



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE
QENDRA KOMBËTARE E CILËSISË, SIGURISË DHE AKREDITIMIT TË
INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

STANDARDET E CILËSISË PËR AKREDITIMIN E INSTITUCIONEVE TË
KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR

PËRMBAJTJA

HYRJE	3
A. INFRASTRUKTURA E INSTITUCIONIT	10
B. BURIMET NJEREZORE	19
C. DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT	22
D. FINANCA DHE BUXHETI	24
E. SIGURIA	24
F. TË DREJTAT E PACIENTIT	26
G. KUJDESI PËR PACIENTIN	28
H. SHËRBIMET MBËSHTETËSE.....	29
J. PËRMIRËSIMI I CILËSISË DHE SIGURISË.....	34
K. OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE.....	35
REFERENCAT.....	35

HYRJE

Standardet e akreditimit shërbejnë si çelës i programit të akreditimit në Shqipëri. Këto standarde janë rishikuar dhe miratuar nga grupi i punës i ngritur me Urdhër të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr. 630, Dt. 29.12.2017. Sistemi i ngritur për këtë qëllim ofron një mekanizëm të organizuar dhe strukturuar për të identifikuar shembullin më të mirë si dhe dobësitë e institucioneve të kujdesit shëndetësor. Procesi i vlerësimit të jashtëm të institucioneve në formë të akreditimit konsiston në vizita të institucioneve (qendrave shëndetësore) të ndërmarra nga grupi i ekspertëve të autorizuar për akreditim. Vizita e vlerësuesve të jashtëm bëhet me qëllim të përcaktimit se deri në çmasë institucioni në fjalë përmbush standardet. Rezultatet e vizitës vlejné për të përcaktuar statusin e akreditimit.

Standardet për Institucionet Shëndetësore të Kujdesit Parësor janë ndarë në tre kategori:

1. 33 Standarde bazë me ngjyrë të kuqe (15 standarde dhe 18 nënstandarde);
2. 35 Standarde optimale me ngjyrë blu (13 standarde dhe 22 nënstandarde);
3. 23 Standarde e së ardhmes me ngjyrë jeshile (7 standarde dhe 15 nënstandarde).

Gjithsej janë 91 standarde.

Për tu akredituar, institucioni ose institucion klinike duhet ti plotësojë të gjitha standardet bazë dhe të arrijë rezultatin e përgjithshëm prej 70% (përqind) të standardeve optimale. Standardet e së ardhmes paraqesin një kufi madje edhe më të lartë. Për tu akredituar, institucioni ose institucion klinike duhet të arrijë rezultatin prej 40% (përqind) të standardeve të së ardhmes.

Për tu akredituar, institucioni i kujdesit parësor duhet të plotësojë kriteret në vijim:

1. Duhet të plotësojë plotësisht, pra 100% të gjitha **standardet bazë**.
2. Duhet të ketë përmbushje të paktën 70% të rezultatit të **standardeve optimale**.
3. Duhet të ketë së paku 40% të rezultatit të **standardeve të së ardhmes**.

1. STANDARDET BAZË

A. 1. 3. Institucioni është komod dhe ka pastërti të lartë në të gjitha hapësirat, veçanërisht në ambientin ku kryhen trajtimet klinike dhe në bllokun e sterilizimit. Instrumentet dhe materialet vendosen në vende të veçanta, në kontenerë/kosha që nuk mbajnë pluhur dhe larg pacientëve.

A. 1. 4. Dhoma ose korridori i pritjes ka materiale ilustrative dhe informative për edukimin e pacientit.

A. 1. 5. Për pacientët me pamundësi fizike vihet në dispozicion ndenjëse apo karroca adekuate. Nëse institucioni nuk është në gjendje që të ofrojë një hyrje të përshtatshme pacientëve me aftësi të kufizuara, ekziston një informacion i posaçëm në dispozicion për pacientët (përmes një broshure informative që mund të jetë i disponueshëm në atë klinike, website etj.) i cili ofron apo rekomandon institucionit alternative ku mund të realizohet ky shërbim specifik.

A. 1. 6. Institucioni ka tualete të veçanta për pacientët.

A. 2. Pajisjet mjekësore përfshirë edhe barnat.

A. 2. 1. Institucioni i kujdesit parësor ka pajisjet bazë për funksionimin e tij duke përfshirë edhe pajisjet për ndihmën e shpejtë dhe të emergjencës.

A. 2. 2. Institucioni ka një listë-inventar të gjithë medikamenteve duke përfshirë edhe barnat e emergjencës. Në listë përfshihet se çfarë medikamentesh duhet të gjenden në çantën e doktorit në çdo kohë dhe barnat e çantës së doktorit janë të plota e ato nuk janë të skaduara. Ato janë të ruajtura mirë (që të mos kenë hyrje nga fëmijët dhe pacientët).

A. 2. 3. Institucioni ka një frigorifer për medikamentet që duhet të ruhen në temperaturë 2-10 gradë.

A. 2. 4. Institucion ka mjete (sapunë, detergjente, peshqirë apo pajisje tharëse) për larjen/tharjen e duarve në çdo dhomë konsultative apo ekzaminuese.

A. 4. 3. Ka një tabelë jashtë ndërtesës së institucionit, e cila tregon orarin e punës dhe institucionet ku mund të merret shërbimi pas orarit zyrtar.

B. 1. Institucioni i ka të planifikuara burimet njerëzore që i nevojiten.

C. 1. Kartela e pacientit.

C. 1. 1. Institucioni ka kartelë tip personale për çdo banor të regjistruar ose që i ofron kujdes shëndetësor.

E. 1. Siguria e objektit dhe mjedisi.

E. 1. 1. Institucioni ofron një ambient të parrezikshëm për pacientet dhe stafin. Institucioni ka një sistem monitorimi të pajisjeve, mjeteve, shërbimeve si dhe procedurave të punës që promovojnë sigurinë në punë.

E. 1. 2. Institucioni ka një sistem konform rregullores për menaxhim të mbeturinave, përfshirë materialet e kontaminuar.

E. 3. Sterilizimi.

E. 4. Kontrolli i infeksionit.

F. 1. E drejta për informim: të gjithë pacientët informohen për diagnozën dhe trajtimin.

F. 2. E drejta për të vendosur.

F. 3. Dhënia e pëlqimit nga pacienti për mjekimin.

F. 4. Konfidencialiteti.

F. 5. Ankesat e pacientëve.

G. 1. 1. Raste të përgjithshme për kujdesin ndaj pacientit.

G. 1. 2. Trajtimi.

G. 2. Institucioni ka një program të shkruar për parandalimin, depistimin dhe diagnostikimin e hershëm si dhe parandalimin e komplikacioneve të hipertensionit.

G. 3. Institucioni ka një program të shkruar për parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm të diabetit.

G. 3. 1. Institucioni ka një program për edukimin e stafit mjekësor dhe të rriturve të shëndoshë mbi shenjat dhe simptomat e diabetit dhe rëndësinë që ka diagnostikimi i hershëm e kujdesi i vazhdueshëm në prevenimin e komplikacioneve. Programi përfshin një orar specifik për informimin dhe edukimin e stafit dhe të pacientëve.

G. 6. Imunizimi.

G. 6. 1. Institucioni ndjek programet e shëndetit publik për imunizimin që janë miratuar nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka një sistem rutinë për identifikimin e fëmijëve që nuk janë vaksinuar ose nuk kanë ndjekur programin e tyre të imunizimit.

H. 1. Shërbimi i urgjencës.

H. 1. 1. Ekziston një sistem i strukturuar, organizuar dhe funksional për shërbimin e urgjencës 24 orësh. Institucioni siguron dhe garanton praninë e personelit të kualifikuar për 24 orë çdo ditë. Numri i personelit të caktuar duhet t'i plotësojë kërkesat e fluksit të rasteve në shërbimin e urgjencës.

H. 4. 2. Institucioni ka një rregullore të pranueshme lidhur me përdorimin e antibiotikëve.

Institucioni i kujdesit parësor duhet të plotësojë plotësisht, pra **100% të gjitha standardet bazë**.

2. STANDARDET OPTIMALE

A. 1. Mjedisi, pajisjet dhe aparaturat.

A. 1.1 Mjedisi i institucionit së kujdesit parësor.

A. 1. 2. Institucioni ka orenditë kryesore, dhoma konsultimi të pajisura mirë si dhe korridor pritje me një hapësirë relaksi dhe komforti me ndenjësë (karrige, kolltukë) të veçanta për pacientët (adultë) dhe për fëmijë.

A. 3. Pajisjet jo mjekësore.

A. 3. 1. Institucioni ka sistem telefonik për tu lidhur brenda dhe jashtë institucionit.

A. 3. 2. Institucioni ka të paktën një kompjuter për stafin. Të gjithë kompjuterët janë të mbrojtur nga ndërhyrjet e njerëzve të huaj (me fjalëkalim e antivirus). Institucioni ka lidhje me internet.

A. 4. Orari i shërbimit.

A. 4. 1. Institucioni ka një sistem për caktimin e kohës ekzakte të vizitës. Pacientët mund të kontaktojnë institucionin edhe në telefon. Pacientët që kontaktojnë institucionin jashtë orarit zyrtar, kanë mundësi për të marrë shërbimin përkatës sipas rregullores së menaxhimit të këtyre rasteve. Staf i klinik bën vizita në shtëpi për pacientët e pamundur fizikisht ose që nuk mund të ecin.

A. 5. Rregulli në institucion.

A. 5. 1. Ka drejtues për secilin repart, departament, njësi mjekësore/administrative.

B. 3. Ekziston një program dhe mekanizma për matjen e kënaqësisë së personelit.

C. Dokumentacioni dhe menaxhimi i informacionit.

C. 1. 2. Saktësia dhe vlefshmëria e të dhënave.

C. 1. 3. Plotësimi i saktë i kartelës.

C. 1. 4. Rezultatet e testeve diagnostike.

C. 1 .5. Regjistrimi i diagnozave në kartelë.

C. 1. 6. Regjistrimi i trajtimit në kartelë.

C. 2. Menaxhimi i informacionit: institucioni ka plan të shkruar për menaxhimin e informacionit të nevojshëm.

D. 1. Financa dhe buxheti.

E. 2. Siguria e punonjësit shëndetësor.

G. 6. 3. Institucioni njeh dhe zbaton programet kombëtare lidhur me insuficiencën jodike të popullatës.

H. 1. 2. Mjekët në institucion shëndetësor kanë trajnimin e duhur lidhur me kujdesin e rasteve urgjente.

H. 1. 3. Institucioni ka marrëveshje të shkruar lidhur me transportin e rasteve urgjente.

(Referuar, Ligji Nr. 147/2014 “PËR SHËRBYMIN E URGJENCAVE MJEKËSORE”).

H. 2. Laboratori dhe testet diagnostike.

H. 2. 1. Institucioni i kujdesit parësor ka marrëveshje dy paleshë mirëkuptimi me laboratorin/apo laboratorët.

H. 2. 2. Të gjitha analizat që realizohen në laboratorë janë të dokumentuara në kartelën e pacientit.

H. 2. 3. Gjatë korrespondencës me laboratorin ruhet konfidencialiteti i të dhënave të pacientit.

H. 2. 4. Testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën kryhen në mënyrën dhe kohën e duhur.

H. 2. 5. Kur një qendër nuk mund të ofrojë testet e nevojshme që kërkohen, ajo referon pacientin në qendrën ku mund t’i ofrohet kujdesi i përshtatshëm.

H. 2. 6. Stafit informon pacientin për nevojat për teste eventuale dhe alternative. Çdo pacient ka akses në testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën e tij sipas gjendjes mjekësore dhe nevojave të tij individuale.

H. 3. Radiologjia.

H. 4. Farmacia dhe barnat.

H. 4. 1. Institucion ka dhe njeh listën e barnave të rimbursueshme nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (tani e tutje LB) që njihen dhe përdoren nga të gjithë mjekët.

J. 1. 1 Institucioni ka një komitet për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së pacientëve.

J. 2. Analiza e rasteve dhe rezultateve.

Institucioni i kujdesit parësor **duhet të plotësojë të paktën 70% të rezultatit të standardeve optimale.**

3. STANDARDET E SË ARDHMES

A. 1. 7. Institucioni (Qendra) ka një plan për mirëmbajtjen, parandalimin dhe riparim për ndërtesën dhe pajisjet mjekësore.

A. 4. 2. Personeli i receptionit është i trajnuar për të njohur rastet urgjente dhe për të reaguar profesionalisht.

B. 2. Ka një program edukimi të vazhdueshëm profesional të të punësuarve në institucion.

C. 1. 7. Informimi i pacientit për sëmundjen dhe masat e propozuara.

C. 1. 8. Procedurat për shqyrtimin e kartelave.

F. 6. Satisfaksioni i pacientit.

G. 3. 2. Institucioni ka një program që ofron ekzaminim rutinë vjetor për të gjithë pacientët me diabet.

G. 4. Kujdesi perinatal (antenatal – kujdesi neonatal dhe kujdesi post partum).

G. 5. Programi i integruar i trajtimit të infeksioneve respiratore.

G. 6. 2. Institucioni ka program edukimi për prindërit lidhur me parandalimin e aksidenteve të fëmijëve nën moshën 5-vjeçare.

G. 7. Planifikimi familjar.

G. 7. 1 Institucioni punon sipas standardeve të rekomanduara dhe të miratuara të planifikimit familjar.

G. 7. 2. Institucioni ka program për parandalimin e kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës.

H. 1. 4. Institucioni ka një plan emergjence që të përballojë shumë pacientë në të njëjtën kohë, siç është rasti gjatë katastrofave natyrore.

J. 1. 2. Institucioni ka vizion dhe strukturë për të ndjekur përmirësimin e cilësisë.

J. 1. 3. Ka koordinator të ngarkuar të emëruar për përmirësimin e cilësisë, sigurisë së kujdesit shëndetësor.

J. 1. 4. Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor.

J. 1. 5. Ka një rregullore të shkruar për regjistrimin dhe raportimin e gabimeve dhe incidenteve.

J. 1. 6. Institucioni ka udhëzues klinik dhe protokolle të bazuara të praktikës më të mirë për gjendjet më të shpeshta klinike.

J. 1. 7. Institucioni mbikëqyr cilësinë e shërbimeve mjekësore duke mbledhur, sistemuar dhe analizuar të dhënat.

K. 1. Parandalimi i sëmundjeve.

K. 2. Vazhdimësia e kujdesit.

K. 3 Sistemi i referimit.

Institucioni kujdesit parësor duhet të plotësojë **së paku 40% të rezultatit të standardeve të së ardhmes.**

Sektori	Kujdesit Shëndetësor Parësor	Versioni	2	Botimi	1
KAPITULLI A	A.INFRASTRUKTURA E INSTITUCIONIT				
Kategoria	A. 1. Mjedisi, Pajisjet dhe Aparaturat Për hollësi të mëtejshme shih Aneksin 1 (Tabelat e infrastrukturës fizike)				
Standardi	A. 1. 1. Mjedisi i Institucionit së kujdesit parësor				
Përmbajtja	Struktura e jashtme dhe e brendshme e institucionit janë të përshtatshme për shërbimet që u ofrohen pacientëve dhe ka një sistem për orientimin e tyre në institucion. Institucioni dhe oborri përreth janë të përshtatshëm për popullatën që e shfrytëzon dhe për natyrën e shërbimeve që ofrohen. (pesha 3)				
Qëllimi	Që institucioni të siguroi që: Të gjitha ndërtesat të jenë të pastra, të rregullta, funksionale dhe me ndriçim të mirë. Institucioni të ketë ujë të ngrohtë dhe të ftohtë. Të ketë hapësirë dhe pajisje të përshtatshme. Sipërfaqja përreth institucionit (qendrës) e pastër. Ndërtesa (ndërtesat) të jenë të lyera jashtë. Muret e ndërtesave nuk kanë çarje dhe nuk kanë dritare të thyera. Komforti i pacientit është siguruar në dhomat e institucionit, dhomat e ekzaminimit dhe hapësirat e pritjes. Shkallët janë në gjendje të mirë. Kanalizimi i sigurt.				
Elementi 1 1. Infrastruktura fizike	STANDARDI I INFRASTRUKTURËS FIZIKE, LISTA E PAJISJEVE NË INSTITUCION Ndërtesat dhe mjediset duhet të jenë në gjendje të mira dhe të ndërtuara me materiale dhe në mënyrë të tillë që të sigurojnë një nivel të mjaftueshëm të higjienës. Standardi i infrastrukturës fizike përfshin: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ujë të ngrohtë dhe të ftohtë; 2. Energji elektrike; 3. Sistem ngrohje; 4. Telefon/celularë; 5. Kompjuter; 6. Printer; 7. Konsultor të gruas; 8. Konsultor të fëmijës; 9. Dhomë pritjeje për pacientët; 10. Dhomë diagnostikimi dhe konsultimi për të rriturit; 11. Dhomë diagnostikimi dhe konsultimi për fëmijët; 12. Shenjë që tregon vendosjen e institucionit; 13. Shenjë që tregon orarin e punës në institucion. 				
Elementi 2 2. Kushtet teknike higjienike	Kriteret për Kushtet tekniko-higjienike 1.1 Ndërtesa në të cilën gjenden hapësirat për kryerjen e aktiviteteve dhe shërbimeve shëndetësore duhet të plotësojë kërkesat që rrjedhin nga zbatimi i Kushteve Teknike të Projektimit (KTP) dhe Kushteve Teknike të Zbatimit (KTZ) të Republikës së Shqipërisë, themelore për ndërtim dhe kërkesat e tjera që kanë të bëjnë në veçanti me normat e projektimit: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1 Rezistenca mekanike dhe stabiliteti, 1.1.2 Mbrojtja nga zjarri, Me fikse të lëvizshme min 3 copë me 5-7 litra secila. 				

