



Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Hastane Akreditasyon Programı Rehberi

Ankara - Temmuz 2017

Versiyon 1 .1

Hastane Akreditasyon Programı Rehberi

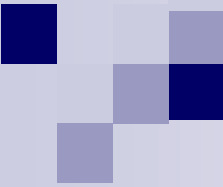
ISBN: 978-605-67412-1-0

© Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir. Enstitünün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T. C. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
Mithatpaşa Cad. No: 3 06434
Sıhhiye / ANKARA
E-posta: tuska@tuseb.gov.tr
Web: www.tuseb.gov.tr/tuska



Editör

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Hazırlayanlar

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Uzm. Canan CENGİZ

Yrd. Doç. Dr. Umut BEYLİK

Dr. İbrahim Halil KAYRAL

Dr. Keziban AVCI

Uzm. Demet GÖKMEN KAVAK

Uzm. Metin YÜCE

Uzm. Özden GÜDÜK

Katkıda Bulunanlar

Dr. Mustafa Said YILDIZ

Uzm. Sevgi TAŞKIN KARATAŞ

Servet SAĞLAM

Mustafa GÜVEN

Sami AKGÜN

Nedim Yüksel ÇAKIR

Önsöz

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından hayata geçirilen ilk akreditasyon programı olan “Hastane Akreditasyon Programı”na yönelik hazırlanan bu rehber, hastanelerin akreditasyon süreci hakkında bilgi sahibi olmaları ve akreditasyon sürecine daha iyi hazırlanmaları için tasarlanmıştır.

Hastane Akreditasyon Programı Rehberi, akredite olmayı hedefleyen hastanelerimiz için önemli bir kaynak olacağı düşünülerek yoğun çalışmalar sonucu oluşturulmuş ve siz değerli hastane çalışanlarının kullanımına sunulmuştur.

Kurguladığımız Hastane Akreditasyon Programımızı hastanelerinde test etmemize imkan sağlayan pilot uygulamalarımızı gerçekleştirdiğimiz hastanelerimiz başta olmak üzere, tüm paydaşlarımıza ve Enstitü çalışanlarımıza teşekkür eder, bu rehberin, hastanelerinde akreditasyon süreçlerini yürütecek çalışanlar için faydalı olmasını ve akreditasyon yolculuğunda katkı sağlamasını dilerim.

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
Enstitü Başkanı

Giriş

Sürekli kalite iyileştirmeyi hedefleyerek TÜSKA Hastane Akreditasyon Programına başvurmayı planlayan kurumlar için hazırlanan bu rehberde, programa yönelik tüm süreçler özetlenmiş, hastaneleri bu süreçte tam olarak nelerin beklediğine yer verilmiştir.

Rehber, Hastane Akreditasyon Programına başvuru süreci, hastanelerin öz değerlendirme süreci, sahada gerçekleştirilecek denetim türleri ve akreditasyon kararı hakkında önemli bilgiler içermektedir. Özellikle akreditasyona hazırlanan hastaneler için rehberde yer verilen bu bilgiler, hastaneleri proaktif davranmaya teşvik ederek akreditasyon yolculuğunda başarılı olmalarını sağlayacak bir araç niteliğindedir.

Bu rehberin hazırlanmasına katkı sağlayan, başta Enstitü Başkanımız olmak üzere değerli çalışma arkadaşlarıma teşekkür eder, akreditasyona hazırlanan tüm hastanelerimize faydalı bir kaynak olmasını dilerim.

Uzm. Canan CENGİZ
Akreditasyon Programları Birimi Sorumlusu

İçindekiler

Hazırlayanlar.....	i
Katkıda Bulunanlar.....	i
Önsöz.....	ii
Giriş.....	iii
İçindekiler.....	iv
Hastane Akreditasyon Programı	1
Hastane Akreditasyon Programının Kapsamı	1
TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi.....	1
Başvuru Kriterleri.....	2
Hastane Akreditasyon Süreci Zaman Çizelgesi	3
Hastane Akreditasyon Süreci Akış Şeması.....	4
Başvuru Süreci	5
Akreditasyon Programına Kabul	5
Standart Uygulama Yöntemi	6
Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama ve Puanlama	
Sistematığı	7
Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama Yöntemi.....	8
Standart Uygulama İlkeleri	8
Standart Uygulama Kriterleri.....	9
Çıktılar/Kanıtlar	10
Öz Değerlendirme	10
Öz Değerlendirme Raporu.....	12
Kanıt Toplama İlkeleri.....	13
Kanıt Toplama Teknikleri.....	14
Karşılama Düzeyi Kararının Belirlenmesi.....	16
Standart Karşılama Düzeyi Kararı.....	21
Denetim Dışı	23
Standartların Revizyonu Sonrası Sorumluluklar	23
Denetim Süreci	24
Denetim Türleri	24
Denetim Takvimi	24
Denetimlerin Ertelenmesi	30
Denetimlerin İptali	30
Denetim Süresi ve Denetçi Sayısı	31
Denetimlerin Maliyetlerinin Hesaplanması.....	31
Denetim Ücreti Ödeme Seçenekleri.....	31
Denetim Raporu	32
Eylem Planı	32
Yeniden Denetim.....	33
Akreditasyon Kararı	33
Akreditasyon Belgesi	34
Akreditasyonun Geçerlilik Süresi	34
Akreditasyonun Sürdürülmesi	34
Akreditasyonun Yenilenmesi	34
Akreditasyonun Askıya Alınması/İptal Edilmesi.....	35
İtiraz ve Şikâyetlerin Değerlendirilmesi	35
Akreditasyonun Risk Altında Olduğu Durumlar	36
Başvuruda Bulunan Hastanenin Yükümlülükleri	37
Kamuoyunun Bilgilendirilmesi	37
Öneriler.....	37

Hastane Akreditasyon Programı

Hastane Akreditasyon Programı, akredite olmak isteyen hastanelerin akreditasyon başvurusu yapmasından hastanenin akredite edilmesine kadar geçen süreçler ile akreditasyonun devam etmesi, yenilenmesi, askıya alınması ve iptal edilmesi şartlarını ortaya koymaya yönelik olarak oluşturulmuştur.

Hastane Akreditasyon Programının Kapsamı

Bu akreditasyon programı sadece hastaneleri kapsamaktadır. TÜSKA tarafından akredite olmak isteyen hastaneler bu kapsamda programa başvuru yapabilirler.

TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi

Akredite olmak isteyen hastaneler, öncelikle <http://tuseb.gov.tr/tuska/> web sitesi üzerinden TÜSKAnet'e tıklayarak ya da direkt <http://tuskanet.tuseb.gov.tr/> adresinden kurumsal üyelik işlemlerini tamamladıktan sonra sisteme giriş yapabilirler.

TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi'nde hastaneler için aşağıdaki bilgiler bulunmaktadır:

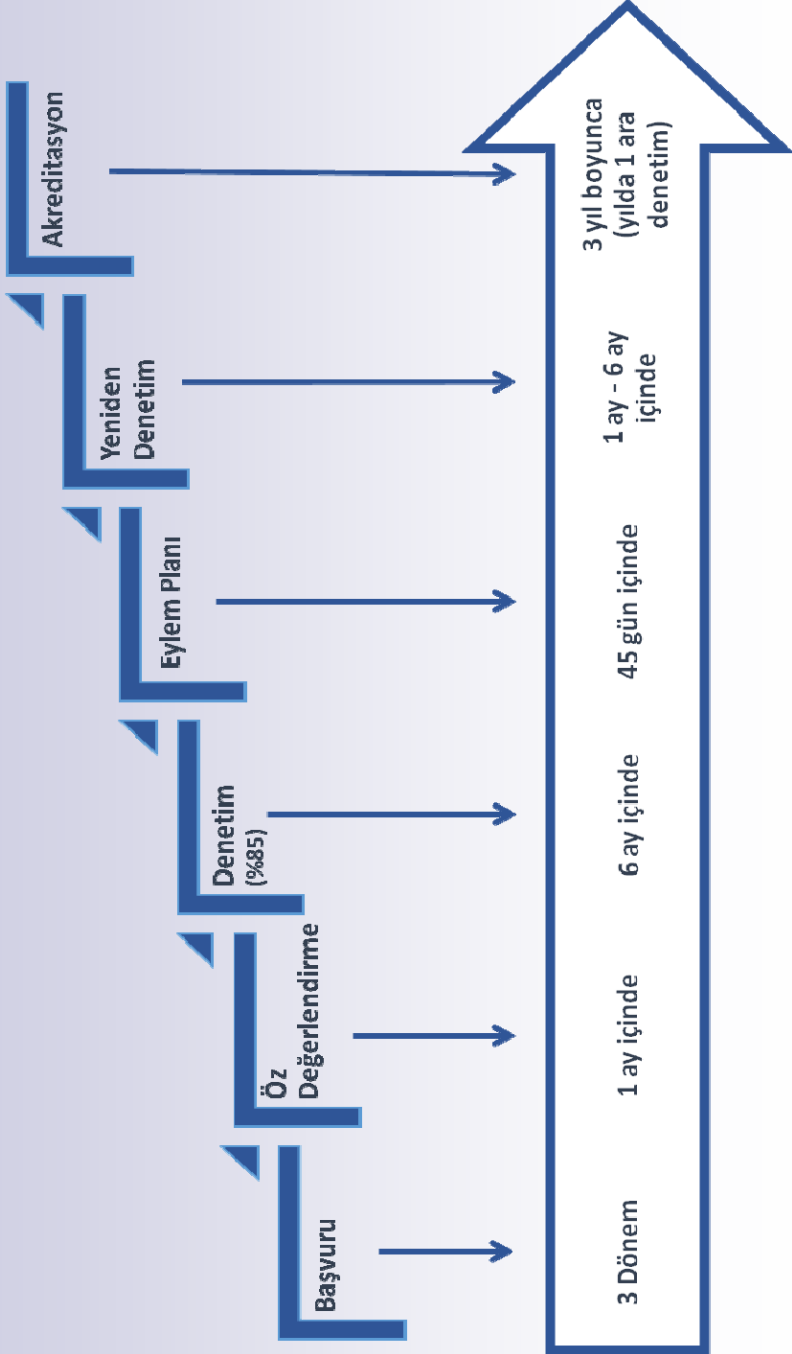
- Standart Kitabı
 - ◊ Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane
- Rehberler
 - ◊ Hastane Akreditasyon Programı Rehberi
 - ◊ Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi
- Akreditasyona Hazırlık (Öz Değerlendirme Simülasyonu)
- Hastane Akreditasyon Programı Başvurusu
 - ◊ Başvuru Formu
 - ◊ Öz Değerlendirme Raporu
 - ◊ Denetim Raporları
 - ◆ Denetim Raporu
 - ◆ Yeniden Denetim Raporu
 - ◆ Ara Denetim Raporu
 - ◊ Eylem Planı
 - ◊ Akreditasyon Belgesi
- Akreditasyon ile ilgili önemli tarihler
- Akreditasyon ile ilgili mesajlar ve duyurular

Başvuru Kriterleri

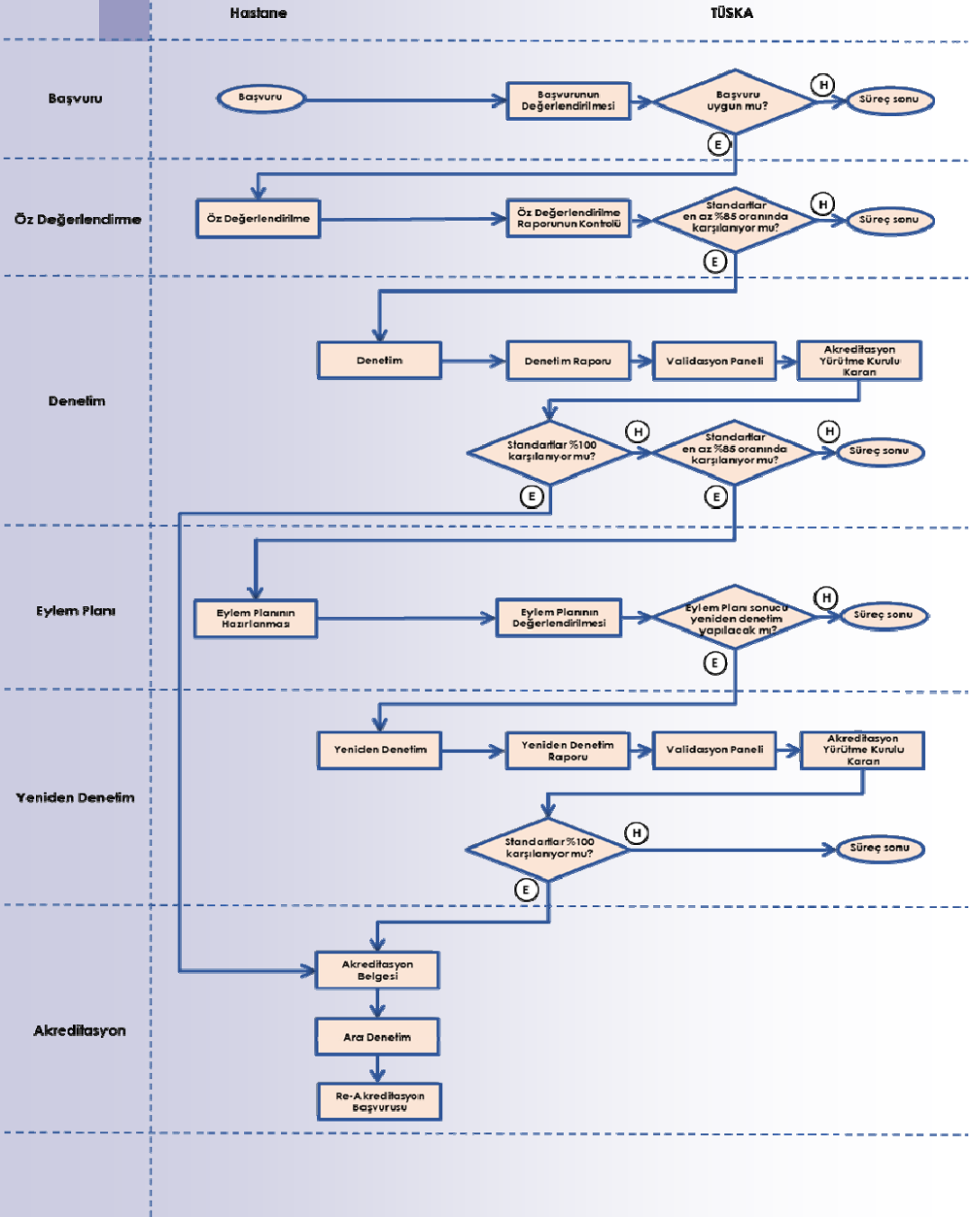
Aşağıdaki kriterlerin tamamını karşılayan hastaneler TÜSKA Hastane Akreditasyon Programına başvuruda bulunabilirler.

