strengthening of Health Services, District Health Systems (1993).
12. Latiolais CJ, Hospital pharmacy. "Remington's Pharmaceutical Sciences" (Ed. Artur, O. ve ark.)'da , Mack Publishing Company, 14th edition, Easton, Pennsylvania 18042 (1970).
13. O'Connor SJ, Bowers MR., An integrative overview of the quality dimension: Marketing implications for the consumer-oriented health care organization. Schmidt R, Trumbo J, Johnson R Eds. Quality assurance in health care services, ASQC Quality press, Wisconsin, (1992). part 4(7); pp.349.
14. Perrin RA, Making quality a priority. Hosp Mater Manage Quarterly; 9(4): Schmidt R, Trumbo J, Johnson R (derleyenler). Quality assurance in health care services, ASQC Quality press, Wisconsin, (1992); part 1(8); pp.55.
15. Kuş H, Sağlık sektöründe akreditasyon ve ISO standartları. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 4(2):3 (2000).
16. Tousignaut DR., JCAH accreditation standards." Handbook of Institutional Pharmacy Practice" (Ed. CS Mickey ve RB Thomas)' da, Williams & Wilkins, Baltimore, London, pp. 25 (1979).
17. Çoruh M., Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ISO-9000 ve JCAHO uygulama yaklaşımı özellikleri. Sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirme sempozyumu, Başkent Üniversitesi, Bağlıca Kampüsü, 17-18 Ekim 1997. Çoruh M. Sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı, (1998).
18. Erdoğan İ., Sağlıkta akreditasyon ve ISO 9000 standartları. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi 3. Sağlık semineri. TC Genel Kurmay Başkanlığı, Hava Kuvvetleri Komutanlığı, Ankara, sayfa 6-8 (1998).
19. Lorence D, Benchmarking quality under US. Health care reform: The next generation. Quality Progress, April; 103-7 (1994).
20. Shin YS., Hospital accreditation- a universal perspective. World Hospitals, 31(1); 22 (1995).
21. Pickering E., Evaluating the benefits and limitations of an accreditation system. World Hospitals, 31(1); 31 (1995).
22. Nadzam DM., Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Am J Hosp Pharm, 48;1925 (1991).
23. TÜRKAK-Türk Akreditasyon Kurumu, Türk Akreditasyon Kurumu kuruluş ve görevleri hakkında kanun. Kanun no.4457, Kabul tarihi: 27.10.1999.
24. Baltacı H., Uluslar arası ticarete teknik engeller ve akreditasyon. İstanbul Sanayi Odası, Sanayi Şubesi. Boyut Matbaacılık AŞ. İstanbul (2001).
25. Türköz Y., Tanlı S., Dikmen M., Bayındır sağlık sistemlerinde performans geliştirme. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 4(2):20 (2000).