- 1.1.3 Higjiena, shëndeti dhe mbrojtja e mjedisit, të realizohet dhe të disiplinohet rrjeti kanalizimeve të ujërave të zeza nga objekti deri në kolektorin kryesor, ose në pamundësi të këtij të realizohet me gropë septike me kapacitet 3-5 m³.
- 1.1.4 Siguria, Me zgara metalike + kamera vëzhguese.
- 1.1.5 Mbrojtja nga zhurma.
- 1.2 Ndriçimi (natyror + artificial) 250 -500 lux në klinikë dhe laborator, hapësirat e tjera të punës 70-100 lux, në korridore dhe shkallë 40 lux;
- 1.3 Dyert, dritaret, muret, dyshemeja të realizohen me sipërfaqe të rrafshta, të lehta për pastrim dhe të qëndrueshme;
- 1.4 Dritaret të mundësojnë depërtimin e rrezeve të dritës, të mund të pastrohen lehtë, të jenë me dy kanata të hapshme dhe sopraluce për ajrim;
- 1.5 Të realizohen detajet ndërtimore për personat me aftësi të kufizuara PAK si pamundësi e hyrjes në objekt, korimantot horizontale, etj;
- 1.6 Dhomat e ekzaminimit të pacientëve, intervenimit, tualetet, duhet të kenë lavaman me ujë të ftohtë dhe të ngrohtë (uji i ngrohtë realizohet nga montimi i bojlerëve 10-12 litra/ boljer 80 litra), sapun të lëngshëm, dizinfektantë, letër duarsh, tharëse të duarve; Pjatë dushi + grup për tipe T-1 T-2 të Institucionit (Q. Sh).
- 1.7 Hapësirat për magazinimin e mbetjeve spitalore; Djegës metalik;
- 1.8 Emërtimi dhe tabelat informuese (sinjalistika) si dhe kutia e përshtypjeve dhe opinioneve të shfrytëzuesve të shërbimeve.
- 1.9 Furnizim me ujë të pijshëm 24/7 nga rrjeti, plus dhe me sistem rezervuari. Furnizimi me ujë i objektit nga linja më e afërt deri tek matësi i ujit në fasadën e objektit, përcaktohen dhe realizohen nga institucionet vendore Bashkia apo Njësia Administrative.
- 1.10 Njësia Administrative nëpërmjet kontratave me OSHEE-në garantojnë dhe furnizimin me energji elektrike të objektit;
- 1.11 Njësia administrative në prioritet e saj (tyre) për infrastrukturën rrugore përparësi ka për rrugën që lidh institucioni (Q. SH/Ambulancat) me rrugën kryesore më të afërt.
- 1.12 Rrethimi i objektit i realizuar me ½ e lartësisë me mure të lehtë + ½ e lartësisë me rrjeta metalike xingat ose me kangjella të lehta metalike, për të dy rastet me H = 1.8 m dhe derë hyrëse me kanat me gjerësi 120-150cm.

LISTA STANDARTE E PAJISJEVE MJEKËSORE

- 1. Seti i mikrokirurgjisë;
- 2. Nebulizator;
- 3. Ambu;
- 4. Dritë e fortë /portabël;
- 5. Spekulum nasal;
- 6. Otokop;
- 7. Oftalmoskop;
- 8. Glukometër;
- 9. Matës i volumit maksimal (peak flow metër);
- 10. Stilolaps me dritë;
- 11. Çekiç për reflekset;
- 12. Peshore për të rritur;
- 13. Peshore për fëmijë;
- 14. Peshore për foshnjat dhe fëmijët e vegjël deri 2 vjeç;
- 15. Peshore për fëmijët e rritur (mbi dy vjeç);
- 16. Matës gjatësie, dërrasa e gjatësisë për foshnjat dhe fëmijët e vegjël (infantometer);
- 17. Stadiometër për fëmijët e rritur;
- 18. Poster me kurbat e rritjes;

	19. Aparat tensioni për fëmijë; 20. Stetoskop për fëmijë; 21 Aparat tensioni për të rritur; 22. Stetoskop për të rritur; 23. Stetoskop obstetrikal; 24. Shina për frakturat; 25. Pajisje për sterilizim/protokoll antiseptik; 26. Frigorifer; 27. Frigorifer vaksinash/portabël; 28. Termometër.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Ndarja e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) sipas Tipit	<p><u>Ndarja e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) sipas Tipit</u></p> <p>A/ Institucioni (Qendra Shëndetësore) e tipit T-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 105 m² është projektuar për dhënien e shërbimit shëndetësor për një komunitet me mbi 4000 banorë dhe personelin mjekësor. Janë parashikuar dy ambiente për të shërbyer dy mjek/e familje të përgjithshëm, një ambient për mjek/e për kujdesin nëna-fëmija (konsultim dhe vizita), një ambient injeksioni dhe mjekimi, si dhe shërbimi farmaceutik, në ambientet e projektuara bëjnë dhe ambientet tjera dytësore (ndihmëse), si amb. pritje, tualet, impianti për djegien e mbetjeve mjekësore, sistemi i furnizimit me ujë 24 orë (nga rrjeti dhe rezervuar ditor 500-1000 litra), etj. Në vazhdim të dhënat për tipet e tjera janë:</p> <p>B/ Institucioni (Qendra shëndetësore) e tipit T-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 68 m², dhe është projektuar të ofrojë shërbim shëndetësor për një komunitet me rreth 2000 banorë. Janë të projektuara në këtë tip: një ambient për mjek/e familje, një ambient për mjek/e konsultor nëna-fëmija, një ambient injeksionesh dhe mjekimi, si dhe ambientet e tjera ndihmëse si tek tipi t-1.</p> <p>b/ Institucioni (Ambulancë) e tipit A-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 34 m² dhe ndërtohet në fshatrat me popullsi 500 deri 1000 banorë. Ambientet e shërbimit janë një ambient për mjek/e familje (vizita) dhe një ambient për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse.</p> <p>c/ Institucioni (Ambulancë) e tipit A-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 20 m² dhe ndërtohen në fshatrat me popullsi deri 500 banorë. Ky tip insitucioni (ambulance) ka vetëm një ambient kryesisht për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse³.</p>

ANEKSI 1 (PAJISJET BAZË TË SHËRBIMEVE MJEKËSORE)**Shërbimi i mjekut të Familjes**

Aparatura	Materiale inventari	Të tjera
Termometër	Karrige	Mjete kancelarie*
Aparat tensioni	Ngrohëse	Tekstile*
Peshore	Kartotekë	Barna (të urgjencës)*
Stetoskop	Dollap	Mjete ndihmëse*
Metër	Krevat vizite	Shtypshkrime*
Tabelë për vizusin	Tavolinë	
Otoskop	Ventilator (kondicioner)	
Glukotest		
Urinë-test		
Tambur fetal		
Stilolaps me dritë		
Laringoskop(të thjeshtë)		

***Tekstile:** përparëse, çarçafë, peshqirë.

***Shtypshkrime:** Kartela, receta, letër EKG, regjistër tip sipas shërbimeve.

***Mjete kancelarie:** Stilolaps, laps, vinovil, makinë kapëse etj.

***Barna urgjence:** Lasiks, adalat, adrenalinë, analginë, alium, luminal, atropinë, euphilinë, hidrokortizon, ultrakorten, lanatozit C, nitroglicerinë, Insulinë, sol Nack 0.9%, sol glucozë 5%, tresol etj.

***Mjete ndihmëse:** spatul druri, doreza sterile, doreza gome, age/age flutur/shiringa, zhgut hemostatik, pambuk, garza sterile, leukoplast, ujë oksigjene 3%, betadinë, Sol.Jod 3%, bende, kanjula i/v, stativ.

Shërbimi i mjekut Kardiolog

Aparatura	Materiale inventari	Te tjera
EKG	Karrige	Shtypshkrime
Aparat tensioni	Tavolinë	Mjete kancelarie
Stetoskop	Dollap	Tekstile
	Krevat vizitë	
	Ngrohëse	
	Ventilator (kondicioner)	

Shërbimi i mjekut Kirurg

Aparatura	Materiale inventari	Te tjera	Barna
Llambë intervent	Dollap	Mjete kancelarie	Iktioli
Set Kirurgjikal	Karrige	Tekstile	Natri klorat
Aparat tensioni	Tavolinë	Dorashka	
Stetoskop	Krevat vizite	Fasha bandash	
	Ngrohëse	Fasha me metër	
	Ventilator (kondicioner)	Pambuk	
		Instrumenta (Kleman, Kyreta, Pinca kirurgjikale, Bisturi)	

Shërbimi i konsultorit të Gruas

Aparatura	Materiale inventar	Te tjera
Peshore	Tavolinë	Shtypshkrime
Metër	Karrige	Mjete ndihmëse
Test Denver	Ngrohëse	Tekstile
	Ventilator	Mjete kancelarie
	Dollap	
	Kartotekë	
	Kondicioner	

	<p>• Shërbimi i Konsultorit të Fëmijës</p> <table border="1" data-bbox="326 233 1417 394"> <thead> <tr> <th></th> <th>Materiale inventar</th> <th>Te tjera</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peshore</td> <td>Tavoline</td> <td>Mjete kancelarie</td> </tr> <tr> <td>Metër</td> <td>Karrige</td> <td>Tekstile</td> </tr> <tr> <td>Test Denver</td> <td>Ngrohëse</td> <td>Shtypshkrime</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ventilator (kondicioner)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Shënim: Për një cilësi më të mirë shërbimi të mjekut të familjes, të kardiologjisë dhe të konsultorit të graas do të ndihmonte shumë pajisja e poliklinikave me ECHO, defibrilator, laborator më i kompletuar, Kompjuter, Aerosol si dhe trajnimi i vazhdueshëm i personelit të mesëm dhe të lartë.</p>		Materiale inventar	Te tjera	Peshore	Tavoline	Mjete kancelarie	Metër	Karrige	Tekstile	Test Denver	Ngrohëse	Shtypshkrime		Ventilator (kondicioner)	
	Materiale inventar	Te tjera														
Peshore	Tavoline	Mjete kancelarie														
Metër	Karrige	Tekstile														
Test Denver	Ngrohëse	Shtypshkrime														
	Ventilator (kondicioner)															
Standardi	A. 1.2. Institucioni ka orenditë kryesore, dhoma konsultimi të pajisura mirë si dhe korridor pritje me një hapësirë relaksi dhe komforti me ndenjës (karrige, kolltukë) të veçanta për pacientët (adultët) dhe për fëmijë. (pesha 3) [shih aneksin 2]															
Përmbajtja	Institucioni ka orenditë kryesore, dhoma konsultimi të pajisura mirë si dhe korridor pritje me një hapësirë relaksi [shih aneksin 2]															
Elementi 1	<p>Inventari i pajisjeve mjekësore dhe teknike</p> <p>1.1 Inventar orendi mobilim në dhomën e konsultimit</p> <ul style="list-style-type: none"> Tavolinë e punë, karrige për mjekun me mekanizëm lëvizës, paisje IT, karrige rrotulluese për pacientin, varëset për garderobë, telefoni, shtrat për egzaminimin e pacientit me parvaz, tavolina për kontrollin e foshnjave, dollap për pajisje, dhe material shëndetësor, shportën për mbeturina. <p>1.2 Pajisjet themelore mjekësore në dhomën e konsultimit</p> <ul style="list-style-type: none"> Aparat për matjen e tensionit me mansheta të madhësive të ndryshme, stetoskop, fetoskop, pulsoksimetër i gishtit, Peakflowmetër, pajisje për inhalacion, peshore dhe pajisje për matjen e gjatësisë për të rritur dhe fëmijë, grafik të rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve deri në moshën 5 vjeçare, reflektor në shtyllë, negativoskop, otoskop, oftalmoskop, pasqyrë laringeale për laringoskopi indirekte, pirun akustik, termometër, tabela për kontrollin e shikimit, spekulumet për hundë, metër i butë, spatula për kontrollin e fytyrës, enët për spatula e pastra dhe të përdorura, bateri e dorës, çekani neurologjik, çanta e mjekut. <p>Mjete (sapun, detergjent, peshqirë apo pajisje tharëse) për larjen/tharjen e duarve janë të pranishme në çdo dhomë konsultative apo ekzaminuese.</p> <table border="1" data-bbox="326 1430 1533 1535"> <thead> <tr> <th>Dhoma</th> <th>Tipi i akomodimit</th> <th>Shërbime për t'u përmbushur</th> <th>Nr.dhom</th> <th>Sip.dhom</th> <th>Sipërfaqja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>Pritja</td> <td>Pritja e pacientëve</td> <td>2</td> <td></td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	Dhoma	Tipi i akomodimit	Shërbime për t'u përmbushur	Nr.dhom	Sip.dhom	Sipërfaqja	1.1	Pritja	Pritja e pacientëve	2		60			
Dhoma	Tipi i akomodimit	Shërbime për t'u përmbushur	Nr.dhom	Sip.dhom	Sipërfaqja											
1.1	Pritja	Pritja e pacientëve	2		60											
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor															
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)															
Standardi	A. 1.3. Institucioni ka pastërti të lartë në të gjitha hapësirat (pesha 4)															
	<p>Mundësia e zgjedhjeve të pajisjeve në një institucion mund të jetë në varësi të preferencave personale të drejtuesve (kur ata janë private) dhe po ashtu në varësi të ofertave që ka në treg. Sidoqoftë rregullat përkatëse (statusore) kërkojnë të përmbushen disa standarde bazë. Këto mund të përmbliken në pikat e mëposhtme.</p> <p>Kjo është veçanërisht e rëndësishme në pjesët ku bëhet sterilizimi dhe aty ku sipërfaqet e punës duhet të jenë krejtësisht të pastra. Instrumentet dhe materialet duhet të vendosen në vende të veçanta larg</p>															

	pacientëve dhe në kontenierë/kosha që nuk mbajnë pluhur (shiko pikat përkatëse - në kapitullin e kontrollit të infeksionit).					
Përmbajtja	Institucioni ka pastërti të lartë në të gjitha hapësirat, veçanërisht në ambientin ku kryhen trajtimet klinike dhe në bllokun e sterilizimit. Instrumentet dhe materialet vendosen në vende të veçanta, në kontenierë/kosha që nuk mbajnë pluhur dhe larg pacientëve.					
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor					
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)					
Standardi	A. 1.4. Dhoma ose korridori i pritjes ka materiale ilustrative dhe informative për edukimin e pacientit. (pesha 2)					
Qëllimi	Informimi i pacientit					
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor					
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)					
Standardi	A. 1.5. Për pacientët me pamundësi fizike vihet në dispozicion ndenjëse apo karroca adekuate. Nëse institucioni nuk është në gjendje që të ofrojë një hyrje të përshtatshme pacientëve me aftësi të kufizuara, ekziston një informacion i posaçëm në dispozicion për pacientët (përmes një broshure informative që mund të jetë i disponueshëm në atë klinike, website etj.) i cili ofron apo rekomandon institucionit alternative ku mund të realizohet ky shërbim specifik. (pesha 3)					
Qëllimi	Aksesi i institucionit (Q. SH) nga personat me aftësi të veçanta					
Përmbajtja	Për pacientët me pamundësi fizike vihet në dispozicion ndenjëse apo karroca adekuate. Nëse institucioni nuk është në gjendje që të ofrojë një hyrje të përshtatshme pacientëve me aftësi të kufizuara, ekziston një informacion i posaçëm në dispozicion për pacientët (përmes një broshure informative që mund të jetë i disponueshëm në atë klinike, website etj.) i cili ofron apo rekomandon institucionit alternative ku mund të realizohet ky shërbim specifik. Përmbushjen e standardeve fizike dhe materiale për Personat me Aftësi ndryshe.					
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor					
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)					
Standardi	NËN STANDARDI A. 1. 6.					
Qëllimi	Ofrim i kujdesit të sigurt.					
Përmbajtja	Institucioni ka tualete të veçanta për pacientët. Referoju standardeve për tualete.					
STANDARDI TIP	Dhoma	Tipi i akomodimit	Shërbime për t'u përmbushur	Nr. Dhom.	Sip. Dhom.	Sipërfaqja
	1.27	Tualet publik meshkuj	Tualet për vizitorët e pacientët meshkuj	1	12	12
	1.28	Tualet publik femra	Tualetet për vizitorët e pacientët femra	2	7	14

Lloji	Numri i Ambienteve	Sipërfaqja e ambienteve në (m)	Lloji
Tualetet për pacientë	2 (1)	5(3)	njëri (i arritshëm për persona me nevoja të veçanta)
Tualetet për staf	2	3	jo

Kushtet minimale të aspektit hapësinor dhe pajisjeve mjekësore – teknike për ofrimin e shërbimeve shëndetësore (q. sh. Tipe) dhe njësitë përbërëse të saj.

Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	NËN STANDARDI A. 1. 7. KATEGORIA INFRASTRUKTURA
Përmbajtja	Institucioni (Qendra) ka një plan për mirëmbajtjen, parandalimin dhe riparim për ndërtesën dhe pajisjet mjekësore. Institucioni ka një buxhet për mirëmbajtje, si pjesë e menaxhimit të tij vjetor. Buxheti për mirëmbajtje mbulon dy fusha: mirëmbajtjen e ndërtesave dhe mirëmbajtjen e pajisjeve mjekësore. Buxheti për mirëmbajtje ka një përqindje të arsyeshme nga buxheti vjetor. (pesha 3)
	ELEMENTE TË STANDARDIT <ol style="list-style-type: none"> 1. Ka një sistem të qartë informimi për problemet dhe kërkesat e mirëmbajtjes. 2. Institucioni ka të kontraktuar shërbimin e mirëmbajtjes me një inxhinier apo një firmë të mirëmbajtjes. 3. Kontrata specifikon kohën për mirëmbajtjen dhe një sistem për përgjigjen dhe rregullimin në kohë të problemeve me pajisjet. 4. Së paku çdo tre muaj, personeli për mirëmbajtjen e ndërtesës apo personeli i kontraktuar, verifikon funksionimin korrekt të rubinetëve, tualeteve, radiatorëve dhe rrjedhjes së ujërave të zeza. 5. Çdo tre muaj, personeli i mirëmbajtjes apo stafi i kontraktuar bio-mjekësor verifikon funksionimin korrekt të gjitha pajisjeve mjekësore në institucion. 6. Institucioni ka sistemin për raportimin me kohë të problemeve të mirëmbajtjes, përgjigje dhe riparimin me kohë të këtyre problemeve.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	STANDARDI A. 2. PAJISJET MJEKËSORE PËRFSHIRË EDHE BARNAT NËN STANDARDI A. 2. 1. (pesha 5)
Përmbajtja	Institucioni i kujdesit parësor ka pajisjet bazë për funksionimin e tij duke përfshirë edhe pajisjet për ndihmën e shpejtë dhe të emergjencës.
	Institucion ka në listë-inventar të gjitha pajisjet mjekësore të përdorura në qendër, me datë të prodhimit, nivele të shfrytëzimit, nevoja të mirëmbajtjes dhe orar të mirëmbajtjes.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)