- Hastanenin Türkiye’de bulunması
- Hastanenin yetki ve izin belgelerine (ruhsata) sahip olması
- Hastanenin kesintisiz (yılda 365 gün, haftada 7 gün, günde 24 saat) hizmet sunması

Hastane Akreditasyon Süreci Zaman Çizelgesi



Hastane Akreditasyon Süreci Akış Şeması



Başvuru Süreci

Akreditasyon başvuru yapmak isteyen hastaneler için, bir yıl içerisinde 3 dönem başvuru seçeneği vardır.

Hastanenin denetim istediği tarihten en az 6 ay önce, “Hastane Akreditasyon Programı Başvuru Formu”nu doldurarak başvuru yapması gereklidir.

Hastane, başvuru formunda denetimin gerçekleşmesini istediği (başvurudan sonraki 6. aydan bir yıla kadar) bir ayı belirtmelidir. Hastanenin paylaştığı bilgiler ile denetim gün ve denetçi sayısı, denetim maliyeti, denetim sözleşmesi ve denetim takvimi TÜSKA tarafından belirlenir ve hastaneye bilgi verilir.

Denetim sonucunda akredite olamayan hastaneler bir yıldan önce, yeniden denetim sonrasında akredite olamayan hastaneler 6 aydan önce tekrar başvuruda bulunamaz.

Akreditasyon Programına Kabul

Hastanenin akreditasyon programına kabul edilip edilmediği, başvurusundan itibaren en geç 1 ay içerisinde bildirilir.

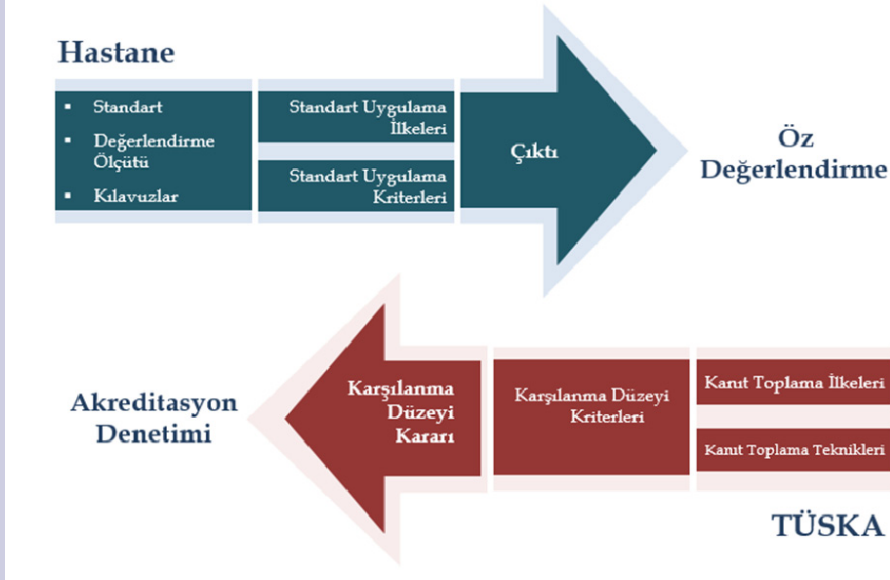
Standart Uygulama Yöntemi

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının uygulanması, hastane ve TÜSKA perspektifinden olmak üzere iki aşamalı bir bakış açısı gerektirir. Hastane perspektifinden bakış, her bir standardın standart uygulama yöntemi ilkeleri doğrultusunda uygulanarak kanıta dayalı çıktılar elde edilmesi, TÜSKA perspektifinden bakış ise akreditasyon denetim yöntemi kapsamında standardın uygunluk/uygunsuzluk durumuna ilişkin kanıtlar toplanması ve bunun sonucunda standardın karşılanma düzeyi kararının belirlenmesi ile ilgilidir. **Bir akreditasyon denetimi sürecinde, standartların bu iki pencereden birlikte bakılarak uygulanması kuruma akreditasyonu elde etme başarısı kazandıracak temel anahtardır.**

Standartları uygulamakla görevli kişilerin temel amacı standardın istediği gereklilikleri tam olarak analiz edip, tüm gereklilikleri yerine getirecek şekilde, kanıta dayalı uygulamalar gerçekleştirmek olmalıdır. Standarda ilişkin kanıtlar, standardın uygun ya da uygunsuz olduğunu belirleyecek temel göstergeler olacaktır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının hastane tarafından uygulanması ve TÜSKA tarafından denetlenmesine ilişkin süreçler şekilde gösterilmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama ve Puanlama Sistematığı



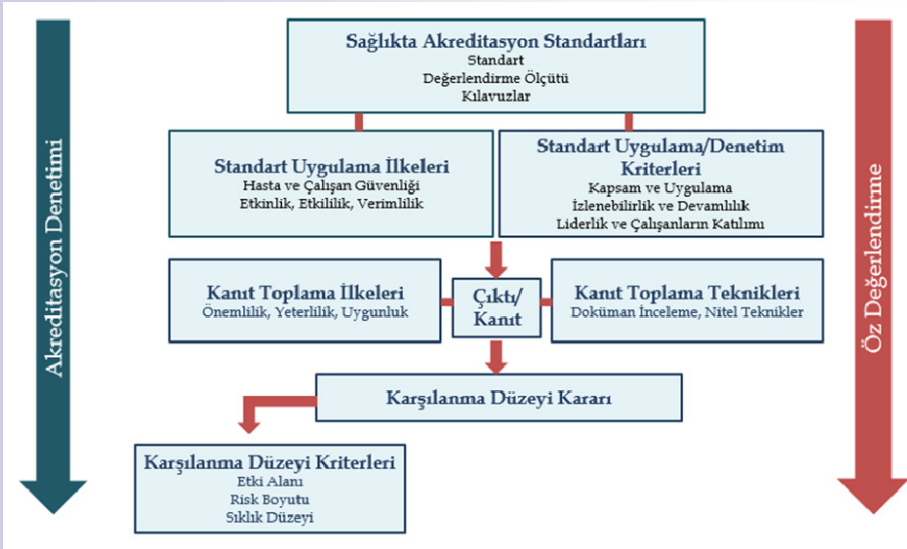
Buna göre, standartlar hastane tarafından, standart uygulama ilkeleri ve standart uygulama kriterleri çerçevesinde doğru olarak uygulanarak standardın tüm gereklilikleri yerine getirilmeye çalışılır ve buna ilişkin çıktılar elde edilir. Elde edilen çıktılar ile akreditasyona yönelik öz değerlendirme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

Akreditasyon denetim sürecinde ise standartların karşılama düzeyi kararının belirlenmesi öz değerlendirme sürecine benzer şekilde, standartların uygulanma durumunu gösteren çıktılar (kanıtlar) üzerinden yapılmaktadır. Standartlara ilişkin, kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri kullanılarak karşılama düzeyi kriterleri doğrultusunda karşılama düzeyi kararı belirlenir.

Kurumlarında sağlıkta akreditasyon standartlarını uygulamakla görevli kişilerin standartlara yönelik öz değerlendirmelerini, akreditasyon denetim yöntemi için de esas olan teknik ve ilkeler doğrultusunda yapmaları, akreditasyonun başarısı için önemli bir anahtardır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama Yöntemi

Standartların uygulama yöntemine ilişkin süreç adımları aşağıda belirtilmektedir. Standartların uygulanmasına yönelik adımlar kurumları akreditasyona hazırlaması bakımından akreditasyon denetim yöntemi ile benzerlik göstermektedir. Süreç adımlarına yönelik gerçekleştirilecek etkin uygulamalar kurumun akreditasyon denetimine hazırlanmasında önemli rol oynar.



Standart Uygulama İlkeleri

Standartlar aşağıda belirtilen uygulama ilkeleri esas alınarak uygulanır.

- Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik
- Hasta ve Çalışan Güvenliği

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 bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

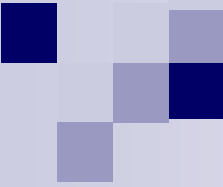
Bir standart uygulanırken, hasta ve çalışanların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutacak şekilde, standardın hedefine uygun, doğru ve en az kaynak kullanımı ile uygulama yapmak temel ilke olmalıdır.

Standart Uygulama Kriterleri

Standartlar, standardın amaç ve hedefleri doğrultusunda “Standart Uygulama Kriterleri”ne göre uygulanır. Sağlıkta Akreditasyon Standartları boyut ve bölümleri itibari ile hastanenin tüm hizmet alanlarını ve süreçlerini kapsamaktadır. Standartlar/değerlendirme ölçütleri sağlık kuruluşunda ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanlarında ve süreçlerde uygulanır.

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

1. **Kapsam ve Uygulama:** Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili plan, politika ve süreçlerin tanımlanarak, standardın amacını gerçekleştirmeye yönelik iş ve işlemlerin kurumun ilgili tüm bölümlerinde yerine getirilmesidir.

- 
2. **İzlenebilirlik ve Devamlılık:** Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili süreçlerde yer alan iş ve işlemlerin ve 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.
 3. **Liderlik ve Katılım:** Standardın/Değerlendirme Ölçütünün amacını gerçekleştirmeye yönelik olarak, kurumun her düzey yönetim kademesinde çalışanların yönlendirilmesi ve kurum çalışanlarının katılımıyla ilgili uygulamaları bilme, benimseme ve gerçekleştirme düzeyidir.

Çıktılar/Kanıtlar

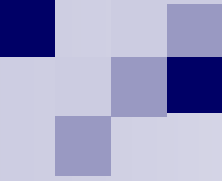
Yukarıda belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda standarda ilişkin çıktılar elde edilir. Bu çıktılar öz değerlendirme sürecinde standardın karşılanma düzeyinin belirlenmesini sağlayacak her türlü bilgi ve belge niteliğindeki kanıtlardır.

Öz Değerlendirme

Öz değerlendirme, temel olarak hastane kalite yönetim ekibinin sorumluluğunda, sağlıkta akreditasyon standartlarına yönelik yapılan 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 “Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi” aşamalarından oluşur.

Başvurusu kabul edilen hastanelerden 1 ay içinde öz değerlendirme raporu istenir.



Standardın amaç ve hedefleri doğrultusunda “Standart Uygulama Kriterleri”ne göre standarda ait değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyleri toplanan kanıtlar kapsamında belirlenir. Sağlıkta Akreditasyon Standartları boyut ve bölümleri itibari ile denetlenen kurumun tüm hizmet alanlarını ve süreçlerini kapsamaktadır. Standartlar/değerlendirme ölçütleri Standart Uygulama Kriterlerine göre kurumda ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanlarında ve süreçlerde aranır.

Öz değerlendirmenin bütüncül bir bakış açısıyla yapılmasını sağlarken aynı zamanda kalite kültürünü geliştiren ve teşvik eden bir denetim nosyonu oluşturulmalıdır.

Hastane, TÜSKAnet üzerinden Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti çerçevesinde öz değerlendirme raporunu TÜSKA’ya sunar.

Hastane tarafından gönderilen öz değerlendirme raporu, TÜSKA tarafından 1 ay içerisinde incelenir.

Öz değerlendirme sonucuna göre standartların en az %85 oranında karşılanması durumunda akreditasyon denetimi planlanır. Standartların %84 ve altında karşılanması durumunda ise süreç sona erdirilir.

Öz Değerlendirme Raporu

Hastane Akreditasyon Standartları						
Öz Değerlendirme Raporu						
Standart	Değerlendirme Ölçütleri	* Karşılama Düzeyi Karşılanıyor/ Karşılanmıyor/ Kısmen Karşılanıyor	** Karşılama Düzeyine İlişkin Kanıtlar	*** Karşılama Düzeyine İlişkin Açıklamalar	**** Planlanan Faaliyet	***** Planlanan Süre

* Standartların karşılanma düzeyleri - "Standart Uygulama Yöntemi" kapsamında belirlenmelidir. Standart Uygulama Yöntemi, "Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi" ve "Hastane Akreditasyon Programı Rehberi"nde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

*** Standart veya değerlendirme ölçütünün karşılanma durumuna ilişkin kanıtlar - "Standart Uygulama Yöntemi" kapsamında yer alan "Standart Uygulama/Denetim Kriterleri" ve "Kanıt Toplama Teknikleri" çerçevesinde sunulmalı, uygunsuzluk durumunda "Karşılama Düzeyi Kriterleri?" incelenmelidir. Kanıt sunarken eğer standart veya değerlendirme ölçütü için doküman hazırlanmışsa doküman sunulmalı ve uygulama anlatılmalı, eğer kanıt olarak doküman sunulmasına gerek yok ise; sadece uygulama anlatılmalıdır.

**** Standart veya değerlendirme ölçütü kısmen karşılanıyor ya da karşılanmıyor ise; nedenleri ile birlikte açıklanmalıdır.

***** Kısmen karşılanan veya karşılanmayan standart ya da değerlendirme ölçütünün karşılanmasını sağlamak amacı ile hangi iyileştirme faaliyetlerinin planlandığı ve gerçekleştirileceği açıklanmalıdır.

***** Kısmen karşılanan veya karşılanmayan standart ya da değerlendirme ölçütünün karşılanmasını sağlamak amacı ile planlanan iyileştirme faaliyetlerinin ne kadar sürede gerçekleştirileceği açıklanmalıdır.

Kanıt Toplama İlkeleri

Standartlara ilişkin kanıtlar, standart/değerlendirme ölçütü amaç ve hedefleri kapsamında *Önemlilik*, *Yeterlilik* ve *Uygunluk* ilkeleri dikkate alınarak toplanır.

Öz değerlendirme ekibi, kanıtların önemliliğine, yeterliliğine ve uygunluğuna ilişkin karar alma aşamasında; kurumun yapısını, uygulanan kanıt toplama yöntemini ve elde edilen kanıtın niteliğini, değerlendirme konusunun önemliliğini, değerlendirme risklerini ve değerlendirme süreci boyunca ortaya çıkan kurumun bilgi sisteminin kalitesi, iç kontrol sisteminin etkinliği, yöneticilerin dürüstlüğü gibi diğer etmenleri değerlendirerek sonuca varacaktır. Önemli, yeterli ve uygun kanıt neyin oluşturduğuna ilişkin kararlar, değerlendirme ekibinin kanaatine bırakılmaktadır.

Önemlilik

Öz değerlendirme ekibi, önemlilik düzeyi yüksek hususlara ilişkin daha fazla kanıt inceler. Önemli ve riskli kalemler için çok sayıda kanıt incelemesi, yapılacak öz değerlendirme sonucu ulaşılabilecek yargı ve sonuçların doğruluğu açısından önem arz eder.

Yeterlilik

Yeterlilik, standart/değerlendirme ölçütünün karşılanma düzeyi hakkında verilecek karar için, kanıtın nitelik ve nicelik olarak karşılama düzeyidir. Değerlendirme görüşü oluşturmak için gerekli kanıt miktarı, elde edilen kanıtların uygunluğu/kalitesi ve değerlendirilen hususa ilişkin önemli yanlışlık riskinden etkilenir. Değerlendirme riski arttıkça toplanacak değerlendirme kanıtı miktarı da artırılmalıdır. Değerlendirme kanıtlarının uygunluğunun artması öz değerlendirme ekibi açısından daha az kanıtlarla değerlendirme görüşü oluşturulabileceğini ifade eder. Ancak daha fazla değerlendirme kanıtı toplamak değerlendirme kanıtının düşük kalitesini telafi etmez.

Uygunluk

Uygunluk, öz değerlendirme kanıtının kalitesinin ölçümüdür. Bir başka deyişle öz değerlendirme kanıtının uygunluğu; kanıtın güvenilirliği ve ilgili olmasıdır.

a. 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.
- Değerlendirme kanıtları belge şeklinde mevcut olduğu zaman daha güvenilirdir.
- Orijinal belgeler, fotokopi ve faks yoluyla elde edilen kanıtlardan daha güvenilirdir.

b. İlgililik: Standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin öz değerlendirme amacıyla ilişkilendirme, yani değerlendirme görüşüne etki edebilme derecesini ifade eder. Öz değerlendirme ekibinin elde ettiği değerlendirme kanıtının, standart/değerlendirme ölçütü hakkında oluşturacak görüşü etkileme özelliğidir. Değerlendirme kanıtı ile değerlendirme amacı arasında kurulan anlamlı ve mantıklı ilişkidir. Değerlendirme kanıtı standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin yönetim iddialarının ve/veya kurum süreç ve uygulamalarının doğruluğu veya yanlışlığını kanıtlayabilen bir nitelik taşımalıdır.

Kanıt Toplama Teknikleri

Kanıtlar, standardın/değerlendirme ölçütünün karşılanıp karşılanmadığı ile ilgili her türlü bilgiler olup öz değerlendirme esnasında ilgili çalışanlar tarafından sunulan dokümanların incelenmesi ile gözlem, görüşme vb. teknikler kullanılarak toplanır. Kanıt toplama teknikleri; doküman inceleme ve nitel teknikler olarak sınıflandırılmaktadır. Öz değerlendirmenin konusu bunlardan sadece biri ya da her ikisi ile birlikte elde edilen kanıtları içerebilir. Öz değerlendirme kanaati yani standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi bu aşamanın doğru ve eksiksiz yapılması ile yakından ilişkilidir.

Doküman İnceleme

Öz değerlendirme sürecinde kurum yönetimi ve yetkilileri tarafından onaylanmış elektronik ve/veya fiziksel her türlü doküman (plan, program, prosedür, rehber, form, liste, tutanak, belge vb.), kayıtlar gibi fiziki ve/veya elektronik ortamdaki somut olarak elde edilebilecek kanıtlardır. Buradan elde edilen kanıtlar genel olarak kurumun sisteminin nasıl tasarlandığını yansıtmaktadır. Kanıt toplama ilkeleri kapsamında öz değerlendirme ekibi bu kanıtları elde etmelidir. Standart/değerlendirme ölçütü ile ilgili elde edilen bu kanıtlar, eğer denetim konusu uygulama süreçleri ile ilişkiliyse mutlaka diğer nitel tekniklerden elde edilecek bulgular ile bütünleştirilerek değerlendirilmelidir.

Nitel Teknikler

Standart/değerlendirme ölçütü öz değerlendirme konusu ile ilgili görüşme, mülakat, iz sürme, gözlem vb. tekniklerle yapılabilir. Bu tekniklerin öz değerlendirmenin konusuna göre; geneli temsil etmesi, süreç bazlı olması, hizmet sunanları ve alanları kapsamı gerekmektedir. Sonuçta her bir nitel teknik kendi alt tekniklerini içerebilir (Odak görüşme, süreç bazlı gözlem, hasta veya sistem izi sürme gibi). 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; hastane genelini yansıtmaları, yeterli nitelik ve nicelikte toplanması, ilgili olanların süreç bazlı olarak hizmet alanları ve sunanları kapsamı gerekmektedir.

Karşılanma Düzeyi Kararının Belirlenmesi

Yukarıda belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda yapılacak bir öz değerlendirme sonucunda ulaşılması beklenen nihai sonuç standardın/değerlendirme ölçütünü karşılanma düzeyine karar vermektir.

Standartların karşılanma düzeyi aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirlenir;

- ◆ Karşılanma düzeyi kararı standardın kendisi için verilir.
- ◆ Karşılanma düzeyine karar verilirken standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınır.
- ◆ Standardın karşılanma düzeyi kararı, standarda ilişkin uygulamaların uygunluk/uygunsuzluk durumuna göre belirlenir.
- ◆ Bir standarda ilişkin uygunluk/uygunsuzluk kararı,
 - ◇ Standart uygulama kriterleri doğrultusunda,
 - ◇ Kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri ile hazırlanan kanıtlara odaklanılarak,
 - ◇ Karşılanma düzeyi kriterlerine göre belirlenir.
- ◆ Her bir standardın karşılanma düzeyi kararı “karşılanıyor,” “kısmen karşılanıyor,” “karşılanmıyor” olarak üç kategoride belirlenir.

Standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

1. Karşılanıyor (**K**): Uygunsuzluk yok ise ya da var olsa bile Karşılanma Düzeyi Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu karşılanıyor kararı verilebilir.

2. Kısmen Karşılanıyor (**KK**): Tespit edilen uygunsuzluğun Karşılanma Düzeyi Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirilmesi sonucu kısmen karşılanıyor kararı verilebilir.
3. Karşılanmıyor (**KM**): Tespit edilen uygunsuzluğun Karşılanma Düzeyi Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirilmesi sonucu karşılanmıyor kararı verilebilir.

Karşılanma düzeyi belirlenirken yeterli nitelik ve nicelikte toplanan kanıtlarla standardın amacı ve hedefleri esas alınır. Bu noktada; standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Sunulan/elde edilen kanıtların, standart ve değerlendirme ölçütünü “Standart Uygulama Kriterleri” bakımından değerlendirilerek karşılanma düzeyi kararına esas olacak şekilde temsil etmesi sağlandıktan sonra Standart, Değerlendirme Ölçütü, Amaç ve Hedefler ile Standart Gerekliliklerinin mahiyeti dikkate alınarak ;

1. Standart ve değerlendirme ölçütünün kapsam ve uygulanma düzeyi
2. Standart ve değerlendirme ölçütünün uygulamada izlenebilirlik ve devamlılık düzeyi
3. Standart ve değerlendirme ölçütü ile ilgili hususlara yöneticilerin liderliği ve çalışanların katılım düzeyi

kriterleri arasından uygun ve ilişkili olanlara göre değerlendirme yapılır.

Elde edilen kanıtlar vasıtasıyla standart veya değerlendirme ölçütü ile ilgili bir uygunsuzluk (eksiklik&yanlışlık) tespit edilmesi durumunda, bu uygunsuzluk “**Karşılanma Düzeyi Kriterleri**”ne göre ele alınmalıdır.

Unutulmaması gereken en önemli husus; “Karşılanma Düzeyi Kriterleri”, standarda ilişkin uygunsuzluk tespit edilmesi halinde, standardın karşılanma düzeyine ilişkin doğru karar vermek için kullanılacak temel parametreler olarak düşünülmelidir.

Karşılanma düzeyi kriterleri şunlardır;

- Sıklık Düzeyi
- Etki Alanı
- Risk Boyutu

Sıklık Düzeyi
Değerlendirilen örneklem bağlamında incelendiğinde, standarda/değerlendirme ölçütüne ilişkin uygunsuzluğun örneklem içindeki sıklığıdır.
Uygunsuzluğun değerlendirilen örneklem içindeki 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

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu, yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder.