Standardi	STANDARDI A. 2. PAJISJET MJEKËSORE PËRFSHIRË EDHE BARNAT			
Nën standardi : A. 2. 2	NËN STANDARDI : A. 2. 2 (pesha 4)			
Përmbajtja	Institucioni ka një listë-inventar të gjithë medikamenteve duke përfshirë edhe barnat e emergjencës. Në listë përfshihet se çfarë medikamentesh duhet të gjenden në çantën e doktorit në çdo kohë dhe barnat e çantës së doktorit janë të plota e ato nuk janë të skaduara. Ato janë të ruajtura mirë (që të mos preken nga fëmijët dhe pacientët).			
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor.			
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)			
Standardi	STANDARDI A. 2. PAJISJET MJEKËSORE PËRFSHIRË EDHE BARNAT			
Nën standardi: A. 2. 3	NËN STANDARDI: A. 2. 3 (pesha 3)			
Përmbajtja	Institucioni ka një frigorifer për medikamentet që duhet të ruhen në temperaturë 2-10 gradë.			
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor			
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)			
Standardi	STANDARDI A. 2. PAJISJET MJEKËSORE PËRFSHIRË EDHE BARNAT			
Nën standardi A. 2. 4	NËN STANDARDI: A. 2. 4 (pesha 3)			
Përmbajtja	Institucioni ka mjete (sapunë, detergjente, peshqirë apo pajisje tharëse) për larjen/tharjen e duarve në çdo dhomë konsultative apo ekzaminuese.			
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor			
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)			
SHTOJCA 2	SHTOJCA 2: BARNA DHE PAJISJET MJEKËSORE NË INSTITUCION (QSH²)			
	MJEKIME/MATERIALE KONSUMI	SASIA	MJEKIME/MATERIALE KONSUMI	SASIA
	Ujë për injeksione - 2 ml	Amp30	Acid folik - 5mg	Tab100
	Atropinë sulfat (1mg/1ml)	0. 1 % - Amp30	Dihydroergotaminë - 1mg/ml	Amp20
	Dekstrozë 5% -500ml	Flak10	Kontraceptivë: DIU, prezervativë, kontrceptivë oral (KOK,POP), kontrceptivë injektabel	Sipas sistemit të informacionit Të Menaxhimit Të Logjistikës
	Dekstrozë40%- 10ml	Amp10	Kolekalciferol (vit d3)	Tab30
	Manitol20%-250ml	Flak5	Klorfeniramin	Tab50
	Diazepam -10mg /2ml	Amp20	Susposte glicerine	Copë 50
	Epinefrinë 0.1% -1ml	Amp20	Sistem perfuzioni plastik	Copë 10
	Furosemid -20mg/ 2 ml	Amp20	Spiritus aethylicus70% (alkool)	MI1000
	Natrium klorid 0.9% -10ml	Amp30	Buscopan–10mg/2ml	Amp20
	Natrium klorid 0.9% -500ml	Flak5	Shiringë plastike + 2 age 5 ml	Copë 30

Nitroglicerinë-0.5mg	Tab50	Shiringë plastike + 2 age10 ml	Copë 30
Vitaminë K 1%- 1ml	Amp30	Tinctura jodi 2%- 500 ml	Amp 2
Deksametazon-5mg	Amp20	Penj për qepje plagësh	Paketa10
Serum antitetanik-1500unite	Amp20	Nebulizator ose pompë me Volumatik	Copë 2
Serum antivipera-10ml	Amp10	Doreza kirurgjikale	Copë 50
Sulfat Magnesi- 10ml	Amp20	Sistem perfuzioni plastik	Copë 10
Tresol (ORS) 27.9 gr	Pak30	Acetaminofen 0.5gr	Tab20
Bipenicilinë 600,000UI	Flak20	Al-Hidroksid + Mg-Hidroksid500 mg	Tab30
Amoksicilinë/eritromicine	Tab30	Sol.Glukozë 5%- 500ml	Flak10
Metoklopramid- 10mg/2ml	Amp20	Lanatozid - 4%/2ml	Amp10
Proklorperazinë - 12.5mg/ml	Amp20	Oksigjen	Bombol 2
Aspirinë 0.5gr	Tab100	Bende5x5cm	Copë 50
Morfinë sulfat - 15mgose 30 mg/ml	Amp10	Garzë 1 m	Copë 50
Ranitidinë 50 mg – 2 ml	Amp10	Hidrogen peroksid 3 %	Gr500
Diklofenak - 50mg	Amp20	Pambuk hidrofil 100gr	Copë 30
Salbutamol –100mkg/doze pompe + volumi;1-2mg/ ml sol+.nebulizator	Cap 10	Oksigjen	Bombol 2
Hidrokortizon –100mg/2ml	Amp20	Bende5x5cm	Copë 50
Papaverinë4%- 1ml	Amp20	Vitaminë A+D11	Flakon
Atenolol	Tab50	Jodur Kaliumi11	Tab 0.2 mgr ose Tab 0.3 mgr

**Sasitë e barnave dhe materialeve në këtë tabelë janë orientuese. Vendimi për sasitë e barnave dhe materialeve duhet të merret nga drejtori i institucionit (QSH) në përputhje me vëllimin e punës dhe kushtet e zonës.*

Standardi	A. 3 PAJISJET JOMJEKËSORE
Nën standardi	A. 3. 1 (pesha 3)
Përmbajtja	Institucioni ka sistem telefonik për tu lidhur brenda dhe jashtë tij.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	A. 3 PAJISJET JOMJEKËSORE
Nën standardi	A. 3. 2 (pesha 3)
Përmbajtja	Institucioni ka të paktën një kompjuter për stafin. Të gjithë kompjuterët janë të mbrojtur nga ndërhyrjet e njerëzve të huaj (me fjalëkalim e antivirus). Institucioni ka lidhje me internet.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	A. 4. ORARI I SHËRBIMIT
Nën standardi	A. 4. 1. (pesha 3)

Përmbajtja	Institucioni ka një sistem për caktimin e kohës ekzakte të vizitës. Pacientët mund të kontaktojnë institucionin edhe në telefon. Pacientët që kontaktojnë institucionin jashtë orarit zyrtar, kanë mundësi për të marrë shërbimin përkatës sipas rregullores së menaxhimit të këtyre rasteve. Staf i klinik bën vizita në shtëpi për pacientët e pamundur fizikisht ose që nuk mund të ecin.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	A. 4. 2. (pesha 3)
Përmbajtja	Personeli i recepsionit është i trajnuar për të njohur rastet urgjente dhe për të reaguar profesionalisht.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	A. 4. 3. Pesha tre
Përmbajtja	Ka një tabelë jashtë ndërtesës së institucionit (praktikës), e cila tregon orarin e punës dhe institucionet ku mund të merret shërbimi pas orarit zyrtar. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	A. 5 RREGULLI NË INSTITUCION
Përmbajtja	Ka drejtues për secilin repart, departament, njësi mjekësore/administrative. (pesha 2) Menaxhimi i një Institucioni përfshin komponentët më kritik për realizimin e misionit të tij. Menaxhimi nënkupton ekzistencën e një udhëheqje të përbërë nga menaxherë dhe administratorë, mjekë dhe infermierë. Për të ofruar shërbime shëndetësore cilësore dhe të sigurta, anëtarët e personelit drejtues duhet të bashkëpunojnë ngushtë me njeri-tjetrin. Ata duhet të kuptojnë misionin e institucionit dhe përgjegjësitë e tyre personale, dhe të angazhohen për vendosjen e vijës së qartë të përgjegjësisë dhe të komunikimit efektiv. 1. Përgjegjësitë e drejtuesit të repartit duhet të përfshijnë së paku: Përshkrimin e shërbimeve dhe detyrave që ofrohen nga administrata dhe repartet apo shërbimet për pacientin që ofron institucioni.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI B	B. BURIMET NJEREZORE
Standardi	B.1. Institucioni i ka të planifikuara burimet njerëzore që i nevojiten (pesha 3)
Përmbajtja	Institucioni punon sipas legjislacionit, rregulloreve dhe urdhrave administrative përkatës të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka dokumente për planifikimin e burimeve njerëzore, dokumentet e kontratave dhe CV-të e punonjësve. Institucioni përcakton detyrat e punonjësve dhe siguron kushte të punës ekipore¹.
Shpjegimi i standardit	Kriteret për përcaktimin e burimeve njerëzore sipas ndarjes dhe tipit të institucioneve (qendrave shëndetësore): Mesatarisht, çdo institucion (QSH) i shërben një popullate prej 8,000–10,000 vetash (kjo shifër luhetet ndjeshëm në zonat urbane dhe rurale), duke patur një raport mjek/pacient rreth 1 me 2500 dhe raport infermiere/pacient rreth 1 me 400 banorë. ²

Ministria e Shëndetësisë

Për Institucionet (Qendrat) e Njësive vendore (ish Komunat) Ministria e Shëndetësisë ka të miratuara dhe aplikon ndërtimin e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) të standarde të tipit T-1 dhe T-2, ndërsa në fshatrat në përbërje të këtyre njësive, ka miratuar ndërtimin e Institucioneve (Ambulancave) të tipit A-1 dhe A-2

Tipet e lartpërmendura aplikohen në bazë të disa kriterëve si: numri i popullatës ku ofrohet ky shërbim, mundësive për garantimin e personelit shëndetësor mjek dhe infermier të nevojshëm etj. Numri i popullatës llogaritet në kufijtë nga min. 500 banorë dhe max. 4000-8000 banorë.

Ndarja e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) sipas Tipit

A/ Institucioni (Qendra Shëndetësore) e tipit T-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 105 m² është projektuar për dhënien e shërbimit shëndetësor për një komunitet me mbi 4000 banorë dhe personelin mjekësor. Janë parashikuar dy ambiente për të shërbyer dy mjek/e familje të përgjithshëm, një ambient për mjek/e për kujdesin nëna- fëmija (konsultim dhe vizita), një ambient injeksioni dhe mjekimi, si dhe shërbimi farmaceutik, në ambientet e projektuara bëjnë dhe ambientet tjera dytësore (ndihmëse), si amb. pritje, tualet, impianti për djegjen e mbetjeve mjekësore, sistemi i furnizimit me ujë 24 orë (nga rrjeti dhe rezervuar ditor 500- 1000 litra), etj.

Në vazhdim të dhënat për tipet e tjera janë:

B/ Institucioni (Qendra shëndetësore) i tipit T-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 68 m², dhe është projektuar të ofrojë shërbim shëndetësor për një komunitet me rreth 2000 banorë. Janë të projektuara në këtë tip: një ambient për mjek/e familje, një ambient për mjek/e konsultor nëna-fëmija, një ambient injeksionesh dhe mjekimi, si dhe ambientet e tjera ndihmëse si tek tipi t-1.

b/ Institucioni (Ambulancë) i tipit A-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 34 m² dhe ndërtohet në fshatrat me popullsi 500 deri 1000 banorë. Ambientet e shërbimit janë: një ambient për mjek/e familje (vizita) dhe një ambient për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse.

c/ Institucioni (Ambulancë) i tipit A-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 20 m² dhe ndërtohen në fshatrat me popullsi deri 500 banorë. Ky tip insitucioni (ambulance) ka vetëm një ambient kryesisht për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse³.

Aplikimi

Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor

Vlerësimi

Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)

Institucionet (Qendrat Shëndetësore) për shërbimin parësor në qendër (ish/komunat)

TIPI	Sipërfaqja	Shërbimet	Personeli	Nr. Popullsisë që i përgjigjet
Institucioni (Q. SH.) T-1	105 m ²	1. Mjekësia Familjare 2. Një ambient per mjek/e për kujdesin nëna-fëmija (konsultim dhe vizita); 3. Një ambient injeksioni dhe mjekimi; 4. Shërbimi farmaceutik;	3 mjek familje + 1 infermier familjar	4000 deri 8000 banorë

			5. Ambientet ndihmëse (ambient pritje, tualet, impiant për djegien e mbetjeve mjekësore, sistemet e furnizimit me ujë 24 orë) etj.		
Institucioni (Q. SH.) T-2	68 m ²		1. Ambient për mjek/e familjeje; 2. Një ambient për mjek/e konsultor nën-fëmija, 3. Një ambient injeksionesh dhe mjekimi; 4. Ambientet e tjera ndihmëse si Tip-1		2000 deri 4000 banorë
Institucioni (Qendra Shëndetësore/Ambulancat) për shërbimin parësor në fshat					
TIPI	Sipërf	Shërbimet	Personeli	Nr. Popullsisë që i përgjigjet	
A-1	34 m ²	Ambientet e shërbimit: 1. Një ambient për mjek/e familjeje (vizita) 2. Një ambient për injeksione dhe mjekime; 3. Ambientet ndihmëse		500 deri 1000 banorë	
A-2	20 m ²	1. Një ambient për injeksione dhe mjekime; 2. Ambiente ndihmëse		500 banorë	
Standardi	B. 2. Ka një program edukimi të vazhdueshëm profesional të të punësuarve në institucion				
Përmbajtja	Institucioni ka një program të edukimit të vazhdueshëm profesional të gjithë kuadrove. Në këtë program përcaktohen drejtimet për përgatitjen edukative-arsimore, zotësitë profesionale dhe edukimin e nevojshëm për secilën kategori të punësuarve në institucion. Personeli mjekësor merr pjesë në ngritjen e kualifikimit të tij. Ndërkaq secili punonjës ka një dosje personale të edukimit të vazhdueshëm profesional, i cili është në përputhje me programin e edukimit të vazhdueshëm profesional të miratuar nga autoritetet kompetente për të ndihmuar në procesin e riliçensimit dhe riçertifikimit. (pesha 3)				
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor				
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)				
Standardi	STANDARDI B. 3. Ekziston një program dhe mekanizma për matjen e kënaqësisë së personelit.				
Përmbajtja	Ka një program dhe mekanizma për të matur dhe regjistruar kënaqësisë në punë të gjithë personelit të vet, dhe marrë masa për analizimin e situatës dhe përmirësimin e atmosferës së mirë ekipore në punë. Institucioni kujdeset për ngritjen e qëndrueshme të kualifikimit të personelit. Personeli është i shkolluar në drejtimin e dhënies së ndihmës së shpejtë. Punonjësit organizojnë takime të rregullta. (pesha 2)				
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor				
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)				

KAPITULLI C	C. DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT
Përmbajtja	Ka një sistem për grumbullimin dhe dokumentimin e të dhënave dhe indikatorëve shëndetësore. Institucioni/Qendra shëndetësore përdor me efikasitet të dhënat dhe informacionin. (pesha 3) Këtu hyjnë: <ul style="list-style-type: none"> • Saktësia dhe vlefshmëria e të dhënave • Saktësia dhe plotësimi i kartelave mjekësore • Sistemi për shqyrtimin dhe mirëmbajtjen e dosjeve mjekësore • Privatësia e dosjeve
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. KARTELA E PACIENTIT
Nën standardi	C. 1. 1 Institucioni ka kartelë tip personale për çdo banor të regjistruar ose që i ofron kujdes shëndetësor. (pesha 2)
Përmbajtja	Kartela e pacientit është dokumenti kryesor që lejon vlerësimin e cilësisë së shërbimeve, komunikimin efektiv në mes të gjithë punonjësve, transferim adekuat të informacionit në mes të njësive brenda Institucionit si dhe vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor. Kartela e pacientit e dokumentuar në mënyrë jo të duhur mund të fshehtë kujdesin mjekësor jo korrekt. Meqenëse kartela e pacientit është bazë për të gjitha standardet në lidhje me pacientin, të përshkruara në këtë dokument, ky kapitull përcakton: Kërkesat e përgjithshme që duhet të plotësojë kartela e pacientit ambulator. Kërkesat specifike për kartelat e pacientëve ambulatorë.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 2 SAKTËSIA DHE VLEFSHMËRIA E TË DHËNAVE
Përmbajtja	Çdo kartelë e pacientit përmban të dhëna të domosdoshme për të bërë identifikimin, vendosjen e diagnozës dhe trajtimin e pacientit. (pesha 3)
	Kartela shëndetësore ka të dhëna të cilat bëjnë identifikimin e pacientit, përfshirë emrin, adresën dhe datën e lindjes, promovon vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor, mbështet diagnozën, arsyeton trajtimin, dokumenton rrjedhën e sëmundjes dhe rezultatet e mjekimit.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3- përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 3. PLOTËSIMI I SAKTË I KARTELËS
Përmbajtja	Kartela siguron që i gjithë informacioni i domosdoshëm për pacientin dhe sëmundjen e tij të jetë i regjistruar dhe plotësimi i të dhënave bëhet sipas të gjithë elementëve të përmbajtura në kartelën tip. Institucioni dhe personeli mjekësor i institucionit kanë përcaktuar me shkrim të kuptueshëm përmbajtjen minimale të të dhënave nga anamneza dhe ekzaminimi fizik i pacientit, që do të regjistrohen në kartelën e pacientit në varësi nga nevojat e pacientit dhe specifikat e shërbimeve të cilat i ofrohen. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 4. REZULTATET E TESTEVE DIAGNOSTIKE

Përmbajtja	Rezultatet e të gjitha testeve diagnostike janë të dokumentuara në kartelën e pacientit. Afatet kohore janë të përcaktuara për rezultatet e testeve urgjente dhe atyre të rutinës. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 5. REGJISTRIMI I DIAGNOZAVE NË KARTELË
Përmbajtja	Të gjitha diagnozat janë të regjistruara në kartelën e pacientit dhe të përditësuara në përputhje me rezultatet e analizave, ekzaminimeve dhe të rivlerësimeve diagnostike. (pesha 3)
	Personeli shëndetësor duhet të regjistrojë të gjitha diagnozat në kartelën e pacientit dhe ato të jenë të përditësuara në përputhje me rezultatet e analizave, ekzaminimeve dhe të rivlerësimeve.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 6 REGJISTRIMI I TRAJTIMIT NË KARTELË
Përmbajtja	I gjithë trajtimi regjistrohet në kartelën e pacientit në momentin e dhënies dhe nënshkruhet nga personi që ka zbatuar trajtimin. (pesha 3)
	Punonjësi shëndetësor për gjithë trajtimin, duke përfshirë barnat e dhëna, e regjistron në kartelën e pacientit në momentin e dhënies dhe nënshkruhet nga personi që ka zbatuar trajtimin.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 7. INFORMIMI I PACIENTIT PËR SËMUNDJEN DHE MASAT E PROPOZUARA
Përmbajtja	Informacioni i dhënë pacientit për sëmundjen dhe masat e propozuara janë të dokumentuara në kartelë. (pesha 2)
	Në kartelë gjendet e shkruar dëshmia se pacienti është sqaruar mbi gjendjen shëndetësore dhe ai e ka kuptuar problemin shëndetësor që ai ka dhe hapat që i propozohen për të ardhmen. Në kartelë, ka të dhëna të dokumentuara për informimin në lidhje me testet diagnostike, trajtimin, barnat dhe përdorimin e pajisjeve mjekësore.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 1. 8. PROCEDURAT PËR SHQYRTIMIN E KARTELAVE
Përmbajtja	Institucioni ka procedurën për shqyrtimin e kartelave të pacientëve. Institucioni ka një plan të shkruar për rregulloren dhe procedurën për shqyrtimin e saktësisë së plotësisimit të kartelave të pacientëve. (pesha 2)
	Procedurat për shqyrtimin e kartelave përmbajnë: Përfshirjen e përfaqësuesve të gjitha shërbimeve që i regjistrojnë të dhënat në kartelën e pacientëve, shqyrtimi i përmbajtjes dhe kompetenca e futjes së të dhënave, shqyrtimi i mostrës reprezentative.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	C. 2. MENAXHIMI I INFORMACIONIT:
Përmbajtja	INSTITUCIONI KA PLAN TË SHKRUAR PËR MENAXHIMIN E INFORMACIONIT TË NEVOJSHËM (pesha 3)
	Institucioni (Qendra) ka rregullore dhe mekanizma për marrjen e informacionit dhe për dhënien e autorizuar të të dhënave jashtë institucionit. Në të përcaktohen nivelet për aksesin e të dhënave dhe informacionit.

Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI D	D. FINANCA DHE BUXHETI
Standardi	D. FINANCA DHE BUXHETI
Përmbajtja	Institucioni i ka të shkruara përgjegjësitë e drejtuesit të buxhetit dhe financës. Përgjegjësitë e menaxhimit financiar janë qartësisht të përcaktuara. Institucioni mban të ruajtur në arkiv raportet vjetore të punës. Në të përshkruhen të gjitha procedurat financiare si dhe shpenzimet apo të ardhurat (eventuale). (pesha 3)
	Administrata ka të inventarizuar objektet, aparaturat, pajisjet, materialet, personelin dhe burimet e tjera të nevojshme që reparti ti plotësojë përgjegjësitë e përcaktuara.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI E	E. SIGURIA
Standardi	E. 1 SIGURIA E OBJEKTIT DHE MJEDISIT
Nën standardi	E. 1. 1 Institucioni ofron një ambient të parrezikshëm për pacientët dhe stafin (pesha 4)
Përmbajtja	Institucioni ofron një ambient të parrezikshëm për pacientët dhe stafin. Institucioni ka një sistem monitorimi të pajisjeve, mjeteve, shërbimeve si dhe procedurave të punës që promovojnë sigurinë në punë. (pesha 4)
Elementi 1	1. Kushtet tekniko-higjienike
1. Kushtet teknike higjienike	<p>1.1 Ndërtesa në të cilën gjenden hapësirat për kryerjen e aktiviteteve dhe shërbimeve shëndetësore duhet të plotësojë kërkesat që rrjedhin nga zbatimi i Kushteve të Projektimit (KTP) dhe Kushteve Teknike të Zbatimit (KTZ) të Republikës së Shqipërisë, themelore për ndërtim dhe kërkesat e tjera që kanë të bëjnë në veçanti me normat e projektimit:</p> <p>1.1.1 Rezistenca mekanike dhe stabiliteti,</p> <p>1.1.2 Mbrojtja nga zjarri, me fikse të lëvizshme min 3 copë me 5-7 litra secila.</p> <p>1.1.3 Higjiena, shëndeti dhe mbrojtja e mjedisit. Të realizohet dhe të disiplinohet rrejtji i kanalizimeve të ujërave të zeza nga objekti deri në kolektorin kryesor ose në pamundësi të këtij të realizohet me gropë septike me kapacitet 3-5 m³.</p> <p>1.1.4 Siguria, me zgara metalike dhe kamera vëzhguese.</p> <p>1.1.5 Mbrojtja nga zhurma.</p>
Përmbajtja	<p>Çështjet kryesore të sigurisë me rëndësi të madhe në institucion janë:</p> <ol style="list-style-type: none"> Orenditë e sigurta: Orenditë në qendër kontrollohen në mënyrë rutinë për të siguruar që janë të forta/solide, të sigurta për t'u përdorur, pa pjesë të thyera që mund të shkaktojnë lëndim. Parandalimi i zjarrit: Institucioni ka një sistem për parandalimin e zjarrit që përfshin alarmin për zjarr dhe fikësin e zjarrit. Ndërtesa është plotësisht funksionale e ajrosur dhe pa lagështi. Në institucion ndodhet një ambient i përshtatshëm me karrige e stola për pacientët. Institucioni ka sistem të rrjetit elektrik që plotëson standardet e sigurisë për pacientët, personelin dhe klientët.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)

Standardi	E. 1. 2. Institucioni ka një sistem konform rregullores për menaxhim të mbeturinave, përfshirë materialet e kontaminuar. (pesha 2)
Përmbajtja	Mbeturinat e forta të kontaminuara dhe të gjitha pajisjet e kontaminuara me sekrecione njerëzore, jashtëqitje, gjak apo inde të cilat paraqesin rrezik të lartë, grumbullohen në vende të sigurta.
	Mbeturinat mjekësore dhe gjilpërat nuk duhet të përzihen me mbeturina jo-mjekësore. Mbeturinat mjekësore duhet të dërgohen në furrë djegëse çdo 24 orë. Mbeturinat jo-mjekësore duhet të mblidhen në konteniere të veçantë, të cilët mblidhen së paku çdo 24 orë.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	E. 2. SIGURIA E PUNONJËSIT SHËNDETËSOR
Përmbajtja	Institucioni ka një program për ruajtjen e shëndetit dhe sigurisë së punonjësve te vet. (pesha 2)
	Programi shëndetësor për punonjësit përfshin: Dosje mjekësore komplete para punësimit. Testet të veçanta bëhen sipas shërbimeve dhe detyrave të supozuara të punonjësve. Masat mbrojtëse ndërmerren në raste të aksidenteve
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	E. 3. STERILIZIMI
Përmbajtja	Institucioni ka një sistem adekuat për sigurinë e shërbimeve klinike përfshirë dhe procedurat e sakta për sterilizim. (pesha 5)
	Sistemi përfshin: Krijimin e standardeve për sterilizim. Një vend për sterilizim, me së paku një autoklavë funksional për materiale sterile të vendosura në dy bokse të veçanta; një për materiale plastike dhe një tjetër për fashatura. Institucioni ka antiseptik, dezinfektues dhe sapun për përdorim mujor. Antiseptikët kryesor janë 70 % alkool, betadin, klorine 0.5%. Në praktikë dezinfekton dorezat e përdorura para se të hidhen. Sistemi siguron se i gjithë personeli përdor dorezat dhe shiringa me një përdorim. Mjeku kryesor dhe infermierja kryesore kanë trajnimin special për sterilizim dhe bëjnë mbikëqyrjen rutinë. Pajisjet sterile përdoren një herë për një pacient.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	E. 4. KONTROLLI I INFEKSIONIT
Përmbajtja	Institucioni ka një sistem dhe mekanizma për kontrollin e infeksionit. (pesha 3)
	Sistemi i kontrollit të infeksionit përfshin në minimum si vijon: Praninë e rregulloreve dhe procedurave që ofrojnë kornizën për procesin e kontrollit të infeksionit duke përcaktuar mbikëqyrjen, parandalimin dhe masat e kontrollit: - E. 4. 1. Sipërfaqet e kontaktit lahen mirë dhe pastaj dezinfektohen. - E. 4. 2. Nëse nevojitet pastrimi paraprak i instrumenteve me duar, atëherë përdoren doreza të forta. - E. 4. 3. Instrumentet e përdorura hidhen (flaken) ose sterilizohen (nëse indikohet) pas çdo përdorimi. - E. 4. 4. Sterilizimi bëhet me autoklavë. - E. 4. 5. Në çdo autoklavë vendosen strisho kontrolli, verifikimi për secilin cikël autoklavimi për të parë nëse temperatura e sterilizimit është arritur. Koha e sterilizimit dhe temperatura regjistrohen. (Një mënyrë verifikimi është edhe ndryshimi i ngjyrës së lakmuesit në letrat sipas instruksionit përkatës).

	<ul style="list-style-type: none"> - E. 4. 6. Instrumentet e sterilizuara mbahen dhe ruhen të mbyllura (në kuti të posaçme me kapak) ose qese plastike të sigurta pa ajrosje. - E. 4. 7. Gjilpërat dhe instrumentet e mprehta vendosen në kontenerë speciale. - E. 4. 8. Ka protokolle që ndiqen në rast dëmtimi me instrumente prerëse. - E. 4. 9. Mbeturinat klinike (përfshirë doreza të përdorura, maska, mbulesa të sipërfaqeve apo ato të pacientit) mbliidhen në qese plastike dhe vendosen në vende të sigurta para se të hidhen përfundimisht në vende të përcaktuara. - E. 4. 10. Ka protokolle që përfshijnë marrëveshje/kontratë për hedhjen e mbeturinave klinike, gjilpërave, materiale të mprehta. - E. 4. 11. Personeli klinik përdor veshjet e përcaktuara në ambientet klinike. - E. 4. 12. Mbrojtësit e fytyrës janë të disponueshëm për gjithë stafin klinik dhe përdoren sipas nevojës. - E. 4. 13. Procedurat e sterilizimit dhe kontrollit të infeksionit janë identike për të gjithë pacientët. - E. 4. 14. Për larjen e duarve përdoren lëngje me veti baktericide. - E. 4. 15. Ka peceta një përdorimshme për fshirjen e duarve. - E. 4.16. Stafi klinik ushtron kujdes për të shmangur kontaminimin e zonave ku nuk punohet. Zonat e kontaminuar dezinfektohen ose kanë mbulesa (plastike) që ndërrohen pas çdo pacienti. - E. 4.17. Përdoren përparëse një përdorimshme (kur është e nevojshme së bashku me qese plastike) për të mbrojtur veshjen e pacientit. - E. 4.18. Instrumentet e kontaminuar sterilizohen përpara se të ri-përdoren ose riparohen. - E. 4.19. Nuk konsumohet ushqim ose pije në ambientet e punës.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI F	F. TË DREJTAT E PACIENTIT
Standardi	F. 1. E DREJTA PËR INFORMIMI: TË GJITHE PACIENTËT INFORMOHEN PËR DIAGNOZËN DHE TRAJTIMIN
Përmbajtja	Institucioni (Qendra shëndetësore) informon pacientin për emrin e mjekut që ka përgjegjësinë kryesore për kujdesin e pacientit. Ky mjek është përgjegjës për informimin e pacientit për sëmundjen si dhe trajtimin. Çdo pacient të cilit i është caktuar trajtimi informohet për sëmundjen dhe trajtimin apo opsionet alternative eventuale dhe merret pëlqimi për to. Kur pacienti nuk mund të informohet, informacioni i jepet familjes së tij/saj. (pesha 3)
	<p>Mjeku i shpjegon qartë pacientit çdo trajtim apo procedurë të propozuar.</p> <p>Shpjegimi përfshin:</p> <p>Përfitimet, problemet eventuale dhe dëmet e mundshme.</p> <p>Problemet potenciale që kanë të bëjnë me procesin e shërimit.</p> <p>Gjasat për të pasur sukses.</p> <p>Pasojat e mundshme të mostrajtimit.</p> <p>Alternativat e tjera</p>
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	F. 2. E DREJTA PËR TË VENDOSUR
Përmbajtja	Pacientët kanë të drejtë të marrin vendim për trajtimin e tyre pasi të jenë mirënformuar. (pesha 3)

	<p>Institucioni (Qendrat shëndetësore) ofrohen në mënyrë të tillë që të kujdesen për ruajtjen e dinjitetit dhe autonomisë së pacientit, të respektojnë të drejtat e tyre civile po aq sa t'i përfshijnë ata në kujdesin për veten.</p> <p>Kujdesi ndonjëherë kërkon që të afërmit e jo pacientët vetë, të përfshihen në marrjen e vendimeve për kujdesin ndaj pacientit. Kjo është veçanërisht e vërtetë kur një pacient ka aftësi të kufizuara mendore apo fizike për të marrë vendim për mjekimin e tij, apo kur pacienti është fëmijë. Kur pacienti nuk mund të marrë vendim për arsye të gjendjes së tij/saj shëndetësore, atëherë identifikohet një zëvendësues vendimmarrës. Një zëvendësues vendimmarrës është dikush që caktohet të veprojë në emër të një tjetri. Zëvendësuesi merr vendim vetëm kur një individ është i paaftë apo më parë ka dhënë pëlqimin me shkrim për këtë. Në rastin e të miturit që është në varësinë e dikujt, familja apo kujdestari ligjor i tij janë përgjegjëse për aprovimin e trajtimit të përshkruar. Sidoqoftë, pacienti ka të drejtë të përjashtojë ndonjë, apo që të gjithë anëtarët e familjes prej marrjes pjesë në vendimin për mjekimin e tij.</p>
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	F. 3. DHËNIA E PËLQIMIT NGA PACIENTI PËR MJEKIMIN
Përmbajtja	Dhënia e pëlqimit dokumentohet në dosjen mjekësore sipas rregulloreve të Institucionit (pesha 5)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	F. 4. KONFIDENCIALITETI (pesha 4)
Përmbajtja	Diagnoza dhe trajtimi i pacientit mbeten strikt konfidenciale. Institucioni (Qendra shëndetësore) është si nga aspekti profesional dhe ai etik përgjegjëse për të siguruar që informacioni për pacientin është konfidencial. Institucioni (Qendra) duhet të ketë një proces formal për të përdorur në mënyrë konfidenciale informacionin dhe dosjet mjekësore. Rregulloret dhe procedurat bazohen në ligje dhe rregullore të zbatueshme. Pacienti informohet periodikisht për rregulloret e konfidencialitetit të qendrës.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	F. 5. ANKESAT E PACIENTËVE
Përmbajtja	Ka një vend të caktuar në qendër për të dërguar në formë të shkruar dhe ka një bord të caktuar që shqyrton dhe zgjidh këto ankesa. (pesha 3)
	<p>Në kohën kur pacienti dhe familja e tij, ose ofruesit e kujdesit mund të jenë në konflikt me shërbimet që ofrohen në Institucionet Shëndetësore (këtej e tutje-institucioni), pacienti ose ofruesi i shërbimit shëndetësor mund të dërgojnë një ankesë anonime me shkrim në institucion. Institucioni duhet të ketë një proces formal për shqyrtimin e ankesës së pacientit dhe të ndihmojë në zgjidhjen e konfliktit. Ndërkaq ka edhe një plan dhe mekanizma për vlerësimin e opinionit të pacientëve qoftë përmes fletëpalosjeve që ju dorëzohen pacientëve pas shërbimit, apo përmes vlerësimit të ankesave të shqyrtuara të paktën një herë në 3 muaj.</p> <p>Institucioni ka të përcaktuar qartë vendin e kutisë për ankesa si dhe librin e ankesave.</p>
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	F. 6. KËNAQËSIA E PACIENTIT
Përmbajtja	Institucioni ka një sistem të vlerësimit të kënaqësisë së pacientit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore. (pesha 2)

	Institucioni (Qendra) duhet të ketë një proces formal për mbledhjen e informacionit dhe të shqyrtojë shkallën e kënaqësisë së pacientit dhe të ofruesit të shërbimeve shëndetësore ndaj kujdesit që ofrohet. Ky proces përfshin një plan për informimin e pacientëve dhe stafit për procesin e mbledhjes së të dhënave dhe rezultatet. Ky proces po ashtu përfshin caktimin e një komiteti që shqyrton dhe këshillohet me stafin e përshtatshëm të qendrës.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI G	G. KUJDESI PËR PACIENTIN
Standardi	G. 1. 1. RASTE TË PËRGJITHSHME PËR KUJDESI NDAJ PACIENTIT
Përmbajtja	Një anamnezë gjithëpërfshirëse dhe ekzaminim fizik bëhen për të gjithë pacientët. (pesha 4)
	Një hap esencial në procesin e kujdesit ndaj pacientit është shqyrtimi i saktë i anamnezës dhe gjendjes fizike. Të gjithë pacientëve që vizitohen për herë të parë u merret anamneza e detajuar, e cila regjistrohet në kartelat/dosjet mjekësore. Për çdo vizitë bëhet një anamnezë e plotë e sëmundjes aktuale dhe ekzaminim fizik. Ekzaminimi duhet të përfshijë së paku kontrollin e shenjave vitale.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 1.2. TRAJTIMI
Përmbajtja	Të gjitha planet e trajtimit realizohen sipas udhëzuesve klinik. Ato janë bazuar në anamnezë, ekzaminim fizik dhe rezultate të verifikuara të testeve diagnostike. (pesha 3)
	Mjekët përdorin të gjitha të dhënat e anamnezës, ekzaminimit fizik dhe rezultateve të testeve diagnostikuese përkatëse për të arritur deri tek diagnoza. Të gjitha planet e trajtimit i përgjigjen diagnozës. Kur kërkohet një e dhënë shtesë, mjeku kërkon dhe përdor rezultatet e testeve diagnostikuese. Të gjitha informatat regjistrohen në kartelën mjekësore.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 1. 3. UDHËZUESIT E PRAKTIKËS KLINIKE
Përmbajtja	Institucioni (Qendra) njihet dhe zbaton udhëzuesin klinik në dispozicion. (pesha 2)
	Stafi mjekësor në institucion ka një proces për përvetësimin e udhërrëfyeseve klinike për mjekimin e gjendjeve shëndetësore që përbëjnë shumicën e shërbimeve që ofrohen në qendër. Institucioni ka një proces formal për njohjen dhe shqyrtimin periodik të udhërrëfyeseve klinike. Institucioni ka një proces formal për shpërndarjen dhe trajnimin e personeli mjekësor mbi përdorimin e udhërrëfyeseve praktik klinik.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 2 INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM TË SHKRUAR PËR PARANDALIMIN, DEPISTIMIN DHE DISGNOSTIKIMIN E HERSHËM SI DHE PARANDALIMIN E KOMPLIKACIONEVE TË HIPERTENSIONIT
Përmbajtja	Institucioni ka një program që kujdeset për parandalimin, depistimin, diagnostikimin e hershëm si dhe parandalimin e komplikacioneve të Hipertensionit në popullatë. (pesha 2)
	Institucioni ka një program për edukimin e të rriturve mbi rëndësinë e vënies në kohë të diagnozës, nevojës për ekzaminim klinik periodik dhe trajtim të Hipertensionit.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)