- Uygunsuzluk bireysel veya oldukça sınırlı alanda ise: **BİREYSEL** olarak belirlenir. Bireysel uygunsuzluklar genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkârlığı, mesleklerinin gereklerini yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle oluşur. Kurum ya da kuruluşun tasarladığı ve uyguladığı sistem dâhilinde yer almayan ve ayrıca kurum ya da kuruluşun sorumlu tutulamayacağı çalışan veya başka bir dış faktör kaynaklı konuları genellikle içerir.
- Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise: **SİSTEMSEL** olarak belirlenir. Kurum ya da kuruluş tarafından tasarlanan sistemin organizasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ile ilgili uygunsuzluklar bu kapsamda değerlendirilir.

Risk Boyutu

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir. Burada güvenlikle ilgili doğrudan olan uygunsuzluklar dikkate alınır ancak olumsuzluğun en yüksek potansiyeli göz önünde bulundurulur.

- 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 Karşılama Düzeyi Kriterlerine göre tanımlama yapılarak aşağıda yer alan değerlendirme ölçütü karşılama 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 bölümlerin ilişkili olanlarının karşılama düzeylerini de dikkate alarak yani bütüncül bir bakış açısıyla karşılama düzeyi kararı verilir.

Değerlendirme Ölçütü
Karşılama Düzeyi Kriterleri Matrisi

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

*Karşılama Düzeyi Kararında renksiz bölmeler öz değerlendirme ekibinin kanaati sonucu belirlenir. Matris değerlendiricilere ilk kararı vermesini önceler.

Standart Karşılama Düzeyi Kararı

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

- Tüm Değerlendirme Ölçütleri Karşılıyor almış ise **Standart Karşılıyor (K)** denilir.
- Standardın en az 1 Değerlendirme Ölçütü Karşılanmıyor almışsa **Standart Karşılanmıyor (KM)** denilir.
- Tüm Değerlendirme Ölçütleri Kısmen Karşılıyor almış ise **Standart Kısmen Karşılıyor (KK)** denilir.
- Değerlendirme Ölçütlerinin en az yarısı (tek sayı ise öz değerlendirme ekibi kanaatiyle 1 eksiği ya da 1 fazlası olabilir) Karşılıyor (K) olmak kaydıyla ve diğerleri Kısmen Karşılıyor (KK) olarak karar verilmişse Öz Değerlendirme Ekibi; Standart Karşılıyor (K) veya Kısmen Karşılıyor (KK) kararlarından birini verir.
- Değerlendirme Ölçütlerinin tüm kararları Karşılıyor ve Kısmen Karşılıyor olmak kaydıyla Kısmen Karşılanan Değerlendirme Ölçütü sayısı Karşılıyor olarak uygun görülen değerlendirme ölçütü sayısından 2 veya 2'den fazla ise Standart **Kısmen Karşılıyor** denilir.

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

5 Değerlendirme Ölçütüne Sahip Bir Standardın Karşılanma Düzeyi Kararı Olasılıkları					
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

4 Değerlendirme Ölçütüne Sahip Bir Standardın 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 veya tersi
K	KK	KK	KK	KK
KK	KK	KK	KK	KK
K	K	K	KM	KM
KK	KK	KK	KM	KM
K	KK	K	KM	KM

Denetim Dışı

Bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ya da rehberde yer alan standart gerekliliklerinin kurumun hizmet alanı kapsamına gir(e)memesi 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.

Standartların Revizyonu Sonrası Sorumluluklar

- Standart revizyonu veya yeni standartların belirlenmesi durumunda akredite kurumlara standartlara uyum açısından 6 aylık süre tanınır.
- Başvurusu kabul edilmiş hastanenin başvuru tarihinden sonra standart revizyonu yapılması veya yeni standartların belirlenmesi durumunda; hastane öz değerlendirme aşamasını geçmiş ise öz değerlendirme yaptığı standart seti ile denetime girer.

Denetim Süreci

Denetim Türleri

- **Denetim:** Akreditasyon standartlarının, hastanenin tamamında yapılacak inceleme, gözlem, birebir görüşme, iz sürme vb. teknikler ile elde edilen kanıtlar doğrultusunda, karşılanma düzeylerinin belirlenmesi süreçlerini ifade eder. İlk denetim için denetim tarihinden önceki 6 aylık döneme ait kayıtlar incelenir. Üç yılın sonunda yeniden akreditasyon başvurusu yapan hastanelerde, denetim tarihinden önceki 12 aylık döneme ait kayıtlar incelenir.
- **Yeniden Denetim:** Karşılanma düzeyi kararı “Kısmen Karşılanıyor” ve “Karşılanmıyor” olan standartlar için Eylem Planı istenen hastanelerde 6 ay içinde yapılacak denetimleri ifade eder. Denetim tarihinden yeniden denetim tarihine kadar geçen süredeki kayıtlar incelenir.
- **Ara Denetim:** Akredite edilen hastaneler için 3 yıl süresince yılda 1 kez yapılacak denetimleri ifade eder. Yılda bir yapılacak olan ara denetimler için 12 aylık döneme ait kayıtlar incelenir.

Denetim Takvimi

Denetimden en geç 1 ay önce denetim takvimi, TÜSKAnet üzerinden denetim ekibi ve hastane ile paylaşılır.

Denetim takviminde her bir denetim günü için hangi akreditasyon standartlarının, hangi yöntemlerle, hangi zamanlarda, hangi disiplinden gelen denetçilerle yapılacağı gösterilir.

Denetim takvimi denetim ekibinin önerileri ve hastanenin görüşleri ile denetim tarihinden 15 (on beş) gün öncesine kadar revize edilebilir.

Açılış toplantısı sonrasında hastane yetkilisinin önerileri ve denetim sürecinde meydana gelebilecek durumsal koşullar çerçevesinde, denetim ekip lideri TÜSKA tarafından belirlenen denetim takviminde eksiklik olmaması kaydı ile denetim takviminde değişiklik yapılabilir.

Örnek Denetim Takvimi (5 gün, 5 denetçi)				
1. GÜN				
Zaman	Hekim	Hemşire	Yönetici	Mühendis/Teknik Hizmetler
08.00 – 08.15				Eczacı
Denetim Koordinatörü ile Toplantı				
08.15 – 08.45				
Açılış Toplantısı ve Denetim Takviminin Gözden Geçirilmesi				
08.45 – 09.30				
Hastane Hizmetleri Oryantasyonu ve Kalite Yönetim Yapısının İncelenmesi				
09.30 – 12.00				
Doküman İncelemesi				
12.00 – 13.00				
Öğle Yemeği				
13.00 – 13.15				
Denetçi Planlama Toplantısı				
13.15 – 14.00				
Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği ile ilgili Yönetim Ekibi ile Görüşme				
14.00 – 16.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)
16.00 – 16.30				
Denetim Koordinatörü ile Toplantı				

Örnek Denetim Takvimi (5 gün, 5 denetçi)					
2. GÜN					
Zaman	Hekim	Hemşire	Yönetici	Mühendis/Teknik Hizmetler	Eczacı
08.00 – 08.45	Günlük Brifing				
08.45 – 10.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Hizmete Erişim)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Tesis Yönetimi Toplantısı		Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması
10.00 – 12.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	İlaç Yönetim Toplantısı	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	İlaç Yönetim Toplantısı
12.00 – 13.00	Öğle Yemeği				
13.00 – 16.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Transfüzyon Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (İlaç Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Otelcilik Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (İlaç Yönetimi)
16.00 – 16.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı				

Örnek Denetim Takvimi (5 gün, 5 denetçi)					
3. GÜN					
Zaman	Hekim	Hemşire	Yönetici	Mühendis/Teknik Hizmetler	Eczacı
08.00 – 08.45	Günlük Briefing				
08.45 – 09.30	Performans Ölçümü, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Çalışmaları Görüşmesi	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Toplantısı ve Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Otelcilik Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Bilgi Yönetimi)	Performans Ölçümü, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Çalışmaları Görüşmesi
09.30 – 12.00				Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Malzeme ve Cihaz Yönetimi)	
12.00 – 13.00	Öğle Yemeği				
13.00 – 16.00	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)
16.00 – 16.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı				

Örnek Denetim Takvimi (5 gün, 5 denetçi)					
4. GÜN					
Zaman	Hekim	Henşire	Yönetici	Mühendis/Teknik Hizmetler	Eczacı
08.00 – 08.45	Günlük Briefing				
08.45 – 12.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	İnsan Kaynakları Yönetimi Eğitim Yönetimi Toplantısı	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Yaşam Sonu Hizmetler)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Durum Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Temel Hasta Hakları)
12.00 – 13.00	Öğle Yemeği				
13.00 – 16.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Radyasyon Güvenliği)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Sağlık Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Dış Kaynak Kullanımı)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Acil Durum Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Risk Yönetimi)
16.00 – 16.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı				

Örnek Denetim Takvimi (5 gün, 5 denetçi)					
5. GÜN					
Zaman	Hekim	Hemşire	Yönetici	Mühendis/Teknik Hizmetler	Eczacı
08.00 – 08.45	Günlük Brifing				
08.45 – 12.00	Denetim Raporunun Hazırlanması (Ekip Lideri)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Kararlaştırılmamış Denetim Kanıt Toplama Çalışması	Kararlaştırılmamış Denetim Kanıt Toplama Çalışması	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması
12.00 – 13.00	Öğle Yemeği				
13.00 – 16.00	Denetim Raporunun Hazırlanması				
16.00 – 16.30	Kapanış Toplantısı				

Denetimlerin Ertelenmesi

Hastanenin aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı denetim tarihini ertelemek istemesi durumunda zararın karşılanması ve ceza ödenmesi istenmez.

- Acil durumlar (terör, savaş vb. durumlar), öngörülemez olaylar (deprem, sel vb. doğal afetler, genel grevler, iflaslar, hastalıklar, kazalar, yangınlar, ölümler vb.)
- Hastanenin hasta kabul etmeyi durdurması ya da hastaların/hastanenin başka bir binaya nakledilmesi/taşınması

Hastanenin başka nedenlerden dolayı erteleme istemesi durumunda nedenini tuska@tuseb.gov.tr adresine bildirmesi gerekmektedir.

TÜSKA, yukarıda belirtilen gerekçeler dışında denetim tarihinin ertelenmesini talep eden hastanelerden kendi inisiyatifi doğrultusunda ertelemeyi kabul edebilir ya da ceza ödenmesini veya zararın karşılanmasını talep edebilir.

Denetimlerin İptali

Akreditasyon denetiminin gerçekleştirilmesinin imkansız olduğu doğal afet, terör, savaş vb. diğer acil durumlarda denetim iptal edilir ve zararın karşılanması ya da ceza ödenmesi istenmez. Hastanenin denetim tarihine 30 günden daha az bir zaman kaldığında ve yukarıda belirtilen nedenler dışında denetimin hastane tarafından iptal edilmesi durumunda, hastane denetim ücretinin yarısını ödemek durumundadır.

Denetim Süresi ve Denetçi Sayısı

Hastanenin büyüklüğü, kapasitesi, türü ve sunduğu hizmetler (yatak sayısı, hasta sayısı, çalışan sayısı, hizmet verilen bölüm sayısı vb.) temel alınarak hesaplanır.

Denetim süresi 3 gün ile 7 gün arasında, denetçi sayısı ise; 3 kişi ile 5 kişi arasında değişiklik göstermektedir. Bu sayılar yeniden denetimler için farklı olup, denetim süresi 1 gün ile 3 gün arasında, denetçi sayısı ise 2 kişi ile 3 kişi arasında değişiklik göstermektedir.

Denetim Maliyetlerinin Hesaplanması

Denetimin maliyeti, denetimin gerçekleştirilmesi için gereken gün sayısı ve denetçi sayısı, hastanenin büyüklüğü, kapasitesi, türü ve sunduğu hizmetlere (yatak sayısı, hasta sayısı, çalışan sayısı, hizmeti verilen bölüm sayısı vb.) bağlı olarak değişkenlik gösterir. Denetimin maliyetine ilişkin hususlar belirtilen kriterler çerçevesinde hastanelere özgü olarak TÜSKA tarafından belirlenir.

Akreditasyon ücretleri, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından yayınlanan “Hizmet Ücretleri Yönergesi” kapsamında belirlenir.

Denetim Ücreti Ödeme Seçenekleri

Akreditasyon denetiminden geçecek olan hastanelere, denetim öncesi gönderilen sözleşme kapsamında belirlenen denetim ücretinin ödeme seçenekleri sunulur.

1. **Seçenek:** Denetim öncesi hastaneye gönderilen sözleşmede belirtilen ücretin tamamının denetimden en geç 30 gün önce ödenmesi.
2. **Seçenek:** Denetim öncesi hastaneye gönderilen sözleşmede belirtilen ücretin yarısının denetimden en geç 30 gün önce ödenmesi, geriye kalan miktarın ise denetimin tamamlandığı gün itibarıyla 30 gün içinde ödenmesi.

Denetim Raporu

Denetim Ekibi hastaneden ayrılmadan önce, TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sisteminden çıktısı alınan tutanak, denetim ekibi lideri ve hastane yetkilisi tarafından imza altına alınır. Bu tutanakta, denetim ekibinin kimlerden oluştuğu, hangi tarihlerde denetim yapıldığı, kapanış toplantısında hastanenin 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 hastane ile paylaşılır.

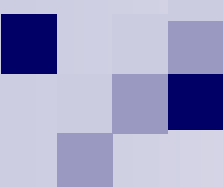
Ekip Lideri tarafından onaylanan denetim raporu validasyon panelinden (başvuru kriterleri, başvuru bilgileri, öz değerlendirme raporu ve denetim raporunun TÜSKA yetkilileri tarafından tekrar gözden geçirilmesi) geçer.

Validasyon panelinden geçen ve onaylanan denetim raporu, Akreditasyon Yürütme Kurulu üyelerine gönderilir. Denetimden en geç 1 ay sonra Akreditasyon Yürütme Kurulu kararının bulunduğu son rapor hastane ile TÜSKAnet üzerinden ve mail yoluyla paylaşılır.

Eylem Planı

Akreditasyon Denetimi sonucunda, standartları %85 - %99 oranında karşılayan hastanelerden, “Kısmen Karşılıyor” ve “Karşılanmıyor” şeklinde rapor edilen standartlar ve değerlendirme ölçütleri için 45 gün içinde Eylem Planı istenir.

Eylem Planında, denetim raporunda Kısmen Karşılıyor ve Karşılanmıyor şeklinde ifade edilen standart ve değerlendirme ölçütleri, denetim bulgusu, iyileştirme başlıkları, düzeltici faaliyetleri kimin yapacağı, zamanı, eğitim planı, performans göstergeleri gibi başlıklar yer alır.



Hastane, hazırlayacağı eylem planında ne kadar zamana ihtiyacı olacağını bildirir. Bu süre minimum 1 ay maksimum 6 ay olabilir.

TÜSKA tarafından en geç 1 ay içerisinde incelenen eylem planının onaylanması ile en geç 6 ay içinde yeniden denetim yapılır.

Hastane, eylem planını 45 gün içerisinde göndermezse, yapılacak iyileştirmelerin 6 aydan uzun süreceği düşünülüyorsa ve her bir kısmen karşılanıyor ve karşılanmıyor ifadesine bir iyileştirme faaliyeti planlanmamışsa eylem planı reddedilir.