Standardi	G. 3. INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM TË SHKRUAR PËR PARANDALIMIN DHE DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM TË DIABETIT
Përmbajtja	Institucioni ka një program për edukimin e stafit mjekësor dhe të rriturve të shëndoshë mbi shenjat dhe simptomat e diabetit dhe rëndësinë që ka diagnostikimi i hershëm e kujdesi i vazhdueshëm në prevenimin e komplikacioneve. Programi përfshin një orar specifik për informimin dhe edukimin e stafit dhe të pacienteve. (pesha 2)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1-(mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 3. 2. INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM QË OFRON EKZAMINIMIN RUTINË VJETOR PËR TË GJITHË PACIENTËT ME DIABET
Përmbajtja	Institucioni ka një program që ofron ekzaminim rutinë vjetor për të gjithë pacientët me Diabet. Institucioni ka një program për edukimin e pacientëve me Diabet, mbi rëndësinë e ekzaminimeve specifike të rekomanduara nga udhëzuesit klinike. Këtu përfshihet edhe një orar specifik për informimin dhe edukimin e pacientëve me diabet. (pesha 1)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 4. KUJDESI PERINATAL (ANTENATAL - KUJDESI NEONATAL DHE KUJDESI POST PARTUM). (pesha 3)
Përmbajtja	Institucioni punon sipas programeve të miratuara për ndjekjen e kujdesit antenatal, neonatal dhe post partum. Nëse Institucioni nuk i mbulon vetë këto shërbime atëherë ai i referon këto në institucione të specializuara.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 5. PROGRAMI I INTEGRUARA I TRAJTIMIT TË INFEKSIONEVE RESPIRATORE (IMCI).
Përmbajtja	Institucioni punon sipas programeve të miratuara për trajtimin e infeksioneve respiratore të fëmijëve të vegjël. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 6. IMUNIZIMI
Përmbajtja	G. 6. 1. Institucioni ndjek programet e shëndetit publik për imunizimin që janë miratuar nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka një sistem rutinë për identifikimin e fëmijëve që nuk janë vaksinuar ose nuk kanë ndjekur programin e tyre të imunizimit. (pesha 4)
	Institucioni kontakton familjarët dhe përpiqet të lehtësojë vaksinimin e fëmijëve. Institucioni ka një proces formal të edukimit të prindërve për imunizimin e nevojshëm të fëmijëve.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 6. 2. INSTITUCIONI KA PROGRAM EDUKIMI PËR PRINDËRIT LIDHUR ME PARANDALIMIN E AKSIDENTEVE TË FËMIJEVE NËN MOSHËN 5 VJEÇARE.
Përmbajtja	Institucioni ka program edukimi për prindërit lidhur me parandalimin e aksidenteve në shtëpi në grup moshën 2-5 vjeçare. (pesha 1)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G. 6.3. INSTITUCIONI NJEH DHE ZBATON PROGRAMET KOMBËTARE LIDHUR ME INSUFICIENCEN JODIKE TË POPULLATËS.
Përmbajtja	Institucioni ka një program që njeh rekomandimet kombëtare lidhur me insuficiencën jodike në popullatë. (pesha 3)

Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	G . 7. PLANIFIKIMI FAMILJAR
Nën standardi	G. 7. 1 Institucioni punon sipas standardeve të rekomanduara dhe të miratuara të planifikimit familjar. (pesha 2)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	G. 7. 2. INSTITUCIONI KA PROGRAM PËR PARANDALIMIN E KANCERIT TË GJIRIT DHE TË QAFËS SE MITRËS
Përmbajtja	Institucioni ka programin për ekzaminim periodik gjinekologjik të grave asimptomatike, përfshirë Pap testin. (pesha 1)
	Institucioni ka programin për edukimin e grave mbi rëndësinë e ekzaminimeve periodike gjinekologjike dhe të Pap testit. Institucioni ka një sistem rutinë për të ofruar depistim për kancerin cervikal përmes ekzaminimeve gjinekologjike dhe Pap testit. Programi përfshin një orar specifik për informimin dhe edukimin e femrave seksualisht aktive.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI H	H. SHËRBIMET MBËSHTETËSE
Standardi	H. 1. SHËRBIMI I URGJENCËS
Nën standardi	H. 1. 1 Ekziston një sistem i strukturuar, organizuar dhe funksional për shërbimin e urgjencës 24 orësh (pesha 4)
Përmbajtja	Ekziston një sistem i strukturuar, organizuar dhe funksional për shërbimin e urgjencës 24 orësh. Institucioni siguron dhe garanton praninë e personelit të kualifikuar për 24 orë çdo ditë. Numri i personelit të caktuar duhet t'i plotësojë kërkesat e fluksit të rasteve në shërbimin e urgjencës.
Elementi 1	1. Trajtimi i urgjencave të zakonshme 1.1 Ofrimi i ndihmës së parë nga personeli shëndetësor i kualifikuar për vlerësimin dhe trajtimin e problemeve të urgjencës – kontakt me telefon ose me personin direkt: <ul style="list-style-type: none"> • Ofrim i kujdesit në Institucionin (QSH) me shërbim pa ndërprerje (24 orë)¹; • Ofrim i kujdesit në Instiucionin (QSH) me shërbim me ndërprerje (8 orë); • Ofrim i kujdesit jashtë Institucionit (QSH-së). ¹ Institucioni (Q. Sh) që ofrojnë shërbim 24 orë përcaktohen me marrëveshje midis MSH dhe FDSKSH
1. Trajtimi i urgjencave të zakonshme	
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	H. 1.2. Mjekët në institucion shëndetësor kanë trajnimin e duhur lidhur me kujdesin e rasteve urgjente. (pesha 3)
Përmbajtja	Bëhet fjalë veçanërisht për ndihmën e parë, stabilizimin dhe referimin e pacientëve në institucionet e specializuara

	<p>Një nga aspektet më të rëndësishme të ofrimit të kujdesit urgjent në nivelin e Qendrës së Mjekësisë Familjare është të ketë personel të trajnuar me njohuri të stabilizimit dhe të referimit të pacientëve në institucione të duhura kur të paraqitet nevoja. Personeli i shërbimit të urgjencës duhet të trajnohet për teknikat e ndihmës së parë, menaxhimin, identifikimin dhe referimin e rasteve urgjente. Institucioni ka një program për zhvillimin e vazhdueshëm profesional (tani e tutje ZHVP) për të siguruar që të gjithë ata që janë caktuar në dhomën e urgjencës të kenë trajnim të duhur kur të punësohen dhe të kenë kurse rifreskimi gjatë gjithë kohës.</p>	
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor	
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)	
Standardi	H. 1.3. INSTITUCIONI KA MARRËVESHJE TË SHKRUAR LIDHUR ME TRANSPORTIN E RASTEVE URGJENTE.	
Përmbajtja	<p>Të gjitha institucionet shëndetësore kanë një marrëveshje të shkruar për mënyrën e transportimit dhe referimit të rasteve urgjente. (pesha 3)</p> <p>Marrëveshja siguron që institucioni (autoambulanca) apo mjete është e pajisur mirë dhe ka personel të mjaftueshëm.</p>	
Elementi 1	Pajisjet e institucionit (autoambulancës) bazë (modeli B)	
	Institucioni (Autoambulanca)	Pajisjet
	Modeli B	Kapëse për ndalimin e gjakut Aparat tensioni Barelë Mbajtës barele Allçi Manikotë qafe Dërrasë për shtyllën kurrizore AMBU Kanjulë Kanjula Guedel Bombol oksigjeni Aspirator portativ Çantë me bandazhe Set për djegie Çarçaf
	Pajisjet e institucionit (autoambulancës) së përparuar (Modeli A)	
Institucioni (Autoambulanca)	Pajisjet	
Modeli A	Defibrilator me monitor Pulsoksimetër Kapëse për ndalimin e gjakut Aparat tensioni Pajisje IV Mbajtës barele Narelë Allçi Manikotë qafe Dërrasë për shtyllën kurrizore Ventilator automatik AMBU	

		Kanjula Guedel Bombul oksigjeni ET Aspirator portabël Çantë me fasho Allçi Set i djegies Set kardiovaskular Seti drenazhit torakal Set Folei Çarçaf Çantë me medikamente
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor	
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)	
Standardi	H. 1. 4. INSTITUCIONI KA NJË PLAN EMERGJENCE QË TË PËRBALLOJË SHUMË PACIENTË NË TË NJËJTËN KOHË, SIÇ ËSHTË RASTI GJATË KATASTROFAVE NATYRORE.	
Përmbajtja	Institucioni ka një plan eficient të emergjencës gjatë situatave të jashtëzakonshme. (pesha 2)	
	Plani duhet t'i mundësojë shërbimit të urgjencës që të merret me katastrofat dhe të përballojë shumë raste emergjente në të njëjtën kohë. Kjo duhet të përfshijë në minimum: Një listë të emrave të ekipit të gatshëm, përfshirë mjekët, infermierët. Një listë tjetër e emrave duhet të jetë e pranishme në rast se anëtarët e ekipit nuk mund të mbërrijnë brenda kësaj kohe. Një listë të institucioneve (qendrave) referuese. Një plan për të mobilizuar personelin e institucionit dhe për të shpërndarë përgjegjësitë mes tyre.	
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor	
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)	
Standardi	H. 2. LABORATORI DHE TESTET DIAGNOSTIKUESE	
Nën standardi	H. 2. 1 Institucioni i kujdesit parësor ka marrëveshje dy paleshe mirëkuptimi me laboratorin/apo laboratorët. Institucioni i kujdesit parësor punon me laboratorë mundësisht të akredituar. (pesha 3)	
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor	
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)	
Nën standardi	H. 2. 2. Të gjitha analizat që realizohen në laborator janë të dokumentuara në kartelën e pacientit (pesha 3)	
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor	
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)	
Nën standardi	H. 2. 3. Gjatë korrespondencës me laboratorin ruhet fshehtësia e të dhënave të pacientit. (pesha 3)	
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor	
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)	

Nën standardi	H. 2. 4. Testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën kryhen në mënyrën dhe kohën e duhur. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	H. 2. 5. Kur një qendër nuk mund të ofrojë testet e nevojshme që kërkohen, ajo referon pacientin në qendrën ku mund t'i ofrohet kujdes i përshtatshëm. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	H. 2. 6. Personeli informon pacientin për nevojat për teste eventuale dhe alternativat. Çdo pacienti i ofrohen testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën e tij sipas gjendjes mjekësore dhe nevojave të tij individuale (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	H. 3. RADIOLOGJIA
Përmbajtja	Si publiku ashtu edhe ekipi i institucionit duhet të jenë të mbrojtur nga efektet e rrezatimit jonizues. Nëse pajisja për radiografi ndodhet afër qendrës, të gjithë punonjësit punojnë në përputhje me rregullat shtetërore lidhur me mirëmbajtjen e pajisjeve. Teknikat e përdorura për zhvillimin dhe përpunimin e radiografive sigurojnë vlera diagnostike maksimale dhe doza minimale rrezatimi. (pesha 3)
	<p>Për arritjen e këtij standardi të kihet parasysh sa më poshtë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mundësi për të bërë radiografinë në qendrën shëndetësore. • Protokolle që ndiqen për realizimin e radiografisë. • Pajisjet e rrezatimit X kontrollohen dhe çertifikohen, bazuar në legjislacionin në fuqi. • Personeli përgjegjës për kryerjen e radiografisë trajnohet sipas rregullores dhe kursi i trajnimit dokumentohet. • Institucioni ka ekran radiografik ose ekran monitorizues (nëse radiografitë prodhohen në mënyrë digitale), i cili është në vend të përshtatshëm për t'u parë nga klinicisti. • Institucioni ka një plan të emergjencës në rast mosfunksionimi të pajisjeve rrezatuese. <p>Shënim. Në rast se institucioni i kujdesit parësor nuk ka pajisje radiografike, këto nën-standarde të përmendura më sipër nuk janë të aplikueshme.</p>
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	H. 4. Farmacia dhe Barnat
Nën standardi	H. 4. 1. Institucioni (Qendra) ka dhe një listën e barnave të rimbursueshme nga FSDKSH (tani e tutje LB) që njihet dhe përdoret nga të gjithë mjekët. (pesha 4)
Përmbajtja	Institucioni ka në dispozicion listën e barnave të aprovuara nga FSDKSH. Një kopje e LB gjendet në secilën dhomë të ekzaminimit. Institucioni informon periodikisht mjekët për ndonjë ndryshim në LB. Të gjithë mjekët në praktikën klinike janë të pajisur me LB kur bëjnë përshkrimin e tyre.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor

Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	H. 4. 2. INSTITUCIONI KA NJË RREGULLORE TË PRANUESHME LUDHUR ME PËRDORIMIN E ANTIBIOTIKËVE
Përmbajtja	Institucioni është përgjegjës për ofrimin e trajnimeve për të edukuar personelin e tij lidhur me rregulloren e pranishme për përdorimin e antibiotikeve. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI J	J. PËRMIRËSIMI I CILËSISË DHE SIGURISË
Standardi	J. 1. 1 INSTITUCIONI KA NJË KOMITET PËR PËRMIRËSIMIN E VAZHDUESHËM TË CILËSISË DHE SIGURISË SË PACIENTËVE
Përmbajtja	Për të përmirësuar cilësinë dhe për të minimizuar rreziqet, institucioni ka një komitet që vlerëson cilësinë, sigurinë dhe performancën e vet dhe në bazë të rezultateve përcakton drejtimit e përmirësimit. (pesha 3)
	Ky komitet shërben edhe për vetë-vlerësim, i cili është i planifikuar e periodik dhe ushtrohet lidhur me strukturën, procesin dhe rezultatet e kujdesit. Institucioni grumbullon, sistemon dhe analizon të dhënat e dala nga matjet e cilësisë dhe performancës dhe i krahason ato me institucionet si- motra për të njohur dhe përvetësuar shembullin më të mirë.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	J. 1. 2 Institucioni ka vizion dhe strukturë për të ndjekur përmirësimin e cilësisë. (pesha 2)
Përmbajtja	Institucioni ka një dokument të shkruar për vizionin dhe objektivat. Përbërja e komitetit është e shkruar. Anëtarët janë përfaqësues nga radhët e mjekëve, infermierëve dhe administratës.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	J. 1. 3. Ka koordinator të ngarkuar të emëruar për përmirësimin e cilësisë, sigurisë së kujdesit shëndetësor. (pesha 2)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	J. 1. 4. Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor. (pesha 2)
Përmbajtja	Plani përfshin: Kriteret për vendosjen e prioriteteve; Përshkrimin e metodologjisë që do të përdoret; Përshkrimin e masave vepruese; Monitorimin e rezultateve.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	J. 1.5. Ka një rregullore të shkruar për regjistrimin dhe raportimin e gabimeve dhe incidenteve. (pesha 3)
Përmbajtja	Këtu përfshihen: Lista e incidenteve që duhet të raportohen. Personat përgjegjës për fillimin e procedurës së raportimit.

	Si, kur dhe kush do të hulumtojë incidentet. Mësimet e nxjerra masat për korrigjime.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	J. 1. 6. Institucioni ka udhëzues klinik dhe protokolle të bazuara të praktikës më të mirë për gjendjet më të shpeshta klinike. (pesha 3)
Përmbajtja	Personeli shëndetësor është trajnuar në lidhje me udhëzuesit dhe protokollet dhe i zbaton ato në praktikën e punës.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Nën standardi	J. 1. 7. Institucioni mbikëqyr cilësinë e shërbimeve mjekësore duke mbledhur, sistemuar dhe analizuar të dhënat. (pesha 3)
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	J. 2. ANALIZA E RASTEVE DHE REZULTATEVE
Përmbajtja	Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë së punës dhe për analizën e rasteve në grup. (pesha 3)
	Institucioni ka sistemin për të shqyrtuar kujdesin ndaj pacientit. Institucioni ka planin e qartë për të shqyrtuar kujdesin ndaj pacientit që përfshin: një listë të aktiviteteve të veçanta (takime, seminare, shqyrtime të dosjeve, etj.), frekuencën e aktiviteteve të tilla, procedurat e përdorura në shqyrtim dhe mekanizmin për të shpërndarë konkluzionet që janë nxjerrë në institucion. Sistemi përfshin Takimet e shqyrtimit të rasteve kryesore të ndërmarra nga personeli mjekësor për të shqyrtuar rastet e zgjedhura që kanë tendencë përkeqësimi, ose janë me rrezik të lartë (së paku një takim në muaj). Rishqyrtimi kolegjal i modelit të kartelës mjekësore të pacientit për të siguruar që ofruesit e shërbimeve shëndetësore pajtohen me udhërrëfyesit klinikë për shërbimet që ofrohen në institucion. Rishqyrtimi duhet të ekzaminojë përshtatshmërinë e diagnozës dhe planit të trajtimit. Bëhen vizitat ditore për pacientët për të shqyrtuar dhe vlerësuar prognozën. Shqyrtimi i kartelave mjekësore mbi vdekshmërinë dhe rrezikun e lartë për morbiditet.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
KAPITULLI K	K. OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE
Standardi	K. 1. PARANDALIMI I SËMUNDJEVE
Përmbajtja	Institucioni ka rregullore dhe procedura për masat për parandalimin e sëmundjeve që përballon Institucioni (pesha 2)
	Institucioni ka dokument të shkruar për mënyrën e parandalimit të sëmundjeve apo gjendjeve më të shpeshta, të cilin e ka hartuar duke u bazuar në të dhënat e analizuar nga sistemi i vetë informimit shëndetësor.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	K. 2. VAZHDIMËSIA E KUJDESIT
Përmbajtja	Institucioni ka rregullore dhe procedura për vazhdimësinë e kujdesit. (pesha 1)
	Institucioni ka dokument të shkruar për mënyrën e ndjekjes së pacientëve sidomos atyre kronike, duke u bazuar në të dhënat e analizuar nga sistemi i vet i informimit shëndetësor.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor

Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)
Standardi	K. 3. SISTEMI I REFERIMIT
Përmbajtja	Institucioni ka dhe zbaton rregullore dhe procedura të shkruara për mënyrën e referimit të pacientëve në institucionet e tjera. (pesha 3)
	Të gjithë pacientët kur mjeku e quan të nevojshme referohen në institucionet (qendra) kompetente. Sistemi i referimit përfshin në minimum: Identifikimi i vend-ndodhjeve të institucioneve (qendrave) në të cilat pacientët referohen sipas tipit të shërbimit. Sistemi i raportimit të dyanshëm, mirë i përcaktuar në mes të institucioneve në të cilat pacientët referohen. Një listë të gjendjeve/sindromave që kërkojnë referim bazuar në udhërrëfyesit klinike.
Aplikimi	Në të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor parësor
Vlerësimi	Pikët: 1- (mos përputhje), ose 2-(pjesërisht përputhje), ose 3-(përputhje e plotë)

REFERENCAT

Libri “Standardet e cilësisë për akreditimin e institucionit të kujdesit shëndetësor parësor” Standardi shqiptar versioni i parë;

Ligj Nr. 10 107, Datë 30.03.2009, Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë;

Nr. 08/2017 Organizimi, struktura, përcaktimi i shërbimeve dhe veprimtarisë së Institucioneve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH, Kosovë, Shëndetësi)

Paketa e Shërbimeve Shëndetësore, në Kujdesin Shëndetësor Parësor Publik, që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, FSDKSH.