Yeniden Denetim

Karşılama düzeyi “Kısmen Karşılanıyor” ve “Karşılanmıyor” olan standartlar ve değerlendirme ölçütleri için hastane tarafından hazırlanan Eylem Planı TÜSKA tarafından kabul edildiği takdirde 6 ay içinde yeniden denetim planlanır.

Yapılacak yeniden denetimde tüm standartlar “Karşılanıyor” ise, hastane akredite olur.

Yeniden denetim sonucunda hastanenin standartları tamamen karşılayamaması durumunda akreditasyon süreci başarısız olarak sonlandırılır.

Akreditasyon Kararı

Denetim ya da yeniden denetim sonucunda standartlar %100 karşılanıyorsa hastane için akreditasyon kararı çıkar.

Denetim sonucunda standartlar %85 - %99 oranında karşılanıyorsa hastaneye Eylem Planı hazırlaması için süre verilir ve yeniden denetim planı yapılır.

Denetim ya da yeniden denetim sonucunda standartlar %84 ve altında karşılanıyor ise; süreç sona erdirilir.

Akreditasyon Belgesi

Akreditasyon belgesi, akredite olan hastaneye 30 gün içinde iletilir. Ayrıca hastane isterse TÜSKAnet üzerinden akreditasyon belgesinin JPEG ve PDF formatına ulaşabilir.

Akreditasyon belgesi her 3 yılda bir yapılan denetimde yenilenir.

Akreditasyonun Geçerlilik Süresi

Akreditasyonun geçerlilik süresi, akredite olunan tarihten itibaren 3 yıldır.

Akreditasyonun Sürdürülmesi

Akredite olan hastanelere yılda bir kez ara denetim yapılır. Ara denetim tarihinden 1 ay önce hastaneye haber verilir ve denetim planı (denetçi sayısı, denetim gün sayısı, denetim takvimi vb.) yapılır. Ara denetimlerde özellikle daha önceki denetimlerde "kısmen karşılanıyor" ve "karşılanmıyor" olarak puanlanmış standartlara ve değerlendirme ölçütlerine bakılır.

Akreditasyonun Yenilenmesi

Akreditasyon tarihinden 3 yıl sonra tekrar akredite olmak isteyen hastanelere sürenin bitmesine 6 ay kala tekrar başvuruda bulunmaları konusunda hatırlatma yapmak için TÜSKAnet üzerinden otomatik uyarı ekranı çıkar ve bilgilendirme maili gönderilir.

Hastanenin tekrar başvuru yapması durumunda başvuru formunda girdiği bilgileri güncellemesi istenir.

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

TÜSKA, akredite olan hastanelerde kendiliğinden, bağımsız olarak denetim yaparak akreditasyonun devamı, askıya alınması veya iptali hususunda karar almaya yetkilidir.

Akreditasyonun Askıya Alınması/ İptal Edilmesi

TÜSKA, aşağıdaki şartların ya da durumların ortaya çıkması halinde hastanenin akreditasyonunun askıya alınmasını ya da iptal edilmesini değerlendirir.

- Kurumun ve/veya kurumda çalışanların yasal düzenlemelere göre hizmet alanları ile ilgili sahip olması gereken izin belgelerine (ruhsat, diploma, lisans, sertifika, tescil, kayıt vb.) sahip olmaksızın hizmet sunması,
- Kurumda hasta ve/veya çalışan güvenliğini tehdit eden ölümcül bir durumun veya sakatlık halinin söz konusu olması,
- Kurumun akreditasyon sürecinde sunduğu ya da sunması gereken bilgi ve dokümanlarda eksiklik, tutarsızlık, yanlış ya da yalan beyanın ortaya çıkması.

TÜSKA bu gibi durumlara yönelik olarak hastanede tekrar denetim yapabilir ya da hastaneden duruma ilişkin rapor isteyebilir.

İtiraz ve Şikayetlerin Değerlendirilmesi

Hastane akreditasyon sürecine yönelik herhangi bir adımdaki (başvuru, öz değerlendirme, denetim, eylem planı, yeniden denetim, akreditasyon kararı, akreditasyonun askıya alınması ya da iptal edilmesi) itiraz ve şikayetini 15 gün içinde itiraz gerekçeleri ve itirazına kanıt olacak bilgi, belge vb. dokümanlar ile bildirmek durumundadır.

İtiraz ve şikayetler, TÜSKA İtiraz ve Şikayetleri Değerlendirme Kuruluna ve gerek duyulduğunda ilgili birim sorumlusuna iletilir. TÜSKA İtiraz ve Şikayetleri Değerlendirme Kurulu itirazın reddedilmesi, itiraza ilişkin tekrar denetim yapılması ya da itirazın kabul edilerek gerekli düzeltmelerin yapılması kararını alabilir.

Yapılan itirazlara en geç 30 gün içerisinde cevap verilir.

Akreditasyonun Risk Altında Olduğu Durumlar

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

Hastanenin hizmet kapasitesi veya fiziksel koşulları ile ilgili değişiklikler olması durumunda TÜSKA, hastanenin bildirdiği aşağıdaki ve benzer değişiklikleri Akreditasyon Yürütme Kuruluna iletir;

- Hastanenin sahip olduğu yetki ve izin belgelerinin (ruhsatın) iptal edilmesi,
- Hastanenin isminde ve/veya mülkiyet hakkında değişiklik olması,
- Hastanenin başka bir hastane ile birleşmesi (özellikle TÜSKA tarafından akredite olmamış bir hastane ile birleşmesi),
- Hastane tarafından yeni bir bina kullanılması veya mevcut olan binaların genişletilmesi,
- Hastanenin hizmetin bir bölümünü farklı bir yerde vermeye başlaması,
- Hastanenin 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 Kurulu tarafından incelenen durum sonucunda akreditasyonunun tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği konusunda karar verilebilir ve yeniden denetim ya da planlanan tarihten önce ara denetim kararı alınabilir.

Başvuruda Bulunan Hastanenin Yükümlülükleri

- Akreditasyon programı için başvuruda bulunan hastane, süreçte beyan edilmesi gereken her türlü veri, bilgi ve dokümanı doğru, eksiksiz ve zamanında bildirmekle yükümlüdür.
- Hastanenin vermiş olduğu bilgilerde herhangi bir değişiklik olduğu durumda değişiklik ile ilgili TÜSKA'yı bilgilendirmekle yükümlüdür.
- Akreditasyon sürecinde ya da sonrasında hastanede yaşanan hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini ölümcül düzeyde tehdit eden ve hukuki süreç başlatılan olayları bildirmekle yükümlüdür.
- Hastaneler, denetim ekibine çalışmaları süresince gereken yardım ve kolaylığı sağlamalı ve denetim ekibinin çalışmalarını sağlıklı bir biçimde yürütebilmeleri için uygun bir oda tahsis etmelidir.
- Hastane yöneticileri, denetim ekibinin talep ettiği denetim ile ilgili veri, bilgi ve dokümanları sağlamalıdır.
- TÜSKA akredite olan hastanelerde kendiliğinden, bağımsız olarak haberli ya da habersiz denetim yaparak akreditasyonun devamı, askıya alınması veya iptali hususunda karar almaya yetkilidir. Hastane denetim sözleşmesi ile birlikte haberli ya da habersiz denetimlerin yapılmasını kabul etmiş olur.

Kamuoyunun Bilgilendirilmesi

Bir hastanenin akreditasyon durumu TÜSKA web sitesinde kamuoyu ile paylaşılır. Hastane kendi web sitesinde akreditasyon durumu ile ilgili bilgiyi kamuoyuna doğru bir biçimde yansıtmak durumundadır.

Öneriler

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