SISTEMI I VLERËSIMIT TË STANDARDEVE

STANDARDET	STANDARDI	Pesha	MAX	PIKËT e Vetëvlerësimit I-rë	PIKËT e Vetëvlerësimit të II-të	TOTALI	% E Pikëve totale	Pikët e vlerësimit të jashtëm
A. INFRASTRUKTURA E INSTITUCIONIT	A							
MJEDISI, PAJISJET DHE APARATURAT	A.1.	3	9					
MJEDISI I INSTITUCIONIT APO PRAKTIKËS SË KUJDESIT PARËSOR	A.1.1.	3	9					
Struktura e jashtme dhe e brendshme e institucionit janë të përshtatshme për shërbimet që u ofrohen pacientëve dhe ka një sistem për orientimin e tyre në institucion. Institucioni dhe oborri përreth janë të përshtatshëm për popullatën që e shfrytëzon dhe për natyrën e shërbimeve që ofrohen.								
Të gjitha ndërtesat të jenë të pastra, të rregullta, funksionale dhe me ndriçim të mirë. Institucioni të ketë ujë të ngrohtë dhe të ftohtë. Të ketë hapësirë dhe pajisje të përshtatshme. Sipërfaqja përreth institucionit (qendrës) e pastër. Ndërtesa (ndërtesat) të jenë të lyera jashtë. Muret e ndërtesave nuk kanë çarje dhe nuk kanë dritare të thyera. Komforti i pacientit është siguruar në dhomat e institucionit, dhomat e ekzaminimit dhe hapësirat e pritjes. Shkallët janë në gjendje të mirë. Kanalizimi i sigurt.								
STANDARDI I INFRASTRUKTURËS FIZIKE, LISTA E PAJISJEVE NË INSTITUCION Ndërtesat dhe mjediset duhet të jenë në gjendje të mira dhe të ndërtuara me materiale dhe në mënyrë të tillë që të sigurojnë një nivel të mjaftueshëm të higjienës. Standardi i infrastrukturës fizike përfshin:								
1. Ujë të ngrohtë dhe të ftohtë;								
2. Energji elektrike;								
3. Sistem ngrohje;								
4. Telefon/celularë;								
5. Kompjuter;								
6. Printer;								
7. Konsultor të gruas;								
8. Konsultor të fëmijës;								
9. Dhomë pritjeje për pacientët;								
10. Dhomë diagnostikimi dhe konsultimi për të rriturit;								
11. Dhomë diagnostikimi dhe konsultimi për fëmijët								
12. Shenjë që tregon vendosjen e institucionit								
13. Shenjë që tregon orarin e punës në institucion								

Kriteret për Kushtet tekniko-higjienike									
1.1 Ndërtesa në të cilën gjenden hapësirat për kryerjen e aktiviteteve dhe shërbimeve shëndetësore duhet të plotësojë kërkesat që rrjedhin nga zbatimi i Kushteve Teknike të Projektimit (KTP) dhe Kushteve Teknike të Zbatimit (KTZ) të Republikës së Shqipërisë, themelore për ndërtim dhe kërkesat e tjera që kanë të bëjnë në veçanti me normat e projektimit:									
1.1.1 Rezistenca mekanike dhe stabiliteti,									
1.1.2 Mbrojtja nga zjarri, Me fikse të lëvizshme min 3 copë me 5-7 litra secila.									
1.1.3 Higjiena, shëndeti dhe mbrojtja e mjedisit, të realizohet dhe të disiplinohet rrjeti kanalizimeve të ujërave të zeza nga objekti deri në kolektorin kryesor, ose në pamundësi të këtij të realizohet me gropë septike me kapacitet 3-5 m ³									
1.1.4 Siguria, Me zgara metalike + kamera vëzhguese.									
1.1.5 Mbrojtja nga zhurma									
1.2 Ndriçimi (natyror + artificial) 250 -500 lux në klinikë dhe laborator, hapësirat e tjera të punës 70-100 lux, në korridore dhe shkallë 40 lux;									
1.3 Dyert, dritaret, muret, dyshemeja të realizohen me sipërfaqe të rrafshta, të lehta për pastrim dhe të qëndrueshme;									
1.4 Dritaret të mundësojnë depërtimin e rrezeve të dritës, të mund të pastrohen lehtë, të jenë me dy kanata të hapshme dhe sopralluce për ajrim;									
1.5 Të realizohen detajet ndërtimore për personat me aftësi të kufizuara PAK si pamundësi e hyrjes në objekt, korimantot horizontale, etj;									
1.6 Dhomat e ekzaminimit të pacientëve, intervenimit, tualetet, duhet të kenë lavaman me ujë të ftohtë dhe të ngrohtë (uji i ngrohtë realizohet nga montimi i bojlerëve 10-12 litra/ boljer 80 litra), sapun të lëngshëm, dizinfektantë, letër duarsh, tharëse të duarve; Pjatë dushi + grup për tipe T-1 T-2 të Institucionit (Q. Sh).									
1.7 Hapësirat për magazinimin e mbetjeve spitalore; Djegës metalik;									
1.8 Emërtimi dhe tabelat informuese (sinjalistika) si dhe kutia e përshtypjeve dhe opinioneve të shfrytëzuesve të shërbimeve.									
1.9 Furnizim me ujë të pijshëm 24/7 nga rrjeti, plus dhe me sistem rezervuari. Furnizimi me ujë i objektit nga linja më e afërt deri tek matësi i ujit në fasadën e objektit, përcaktohen dhe realizohen nga institucionet vendore Bashkia apo Njësia Administrative.									
1.10 Njësia Administrative nëpërmjet kontratave me OSHEE-në garantojnë dhe furnizimin me energji elektrike të objektit;									
1.11 Njësia administrative në prioritet e saj(tyre) për infrastrukturën rrugore përparësi ka për rrugën që lidh institucioni (Q. SH/Ambulancat) me rrugën kryesore më të afërt									
1.12 Rrethimi i objektit i realizuar me ½ e lartësisë me mure të lehtë + ½ e lartësisë me rrjeta metalike xingat ose me kangjella të lehta metalike, për të dy rastet me H = 1.8 m dhe derë hyrëse me kanat me gjerësi 120-150cm.									
LISTA STANDARTE E PAJISJEVE MJEKËSORE									
1. Seti i mikrokirurgjisë;									
2. Nebulizator;									
3. Ambu;									
4. Dritë e fortë /portabël;									

5. Spekulum nasal;									
6. Otoskop;									
7. Oftalmoskop;									
8. Glukometër;									
9. Matës i volumit maksimal (peak flow metër);									
10. Stilolaps me dritë;									
11. Çekiç për reflekset;									
12. Peshore për të rritur;									
13. Peshore për fëmijë;									
14. Peshore për foshnjat dhe fëmijët e vegjël deri 2 vjeç;									
15. Peshore për fëmijët e rritur (mbi dy vjeç);									
16. Matës gjatësie, dërrasa e gjatësisë për foshnjat dhe fëmijët e vegjël (infantometer);									
17. Stadiometër për fëmijët e rritur;									
18. Poster me kurbat e rritjes;									
19. Aparat tensioni për fëmijë;									
20. Stetoskop për fëmijë;									
21. Aparat tensioni për të rritur;									
22. Stetoskop për të rritur;									
23. Stetoskop obstetrikal;									
24. Shina për frakturat;									
25. Pajisje për sterilizim/protokoll antiseptik;									
26. Frigorifer;									
27. Frigorifer vaksinash/portabël;									
28. Termometër;									
Ndarja e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) sipas Tipit									
A/ Institucioni (Qendra Shëndetësore) e tipit T-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 105 m ² është projektuar për dhënie e shërbimit shëndetësor për një komunitet me mbi 4000 banorë dhe personelin mjekësor Janë parashikuar dy ambiente për të shërbyer dy mjek/e familje të përgjithshëm, një ambient për mjek/e për kujdesin nëna-fëmija(konsultim dhe vizita), një ambient injeksioni dhe mjekimi, si dhe shërbimi farmaceutik, në ambientet e projektuara bëjnë dhe ambientet tjera dytësore (ndihmëse), si amb. pritje, tualet, impianti për djegien e mbetjeve mjekësore, sistemi i furnizimit me ujë 24 orë (nga rrjeti dhe rezervuar ditor 500- 1000 litra), etj.									
B/ Institucioni (Qendra shëndetësore) e tipit T-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 68 m ² , dhe është projektuar të ofrojë shërbim shëndetësor për një komunitet me rreth 2000 banorë. Janë të projektuara në këtë tip: një ambient për mjek/e familje, një ambient për mjek/e konsultor nëna –fëmija , një ambient injeksionesh dhe mjekimi, si dhe ambientet e tjera ndihmëse si tek tipi t-1.									
b/ Institucioni (Ambulancë) e tipit A-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 34 m ² dhe ndëtohet në fshatrat me popullsi 500 deri 1000 banorë. Ambientet e shërbimit janë: një ambient për mjek/e familje (vizita) dhe një ambient për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse									

c/ Institucioni (Ambulancë) e tipit A-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 20 m ² dhe ndërtohen në fshatrat me popullsi deri 500 banorë. Ky tip insitucioni (ambulance) ka vetëm një ambient kryesisht për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse.									
Institucioni ka orenditë kryesore, dhoma konsultimi të pajisura mirë si dhe korridor pritje me një hapësirë relaksi dhe komforti me ndenjëse (karrige, kolltukë) të veçanta për pacientët (adultët) dhe për fëmijë.	A.1. 2.	3	9						
Inventari i pajisjeve mjekësore dhe teknike									
1.1 Inventar orendi mobilim në dhomën e konsultimit									
Tavolinë e punë,									
Karrige për mjekun me mekanizëm lëvizës,									
Pajisje IT,									
Karrige rrotulluese për pacientin,									
Varëset për garderobë,									
Telefoni,									
Shtrat për egzaminimin e pacientit me parvaz,									
Tavolina për kontrollin e foshnjave,									
Dollap për pajisje dhe material shëndetësor,									
Shportën për mbeturina.									
1.2 Pajisjet themelore mjekësore në dhomën e konsultimit									
Aparat për matjen e tensionit me mansheta të madhësive të ndryshme,									
Stetoskop,									
Fetoskop,									
Pulsoksimetër i gishtit,									
Peakflowmetër,									
Pajisje për inhalacion,									
Peshore dhe pajisje për matjen e gjatësisë për të rritur dhe fëmijë,									
Grafik të rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve deri në moshën 5 vjeçare,									
Reflektor në shtyllë,									
Negativoskop,									
Otoskop,									
Oftalmoskop,									
Pasqyrë laringeale për laringoskopi indirekte,									
Pirun akustik,									
Termometër,									
Tabela për kontrollin e shikimit,									
Spekulumet për hundë,									
Metër i butë,									
Spatula për kontrollin e fytit,									
Enët për spatula e pastra dhe të përdorura,									
Bateri e dorës,									

Çekani neurologjik,									
Çanta e mjekut.									
Institucioni ka pastërti të lartë në të gjitha hapësirat.	A.1.3.	4	1	2					
Institucioni ka pastërti të lartë në të gjitha hapësirat, veçanërisht në ambientin ku kryhen trajtimet klinike dhe në bllokun e sterilizimit. Instrumentet dhe materialet vendosen në vende të veçanta, në kontenerë/kosha që nuk mbajnë pluhur dhe larg pacientëve.									
Dhoma ose korridor i pritjes ka materiale ilustrative dhe informative për edukimin e pacientit.	A.1.4.	2	6						
Për pacientët me pamundësi fizike vihet në dispozicion ndenjese apo karroca adekuate. Nëse institucioni nuk është në gjendje që të ofrojë një hyrje të përshtatshme pacientëve me aftësi të kufizuara, ekziston një informacion i posaçëm në dispozicion për pacientët (përmes një broshure informative që mund të jetë i disponueshëm në atë klinike, website etj.) i cili ofron apo rekomandon institucionit alternative ku mund të realizohet ky shërbim specifik.	A.1.5.	3	9						
Institucioni ka tualete të veçanta për pacientët.	A.1.6.	3	9						
A. 1. 7. KATEGORIA INFRASTRUKTURA	A.1.7.	3	9						
Institucioni (Qendra) ka një plan për mirëmbajtjen, parandalimin dhe riparim për ndërtesën dhe pajisjet mjekësore. Institucioni ka një buxhet për mirëmbajtje, si pjesë e menaxhimit të tij vjetor. Buxheti për mirëmbajtje mbulon dy fusha: mirëmbajtjen e ndërtesave dhe mirëmbajtjen e pajisjeve mjekësore. Buxheti për mirëmbajtje ka një përqindje të arsyeshme nga buxheti vjetor.									
ELEMENTE TË STANDARDIT									
1. Ka një sistem të qartë informimi për problemet dhe kërkesat e mirëmbajtjes.									
2. Institucioni ka të kontraktuar shërbimin e mirëmbajtjes me një inxhinier apo një firmë të mirëmbajtjes.									
3. Kontrata specifikon kohën për mirëmbajtjen dhe një sistem për përgjigjen dhe rregullimin në kohë të problemeve me pajisjet.									
4. Së paku çdo tre muaj, personeli për mirëmbajtjen e ndërtesës apo personeli i kontraktuar, verifikon funksionimin korrekt të rubineteve, tualeteve, radiatorëve dhe rrjedhjes së ujërave të zeza.									
5. Çdo tre muaj, personeli i mirëmbajtjes apo stafi i kontraktuar bio-mjekësor verifikon funksionimin korrekt të gjitha pajisjeve mjekësore në institucion.									
6. Institucioni ka sistemin për raportimin me kohë të problemeve të mirëmbajtjes, përgjigje dhe riparimin me kohë të këtyre problemeve.									
PAJISJET MJEKËSORE PËRFSHIRË EDHE BARNAT NËN STANDARDI	A.2.								
Institucioni i kujdesit parësor ka pajisjet bazë për funksionimin e tij duke përfshirë edhe pajisjet për ndihmën e shpejtë dhe të emergjencës.	A.2.1.	5	1	5					
Institucioni ka një listë-inventar të gjithë medikamenteve duke përfshirë edhe barnat e emergjencës. Në listë përfshihet se çfarë medikamentesh duhet të gjenden në çantën e doktorit në çdo kohë dhe barnat e çantës së doktorit janë të plota e ato nuk janë të skaduara. Ato janë të ruajtura mirë (mund të preken nga fëmijët dhe pacientët).	A.2.2.	4	1	2					
Institucioni ka një frigorifer për medikamentet që duhet të ruhen në temperaturë 2-10 gradë.	A.2.3.	3	9						
Institucioni ka mjete (sapunë, detergjente, peshqirë apo pajisje tharëse) për larjen/tharjen e duarve në çdo dhomë konsultative apo ekzaminuese.	A.2.4.	3	9						

PAJISJET JOMJEKËSORE	A.3.							
Institucioni ka sistem telefonik për tu lidhur brenda dhe jashtë tij.	A.3.1	3	9					
Institucioni ka të paktën një kompjuter për stafin. Të gjithë kompjuterët janë të mbrojtur nga ndërhyrjet e njerëzve të huaj (me fjalëkalim e antivirus). Institucioni ka lidhje me internet.	A.3.2.	3	9					
ORARI I SHËRBIMIT	A 4							
Institucioni ka një sistem për caktimin e kohës ekzakte të vizitës. Pacientët mund të kontaktojnë institucionin edhe në telefon. Pacientët që kontaktojnë institucionin jashtë orarit zyrtar, kanë mundësi për të marrë shërbimin përkatës sipas rregullores së menaxhimit të këtyre rasteve. Stafii klinik bën vizita në shtëpi për pacientët e pamundur fizikisht ose që nuk mund të ecin.	A.4.1.	3	9					
Personeli i receptionit është i trajnuar për të njohur rastet urgjente dhe për të reaguar profesionalisht.	A.4.2.	3	9					
Ka një tabelë jashtë ndërtesës së institucionit (praktikës), e cila tregon orarin e punës dhe institucionet ku mund të merret shërbimi pas orarit zyrtar.	A.4.3.	3	9					
RREGULLI NË INSTITUCION	A.5.							
Ka drejtues për secilin repart, departament, njësi mjekësore/administrative	A.5.1.	2	6					
							4/28 (14.8 %)	
BURIMET NJERËZORE	B							
Institucioni punon sipas legjislacionit, rregulloreve dhe urdhrave administrative përkatës të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka dokumente për planifikimin e burimeve njerëzore, dokumentet e kontratave dhe CV-të e punonjësve. Institucioni përcakton detyrat e punonjësve dhe siguron kushte të punës ekipore.	B.1.	3	9					
Kriteret për përcaktimin e burimeve njerëzore sipas ndarjes dhe tipit të institucioneve (qendrave shëndetësore):								
Mesatarisht, çdo institucion (QSH) i shërben një popullate prej 8,000–10,000 vetash (kjo shifër luhetet ndjeshëm në zonat urbane dhe rurale), duke patur një raport mjek/pacient rreth 1 me 2500 dhe raport infermiere/pacient rreth 1 me 400 banorë. ²								
Ministria e Shëndetësisë Për Institucionet (Qendrat) e Njësive vendore (ish Komunitat) Ministria e Shëndetësisë ka të miratuara dhe aplikon ndërtimin e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) të standarde të tipit T-1 dhe T-2, ndërsa në fshatrat në përbërje të këtyre njësive, ka miratuar ndërtimin e Institucioneve (Ambulancave) të tipit A-1 dhe A-2. Tipet e lartpërmendura aplikohen në bazë të disa kriterëve si: numri i popullatës ku ofrohet ky shërbim, mundësi për garantimin e personelit shëndetësor mjek dhe infermier të nevojshëm etj. Numri i popullatës llogaritet në kufijtë nga min. 500 banorë dhe max. 4000-8000 banorë.								
Ndarja e Institucioneve (Qendrave Shëndetësore) sipas Tipit								

A/ Institucioni (Qendra Shëndetësore) e tipit T-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 105 m ² është projektuar për dhënie e shërbimit shëndetësor për një komunitet me mbi 4000 banorë dhe personelin mjekësor. Janë parashikuar dy ambiente për të shërbyer dy mjek/e familje të përgjithshëm, një ambient për mjek/e për kujdesin nëna- fëmija(konsultim dhe vizita), një ambient injeksioni dhe mjekimi, si dhe shërbimi farmaceutik, në ambientet e projektuara bëjnë dhe ambientet tjera dytësore (ndihmëse), si amb. pritje, tualet, impianti për djegjen e mbetjeve mjekësore, sistemi i furnizimit me ujë 24 orë (nga rrjeti dhe rezervuar ditor 500- 1000 litra), etj.								
B/ Institucioni (Qendra shëndetësore) i tipit T-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 68 m ² , dhe është projektuar të ofrojë shërbim shëndetësor për një komunitet me rreth 2000 banorë. Janë të projektuara në këtë tip: një ambient për mjek/e familje, një ambient për mjek/e konsultor nëna –fëmija , një ambient injeksionesh dhe mjekimi, si dhe ambientet e tjera ndihmëse si tek tipi t-1.								
b/ Institucioni (Ambulancë) i tipit A-1 ka një sipërfaqe ndërtimi 34 m ² dhe ndëtohet në fshatrat me popullsi 500 deri 1000 banorë. Ambientet e shërbimit janë : një ambient për mjek/e familje (vizita) dhe një ambient për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse.								
c/ Institucioni (Ambulancë) i tipit A-2 ka një sipërfaqe ndërtimi 20 m ² dhe ndëtohet në fshatrat me popullsi deri 500 banorë. Ky tip insitucioni (ambulance) ka vetëm një ambient kryesisht për injeksione dhe mjekime, si dhe ambientet ndihmëse.								
Ka një program edukimi të vazhdueshëm profesional të të punësuarve në institucion.	B.2.							
Institucioni ka një program të edukimit të vazhdueshëm profesional të gjithë kadrove. Në këtë program përcaktohen drejtimit për përgatitjen edukative-arsimore, zotësitë profesionale dhe edukimin e nevojshëm për secilën kategori të punësuarve në institucion. Personeli mjekësor merr pjesë në ngritjen e kualifikimit të tij. Ndërkaq secili punonjës ka një dosje personale të edukimit të vazhdueshëm profesional, i cili është në përputhje me programin e edukimit të vazhdueshëm profesional të miratuar nga autoritetet kompetente për të ndihmuar në procesin e rilicënsimit dhe ricertifikimit.	B.2. 1.	3	9					
Ekziston një program dhe mekanizma për matjen e kënaqësisë së personelit.	B.3.							
Ka një program dhe mekanizma për të matur dhe regjistruar kënaqësisë në punë të gjithë personelit të vet, dhe marrë masa për analizimin e situatës dhe përmirësimin e atmosferës së mirë ekipore në punë. Institucioni kujdeset për ngritjen e qëndrueshme të kualifikimit të personelit. Personeli është i shkolluar në drejtimin e dhënies së ndihmës së shpejtë. Punonjësit organizojnë takime të rregullta.	B.3. 1.	2	6					
							3/28 (10.7 %)	
DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT	C	3	9					
Ka një sistem për grumbullimin dhe dokumentimin e të dhënave dhe indikatorëve shëndetësore. Institucioni/Qendra shëndetësore përdor me efikasitet të dhënat dhe informacionin.								
KARTELA E PACIENTIT	C.1							
Institucioni ka kartelë tip personale për çdo banor të regjistruar ose që i ofron kujdes shëndetësor.	C.1. 1.	2	6					
SAKTËSIA DHE VLEFSHMËRIA E TË DHËNAVE								

Çdo kartelë e pacientit përmban të dhëna të domosdoshme për të bërë identifikimin, vendosjen e diagnozës dhe trajtimin e pacientit.	C.1.2.	3	9					
PLOTËSIMI I SAKTË I KARTELËS								
Kartela siguron që i gjithë informacioni i domosdoshëm për pacientin dhe sëmundjen e tij të jetë i regjistruar dhe plotësimi i të dhënave bëhet sipas të gjithë elementëve të përmbajtura në kartelën tip. Institucioni dhe personeli mjekësor i institucionit kanë përcaktuar me shkrim të kuptueshëm përmbajtjen minimale të të dhënave nga anamneza dhe ekzaminimi fizik i pacientit, që do të regjistrohen në kartelën e pacientit në varësi nga nevojat e pacientit dhe specifikat e shërbimeve të cilat i ofrohen.	C.1.3.	3	9					
REZULTATET E TESTEVE DIAGNOSTIKE Rezultatet e të gjitha testeve diagnostike janë të dokumentuara në kartelën e pacientit. Afatet kohore janë të përcaktuara për rezultatet e testeve urgjente dhe atyre të rutinës.	C.1.4.	3	9					
REGJISTRIMI I DIAGNOZAVE NË KARTELË Të gjitha diagnozat janë të regjistruara në kartelën e pacientit dhe të përditësuara në përputhje me rezultatet e analizave, ekzaminimeve dhe të rivlerësimeve diagnostike	C.1.5.	3	9					
REGJISTRIMI I TRAJTIMIT NË KARTELË I gjithë trajtimi regjistrohet në kartelën e pacientit në momentin e dhënies dhe nënshkruhet nga personi që ka zbatuar trajtimin	C.1.6.	3	9					
INFORMIMI I PACIENTIT PËR SËMUNDJEN DHE MASAT E PROPOZUARA Informacioni i dhënë pacientit për sëmundjen dhe masat e propozuara janë të dokumentuara në kartelë.	C.1.7.	2	6					
PROCEDURAT PËR SHQYRTIMIN E KARTELAVE Institucioni ka procedurën për shqyrtimin e kartelave të pacientëve. Institucioni ka një plan të shkruar për rregulloren dhe procedurën për shqyrtimin e saktësisë së plotësimi të kartelave të pacientëve.	C.1.8.	2	6					
MENAXHIMI I INFORMACIONIT: INSTITUCIONI KA PLAN TË SHKRUAR PËR MENAXHIMIN E INFORMACIONIT TË NEVOJSHËM Institucioni (Qendra) ka rregullore dhe mekanizma për marrjen e informacionit dhe për dhënien e autorizuar të të dhënave jashtë institucionit. Në të përcaktohen nivelet për aksesin e të dhënave dhe informacionit.	C.2.	3	9					
FINANCA DHE BUXHETI Institucioni i ka të shkruara përgjegjësitë e drejtuesit të buxhetit dhe financës. Përgjegjësitë e menaxhimit financiar janë qartësisht të përcaktuara. Institucioni mban të ruajtur në arkiv raportet vjetore të punës. Në të përshkruhen të gjitha procedurat financiare si dhe shpenzimet apo të ardhurat (eventuale).	D	3	9					
							2/28 (7.1 %)	
SIGURIA	E							
SIGURIA E OBJEKTIT DHE MJEDISIT	E.1.							
Institucioni ofron një ambient të parrezikshëm për pacientët dhe stafin.	E.1.1.	4	1 2					
Institucioni ofron një ambient të parrezikshëm për pacientët dhe stafin. Institucioni ka një sistem monitorimi të pajisjeve, mjeteve, shërbimeve si dhe procedurave të punës që promovojnë sigurinë në punë.								
1. Kushtet tekniko-higjienike								

1.1 Ndërtesa në të cilën gjenden hapësirat për kryerjen e aktiviteteve dhe shërbimeve shëndetësore duhet të plotësojë kërkesat që rrjedhin nga zbatimi i Kushteve të Projektimit (KTP) dhe Kushteve Teknike të Zbatimit (KTZ) të Republikës së Shqipërisë, themelore për ndërtim dhe kërkesat e tjera që kanë të bëjnë në veçanti me normat e projektimit:									
1.1.1 Rezistenca mekanike dhe stabiliteti,									
1.1.2 Mbrojtja nga zjarri, me fikse të lëvizshme min 3 copë me 5-7 litra secila.									
1.1.3 Higjiena, shëndeti dhe mbrojtja e mjedisit. Të realizohet dhe të disiplinohet rrejtja e kanalizimeve të ujërave të zeza nga objekti deri në kolektorin kryesor ose në pamundësi të këtij të realizohet me gropë septike me kapacitet 3-5 m ³									
1.1.4 Siguria, me zgara metalike dhe kamera vëzhguese									
1.1.5 Mbrojtja nga zhurma									
Çështjet kryesore të sigurisë me rëndësi të madhe në institucion janë:									
1. Orenditë e sigurta: Orenditë në qendër kontrollohen në mënyrë rutinë për të siguruar që janë të forta/solide, të sigurta për t'u përdorur, pa pjesë të thyera që mund të shkaktojnë lëndim.									
2. Parandalimi i zjarrit: Institucioni ka një sistem për parandalimin e zjarrit që përfshin alarmin për zjarr dhe fikësin e zjarrit.									
3. Ndërtesa është plotësisht funksionale e ajrosur dhe pa lagështi. Në institucion ndodhet një ambient i përshtatshëm me karrige e stola për pacientët.									
4. Institucioni ka sistem të rrjetit elektrik që plotëson standardet e sigurisë për pacientët, personelin dhe klientët.									
Institucioni ka një sistem konform rregullores për menaxhim të mbeturinave, përfshirë materialet e kontaminuar. Mbeturinat e forta të kontaminuara dhe të gjitha pajisjet e kontaminuara me sekrecione njerëzore, jashtëqitje, gjak apo inde të cilat paraqesin rrezik të lartë, grumbullohen në vende të sigurta.	E. 1.2.	2	6						
SIGURIA E PUNONJËSIT SHËNDETËSOR Institucioni ka një program për ruajtjen e shëndetit dhe sigurisë së punonjësve të vet.	E. 2.	2	6						
STERILIZIMI Institucioni ka një sistem adekuat për sigurinë e shërbimeve klinike përfshirë dhe procedurat e sakta për sterilizim.	E.3.	5	15						
KONTROLLI I INFEKSIONIT Institucioni ka një sistem dhe mekanizma për kontrollin e infeksionit.	E. 4.	3	9						
Sipërfaqet e kontaktit lahen mirë dhe pastaj dezinfektohen.	E. 4.1.								
Nëse nevojitet pastrimi paraprak i instrumenteve me duar, atëherë përdoren doreza të forta.	E. 4.2.								
Instrumentat e përdorura hidhen (flaken) ose steilizohen (nëse indikohet) pas çdo përdorimi.	E. 4.3.								
Sterilizimi bëhet me autoklavë.	E. 4.4.								
Në çdo autoklavë vendosen strisho kontrolli , verifikimi për secilin cikël autoklavimi për të parë nëse temperatura e sterilizimit është arritur. Koha e sterilizimit dhe temperatura regjistrohen. (Një mënyrë verifikimi është edhe ndryshimi i ngjyrës së lakmuesit në letrat sipas instruksionit përkatës.	E. 4.5.								
Instrumentet e sterilizuara mbahen dhe ruhen të mbyllura (në kuti të posaçme me kapak) ose qese plastike të sigurta pa ajrosje.	E. 4.6.								
Gjilpërat dhe instrumentet e mprehta vendosen në kontenierë speciale.	E. 4.7.								

Ka protokolle që ndiqen në rast dëmtimi me instrumente prerëse.	E. 4. 8.							
Mbeturinave klinike (përfshirë doreza të përdorura, maska, mbulesa të sipërfaqeve apo ato të pacientit) mblidhen në qese palstike dhe vendosen në vende të sigurta para se të hidhen përfundimisht në vende të përcaktuara.	E. 4.9.							
Ka protokolle që përfshijnë marrëveshje/kontratë për hedhjen e mbeturinave klinike, gjilpërave, materiale të mprehta.	E. 4. 10.							
Personeli klinik përdor veshjet e përcaktuara në ambientet klinike.	E. 4.11							
Mbrojtësit e fytyrës janë të disponueshëm për gjithë stafin klinik dhe përdoren sipas nevojës.	E. 4.12							
Procedurat e sterilizimit dhe kontrollit të infeksionit janë identike për të gjithë pacientët.	E. 4.13							
Për larjen e duarve përdoren lëngje me veti baktericide.	E. 4.14							
Ka peceta një përdorimshe për fshirjen e duarve.	E. 4.15							
Stafi klinik ushtron kujdes për të shmangur kontaminimin e zonave ku nuk punohet. Zonat e kontaminuar dezinfektohen ose kanë mbulesa (plastike) që ndërrohen pas cdo pacienti.	E. 4.16							
Përdoren përparëse një-përdorimshe (kur është e nevojshme së bashku me qese plastike) për të mbrojtur veshjen e pacientit.	E. 4.17							
Instrumentet e kontaminuar sterilizohen përpara se të ripërdoren ose riparohen.	E. 4. 18.							
Nuk konsumohet ushqim ose pije në ambientet e punës.	E. 4. 19.							
							3/28 (10.7 %)	
TË DREJTAT E PACIENTIT	F							
E DREJTA PËR INFORMIMI: TË GJITHE PACIENTËT INFORMOHEN PËR DIAGNOZEN DHE TRAJTIMIN Institucioni (Qendra shëndetësore) informon pacientin për emrin e mjekut që ka përgjegjësinë kryesore për kujdesin e pacientit. Ky mjek është përgjegjës për informimin e pacientit për sëmundjen si dhe trajtimin. Çdo pacient të cilit i është caktuar trajtimi informohet për sëmundjen dhe trajtimin apo opsionet alternative eventuale dhe merret pëlqimi për to. Kur pacienti nuk mund të informohet, informacioni i jepet familjes së tij/saj.	F.1.	3	9					
E DREJTA PËR TË VENDOSUR Pacientët kanë të drejtë të marrin vendim për trajtimin e tyre pasi të jenë mirëinformuar.	F.2.	3	9					
DHËNIA E PËLQIMIT NGA PACIENTI PËR MJEKIMIN Dhënia e pëlqimit dokumentohet në dosjen mjekësore sipas rregulloreve të Institucionit	F. 3.	5	1 5					
KONFIDENCIALITETI Diagnoza dhe trajtimi i pacientit mbeten strikt konfidenciale. Institucioni (Qendra shëndetësore) është si nga aspekti profesional dhe ai etik përgjegjëse për të siguruar që informacioni për pacientin është konfidencial. Institucioni (Qendra) duhet të ketë një proces formal për të përdorur në mënyrë konfidenciale informacionin dhe dosjet mjekësore. Rregulloret dhe procedurat bazohen në ligje dhe rregulloret të zbatueshme. Pacienti informohet periodikisht për rregulloret e konfidencialitetit të qendrës.	F. 4.	4	1 2					
ANKESAT E PACIENTËVE Ka një vend të caktuar në qendër për të dërguar në formë të shkruar dhe ka një bord të caktuar që shqyrton dhe zgjidh këto ankesa.	F.5.	3	9					

KËNAQËSIA E PACIENTIT Institucioni ka një sistem të vlerësimit të kënaqësisë së pacientit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore.	F.6.	2	6						
								2/28 (7.1 %)	
KUJDESI PËR PACIENTIN	G								
RASTE TË PËRGJITHSHME PËR KUJDESI NDAJ PACIENTIT Një anamnezë gjithëpërfshirëse dhe ekzaminim fizik bëhen për të gjithë pacientët	G.1.1.	4	1 2						
TRAJTIMI Të gjitha planet e trajtimit realizohen sipas udhëzuesve klinik. Ato janë bazuar në anamnezë, ekzaminim fizik dhe rezultate të verifikuara të testeve diagnostike.	G.1.2.	3	9						
UDHËZUESIT E PRAKTIKËS KLINIKE Institucioni (Qendra) njih dhe zbaton udhëzuesin klinik në dispozicion.	G.1.3.	2	6						
INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM TË SHKRUAR PËR PARANDALIMIN, DEPISTIMIN DHE DISGNOSTIKIMIN E HERSHËM SI DHE PARANDALIMIN E KOMPLIKACIONEVE TË HIPERTENSIONIT Institucioni ka një program që kujdeset për parandalimin, depistimin, diagnostikimin e hershëm si dhe parandalimin e komplikacioneve të Hipertensionit në popullatë.	G.2.	2	6						
INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM TË SHKRUAR PËR PARANDALIMIN DHE DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM TË DIABETIT	G.3.								
Institucioni ka një program për edukimin e stafit mjekësor dhe të rriturve të shëndoshë mbi shenjat dhe simptomat e diabetit dhe rëndësinë që ka diagnostikimi i hershëm e kujdesi i vazhdueshëm në parandalimin e komplikacioneve. Programi përfshin një orar specifik për informimin dhe edukimin e stafit dhe të pacientëve.	G.3.1.	2	6						
INSTITUCIONI KA NJË PROGRAM QË OFRON EKZAMINIMIN RUTINË VJETOR PËR TË GJITHË PACIENTËT ME DIABET Institucioni ka një program që ofron ekzaminim rutinë vjetor për të gjithë pacientët me Diabet. Institucioni ka një program për edukimin e pacientëve me Diabet, mbi rëndësinë e ekzaminimeve specifike të rekomanduara nga udhëzuesit klinike. Këtu përfshihet edhe një orar specifik për informimin dhe edukimin e pacientëve me diabet.	G.3.2.	1	3						
KUJDESI PERINATAL (ANTENATAL - KUJDESI NEONATAL DHE KUJDESI POST PARTUM). Institucioni punon sipas programeve të miratuara për ndjekjen e kujdesit antenatal, neonatal dhe post partum. Nëse Institucioni nuk i mbulon vetë këto shërbime atëherë ai i referon këto në institucione të specializuara.	G.4.	3	9						
PROGRAMI I INTEGRUARA I TRAJTIMIT TË INFEKSIONEVE RESPIRATORE (IMCI). Institucioni punon sipas programeve të miratuara për trajtimin e infeksioneve respiratore të fëmijëve të vegjël.	G.5.	3	9						
IMUNIZIMI	G.6.								
Institucioni ndjek programet e shëndetit publik për imunizimin që janë miratuar nga Ministria e Shëndetësisë. Institucioni ka një sistem rutinë për identifikimin e fëmijëve që nuk janë vaksinuar ose nuk kanë ndjekur programin e tyre të imunizimit.	G.6.1.	4	1 2						

INSTITUCIONI KA PROGRAM EDUKIMI PËR PRINDËRIT LIDHUR ME PARANDALIMIN E AKSIDENTEVE TË FËMIJVEVE NËN MOSHËN 5 VJECARE. Institucioni ka program edukimi për prindërit lidhur me parandalimin e aksidenteve në shtëpi në grup moshën 2-5 vjeçare.	G.6.2.	1	3					
INSTITUCIONI NJEH DHE ZBATON PROGRAMET KOMBËTARE LIDHUR ME INSUFICIENCEN JODIKE TË POPULLATËS. Institucioni ka një program që njeh rekomandimet kombëtare lidhur me insuficiencën jodike në popullatë.	G.6.3.	3	9					
PLANIFIKIMI FAMILJAR	G.7.							
Institucioni punon sipas standardeve të rekomanduara dhe të miratuara të planifikimit familjar.	G.7.1.	2	6					
INSTITUCIONI KA PROGRAM PËR PARANDALIMIN E KANCERIT TË GJIRIT DHE TË QAFËS SE MITRËS Institucioni ka programin për ekzaminim periodik gjinekologjik të grave asimptomatike, përfshirë Pap testin	G.7.2.	1	3					
							5/28(17.8 %)	
SHËRBIMET MBËSHTETËSE	H							
SHËRBIMI I URGJENCËS	H.1.							
Ekziston një sistem i strukturuar, organizuar dhe funksional për shërbimin e urgjencës 24 orësh. Institucioni siguron dhe garanton praninë e personelit të kualifikuar për 24 orë çdo ditë. Numri i personelit të caktuar duhet t'i plotësojë kërkesat e fluksit të rasteve në shërbimin e urgjencës.	H.1.1.	4	12					
1. Trajtimi i urgjencave të zakonshme								
1.1 Ofrimi i ndihmës së parë nga personeli shëndetësor i kualifikuar për vlerësimin dhe trajtimin e problemeve të urgjencës – kontakt me telefon ose me personin direkt:								
Ofrim i kujdesit në Institucionin (QSH) me shërbim pa ndërprerje (24 orë);								
Ofrim i kujdesit në Institucionin (QSH) me shërbim me ndërprerje (8 orë);								
Ofrim i kujdesit jashtë Institucionit (QSH-së).								
Mjekët në institucion shëndetësor kanë trajnimin e duhur lidhur me kujdesin e rasteve urgjente. Bëhet fjalë veçanërisht për ndihmën e parë, stabilizimin dhe referimin e pacientëve në institucionet e specializuara	H.1.2.	3	9					
INSTITUCIONI KA MARRËVESHJE TË SHKRUAR LIDHUR ME TRANSPORTIN E RASTEVE URGJENTE. Të gjitha institucionet shëndetësore kanë një marrëveshje të shkruar për mënyrën e transportimit dhe referimit të rasteve urgjente.	H.1.3.	3	9					
Pajisjet e institucionit (autoambulancës) bazë (modeli B)								
Kapëse për ndalimin e gjakut								
Aparat tensioni								
Barelë								
Mbajtës barele								
Allçi								
Manikotë qafe								
Dërrasë për shtyllën kurrizore								
AMBU								
Kanjulë								

Kanjula Guedel									
Bombol oksigjeni									
Aspirator portativ									
Çantë me bandazhe									
Set për djegie									
Çarçaf									
Pajisjet e institucionit (autoambulancës) së përparuar (Modeli A)									
Defibrilator me monitor									
Pulsoksimetër									
Kapëse për ndalimin e gjakut									
Aparat tensioni									
Pajisje IV									
Mbajtës barele									
Narelë									
Allçi									
Manikotë qafe									
Dërrasë për shtyllën kurrizore									
Ventilator automatik									
AMBU									
Kanjula Guedel									
Bombul oksigjeni									
ET									
Aspirator portabël									
Çantë me fasho									
Allçi									
Set i djegies									
Set kardiovaskular									
Seti drenazhit torakal									
Set Folei									
Çarçaf									
Çantë me medikamente									
INSTITUCIONI KA NJË PLAN EMERGJENCE QË TË PËRBALLOJË SHUMË PACIENTË NË TË NJËJTËN KOHË, SIC ËSHTË RASTI GJATË KATASTROFAVE NATYRORE. Institucioni ka një plan eficient të emergjencës gjatë situatave të jashtëzakonshme.	H.1.4.	2	6						
LABORATORI DHE TESTET DIAGNOSTIKUESE	H.2.	3	9						
Institucioni i kujdesit parësor ka marrëveshje dy paleshe mirëkuptimi me laboratorin/apo laboratorët. Institucioni i kujdesit parësor punon me laboratorë mundësisht të akredituar.	H.2.1.	3	9						
Të gjitha analizat që realizohen në laborator janë të dokumentuara në kartelën e pacientit.	H.2.2.	3	9						
Gjatë korrespondencës me laboratorin ruhet fshehtësia e të dhënave të pacientit.	H.2.3.	3	9						

Testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën kryhen në mënyrën dhe kohën e duhur.	H.2.4.	3	9					
Kur një qendër nuk mund të ofrojë testet e nevojshme që kërkohen, ajo referon pacientin në qendrën ku mund t'i ofrohet kujdes i përshtatshëm.	H.2.5.	3	9					
Personeli informon pacientin për nevojat për teste eventuale dhe alternativat. Çdo pacienti i ofrohen testet e nevojshme diagnostike për të përcaktuar diagnozën e tij sipas gjendjes mjekësore dhe nevojave të tij individuale.	H.2.6.	3	9					
RADIOLOGJIA Si publiku ashtu edhe ekipi i institucionit duhet të jenë të mbrojtur nga efektet e rrezatimit jonizues. Nëse pajisja për radiografi ndodhet afër qendrës, të gjithë punonjësit punojnë në përputhje me rregullat shtetërore lidhur me mirëmbajtjen e pajisjeve. Teknikat e përdorura për zhvillimin dhe përpunimin e radiografive sigurojnë vlera diagnostike maksimale dhe doza minimale rrezatimi.	H.3.	3	9					
Farmacia dhe Barnat	H.4.							
Institucioni (Qendra) ka dhe një listën e barnave të rimbursueshme nga FSDKSH (tani e tutje LB) që njihet dhe përdoret nga të gjithë mjekët.	H.4.1.	4	12					
INSTITUCIONI KA NJË RREGULLORE TË PRANUESHME LUDHUR ME PËRDORIMIN E ANTIBIOTIKËVE Institucioni është përgjegjës për ofrimin e trajnimeve për të edukuar personelin e tij lidhur me rregulloren e pranishme për përdorimin e antibiotikeve.	H.4.2.	3	9					
							2/28 (7.1 %)	
PËRMIRËSIMI I CILËSISË DHE SIGURISË	J							
INSTITUCIONI KA NJË KOMITET PËR PËRMIRËSIMIN E VAZHDUESHËM TË CILËSISË DHE SIGURISË SË PACIENTËVE Për të përmirësuar cilësinë dhe për të minimizuar rreziqet, institucioni ka një komitet që vlerëson cilësinë, sigurinë dhe performancën e vet dhe në bazë të rezultateve përcakton drejtimit e përmirësimit.	J.1.1	3	9					
Institucioni ka vizion dhe strukturë për të ndjekur përmirësimin e cilësisë.	J.1.2	2	6					
Ka koordinatort të ngarkuar të emëruar për përmirësimin e cilësisë, sigurisë së kujdesit shëndetësor.	J.1.3	2	6					
Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor.	J.1.4	2	9					
Ka një rregullore të shkruar për regjistrimin dhe raportimin e gabimeve dhe incidenteve.	J.1.5	3	9					
Institucioni ka udhëzues klinik dhe protokolle të bazuara të praktikës më të mirë për gjendjet më të shpeshta klinike.	J.1.6	3	9					
Institucioni mbikëqyr cilësinë e shërbimeve mjekësore duke mbledhur, sistemuar dhe analizuar të dhënat.	J.1.7	3	9					
ANALIZA E RASTEVE DHE REZULTATEVE Institucioni ka një plan të shkruar për përmirësimin e cilësisë së punës dhe për analizën e rasteve në grup.	J.2.	3	9					
							1/28 (3.5 %)	
OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE	K							

PARANDALIMI I SËMUNDJEVE Institucioni ka rregullore dhe procedura për masat për parandalimin e sëmundjeve që përballon Institucioni.	K.1.	2	6					
VAZHDIMËSIA E KUJDESIT Institucioni ka rregullore dhe procedura për vazhdimësinë e kujdesit.	K.2.	1	3					
SISTEMI I REFERIMIT Institucioni ka dhe zbaton rregullore dhe procedura të shkruara për mënyrën e referimit të pacientëve në institucionet e tjera.	K.3.	3	9					
							3/28 (10.7 %)	
SQARIME: Standardet për Institucionet Shëndetësore të Kujdesit Parësor janë në total 91 dhe janë ndarë në tre kategori:								
1. Standardet bazë (paraqiten në ngjyrë të kuqe)								
2. Standardet optimale (paraqiten në ngjyrë blu)								
3. Standardet e së ardhmes (paraqiten në ngjyrën jeshile)								
P.S Për tu akredituar, Institucioni i kujdesit parësor duhet të plotësojë kriteret në vijim:								
1. Duhet të plotësojë plotësisht, pra 100% të gjitha standardet bazë								
2. Duhet të përmbushë të paktën 70 % të standardeve optimale								
3. Duhet se paku 40 % të standardeve të së ardhmes								

LISTA E DOKUMENTAVE DHE MATERIALEVE TË DOMOSDOSHME QË DUHET TË PLOTËSOHEN PËR AKREDITIM

A. INFRASTRUKTURA E INSTITUCIONIT

Dokumentacioni i domosdoshëm

- 1. Materiale informative për pacientin.**
- 2. Informacioni kur QSH nuk është në gjendje të shërbejë pacientëve me aftësi të kufizuara.**
- 3. Plani për mirëmbajtjen e ndërtesës dhe pajisjeve mjekësore.**
- 4. Buxheti vjetor i QSH.**
- 5. Kontratat për mirëmbajtjen e ndërtesës dhe pajisjeve mjekësore.**
- 6. Kalendari i mirëmbajtjes së ndërtesës dhe pajisjeve mjekësore.**
- 7. Procesverbalet e mirëmbajtjes së ndërtesës dhe pajisjeve mjekësore (çdo 3 muaj).**
- 8. Procedura për raportimin e problemeve të mirëmbajtjes.**
- 9. Kontrata e energjisë elektrike.**
- 10. Kontrata UKT.**

B. BURIMET NJERËZORE

Dokumentacioni i domosdoshëm

- 1. Struktura/organograma aktuale e QSH.**
- 2. Dokumenti i planifikimit të burimeve njerëzore që nevojiten.**
- 3. Kontratat individuale të punës.**
- 4. Dosjet personale të punonjësve në QSH.**
- 5. Përshkrimet e punës (detyrat dhe përgjegjësitë e punonjësve).**
- 6. Urdhëra administrativ të krijimit dhe funksionimit të QSH.**
- 7. Rregullore e brendshme e QSH.**
- 8. Programi i edukimit të vazhduar të personelit.**

9. Programi për matjen e kënaqësisë së personelit.
10. Mjete që përdoren për matjen e kënaqësisë së personelit (pyetësorë).
11. Programi për përmirësimin e kënaqësisë së personelit.

C. DOKUMENTACIONI DHE MENAXHIMI I INFORMACIONIT

Dokumentacioni i domosdoshëm

1. Dokumenti për grumbullimin dhe dokumentacionin e të dhënave shëndetësore në QSH.
2. Kartela Mjekësore.
3. Dokumenti për shqyrtimin dhe mirëmbajtjen e dosjeve/kartelave mjekësore.
4. Rregullorja e shkruar për plotësimin e kartelës mjekësore.
5. Dokumenti i shkruar për afatet kohore për kryerjen dhe përcaktimin e kohës për dorëzimin e rezultateve të testeve diagnostike.
6. Rregullorja e informimit të pacientit mbi sëmundjen dhe masat e propozuara.
7. Procedura e shqyrtimit të kartelave mjekësore.
8. Rregullorja dhe procedura e shqyrtimit të saktësisë së plotësimin të kartelave mjekësore.
9. Plani për menaxhimin e informacionit shëndetësor.
10. Rregullorja për dhënien e autorizuar të të dhënave personale jashtë QSH.
11. Rregullore mbi ruajtjen dhe mrëmbajtjen e kartelave të pacientëve, të dhënave dhe informacionit shëndetësor.
12. Dokumenti i sigurimit të të dhënave dhe informacionit nga humbja, shkatërrimi, ngatërrimi, përdorimi i paautorizuar.
13. Rregullorja e raportimit të të dhënave drejt bankave të të dhënave në zbatim të dispozitave ligjore në fuqi.
14. Rregullorja e përdorimit të të dhënave nga bankat e të dhënave për qëllime krahasuese.

D. FINANCA DHE BUXHETI

Dokumentacioni i domosdoshëm

- 1. Përshkrimet e punës së personelit të financës.**
- 2. Raportet vjetore të punës.**
- 3. Procedurat e shkruara financiare.**
- 4. Inventarët e objekteve, aparaturave, pajisjeve, materialeve në QSH.**

E. SIGURIA

Dokumentacioni i domosdoshëm

- 1. Plani i monitorimit rutine të pajisjeve, mjeteve, shërbimeve, procedurave për sigurinë në ambientet e QSH.**
- 2. Kontrata me kompaninë e sigurimit 24 orë të QSH.**
- 3. Rregullorja e menaxhimit të mbeturinave dhe materialeve të kontaminuar.**
- 4. Kontrata me firmën e asgjësimit të mbeturinave mjekësore.**
- 5. Kontrata me Ujësjetës sh.a.**
- 6. Rregullorja e analizave kimike dhe mikrobiologjike të ujit.**
- 7. Rezultatet e tri kulturave dhe analizat e fundit të ekzaminimit të ujit.**
- 8. Programi për ruajtjen e shëndetit dhe sigurisë së punonjësve.**
- 9. Dosjet personale të punonjësve.**
- 10. Rregullorja e standardeve dhe procedurave sterilizuese.**
- 11. Dokumenti për depozitimin e materialeve sterile.**
- 12. Rregullorja për kontrollin e infeksionit.**
- 13. UPK dhe PPK për Parandalimin dhe Kontrollin e Infeksionit.**
- 14. Procedurat për masat e kontrollit të infeksionit.**
- 15. Protokoli i veprimit në rast dëmtimi me instrumente prerëse.**
- 16. Përshkrim i punës dhe dosja personale e personit përgjegjës për kontrollin e infeksionit.**

17. **Procesverbalet e takimeve të Komitetit për kontroll të infeksioneve/komitetiti i cilësisë.**
18. **Dosja e rezultateve të testeve të bëra nga punonjësit.**
19. **Aktivitetet e trajnimit, plani i trajnimit, materiali i trajnimit.**

F. TË DREJTAT E PACIENTIT

Dokumentacioni i domosdoshëm

1. **Kartela mjekësore.**
2. **Udhërrëfyes dhe protokolle të praktikës klinike (UPK/PPK).**
3. **Procedura e ndjekur në përcaktimin e diagnozës së saktë të patologjisë mjekësore.**
4. **Procedura për njohjen e UPK/PPK, zbatimin dhe shqyrtimin periodik të tyre.**
5. **Proces-verbale të takimeve të personelit për shpërndarjen dhe procesin e hartimit të UPK.**
6. **Kurrikula trajnuese e personelit mjekësor mbi UPK/PPK.**
7. **Programi për parandalimin, depistimin, diagnostikimin e hershëm dhe parandalimin e hipertensionit.**
8. **Programi për identifikimin e faktorëve të riskut për hipertension.**
9. **Program dhe kurrikula edukimi të popullatës së QSH mbi depistimin periodik të hipertensionit.**
10. **Programi për parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm të diabetit.**
11. **Programi i depistimit vjetor për pacientët me diabet.**
12. **Programi, kalendari dhe kurrikula e edukimit të pacientëve me diabet.**
13. **Programi i miratuar për kujdesin perinatal.**
14. **Dokumente të miratuar nga MSH për kujdesin perinatal.**
15. **Programi i integruar për infeksionet respiratore tek fëmijët e vegjël.**
16. **Programi dhe kalendari kombëtar i vaksinimit.**

17. Programi dhe kurrikula e edukimit të prindërve për parandalimin e aksidenteve tek fëmijët nën 5 vjeç.
18. Programi i miratuar për Insuficiencën Jodike në popullatë.
19. Standardet e Planifikimit Familjar.
20. Programi për parandalimin e kancerit të gjirit dhe atij të qafës së mitrës.
21. Programi depistues për kancer gjiri dhe atë të qafës së mitrës.
22. Programi dhe kurrikula e edukimit të femrave seksualisht aktive në popullatën e QSH.
23. Fletë-palosje.

G. KUJDESI PËR PACIENTIN

Dokumentacioni i domosdoshëm

1. Rregulloret e proceseve të kujdesit ndaj pacientit, të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre.
2. Kartela mjekësore.
3. Procedura e informimit për dhënien e pëlqimit.
4. Fletë informimi dhe marrje pëlqimi të pacientit.
5. Fletë-palosje të ndryshme.
6. Procedura mbi përdorimin konfidencial të informacionit dhe dosjes mjekësore.
7. Procedura e informimit periodik të pacientit mbi përdorimin e informacionit në dosjen mjekësore.
8. Dokumenti i Bordit të shqyrtimit të ankesave të pacientëve.
9. Procedura e shqyrtimit dhe zgjidhjes së ankesave të pacientëve.
10. Proces-verbalet dhe vendimet e bordit të shqyrtimit të ankesave të pacientëve.
11. Procedura e vlerësimit të kënaqësisë së pacientëve.
12. Mjetet e vlerësimit të kënaqësisë së pacientëve (pyetësorë).

13. Dokumenti i Komitetit të shqyrtimit të kënaqësisë së pacientit.
14. Procedura e analizimit të të dhënave të kënaqësisë së pacientit.

H. SHËRBIMET MBËSHTETËSE

Dokumentacioni i domosdoshëm

1. Rregullorja për shërbimin e urgjencës gjatë 24 orëve në QSH.
2. Lista e personelit për shërbim emergjent.
3. Plani i organizimit të personelit (përgjegjësinë, formën e lajmërimit dhe komunikimit).
4. Plani dhe kurrikula e edukimit të personelit të emergjencës.
5. Dosjet personale të personelit të emergjencës.
6. Udhërrëfyes dhe protokolle të praktikës klinike për rastet emergjente.
7. Marrëveshja për transport të rasteve emergjente.
8. Lista e ekipit të gatshëm në rast katastrofash natyrore.
9. Lista e ekipit rezervë për katastrofat natyrore.
10. Lista e qendrave referuese.
11. Plani i mobilizimit të stafit të institucionit (specifikuar përgjegjësitë, rolet, funksionet).
12. Marrëveshja/et dypalëshe mirëkuptimi me laboratorin/laboratorët.
13. Kartela mjekësore.
14. UPK dhe PPK të ndryshëm.
15. Protokollet për realizimin e radiografisë.
16. Planet e kontrollit dhe certifikimit të apartaurës imazherike.
17. Plani dhe kurrikula e trajnimit për kryerjen e radiografisë.
18. Plani i emergjencës kur pajisja rrezatuese nuk funksionon.
19. Lista e barnave të rimbursueshme.
20. Lista e veçantë e barnave në Dhomën e Emergjencës.

21. Rregullorja e QSH për përdorimin e antibiotikëve.
22. Udhërrëfyes specifik për përdorimin e antibiotikëve për sëmundje të ndryshme.
23. Plani dhe kurrikula edukuese e stafit mbi parandalimin e trajtimin e antibiotikëve.
24. Lista e stafit të trajnuar.

J. PËRMIRËSIMI I CILËSISË DHE SIGURISË

Dokumentacioni i domosdoshëm

1. Dokument për ngritjen dhe funksionimin e Komitetit të Cilësisë.
2. Dokumenti për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë në institucion.
3. Dokumenti i shkruar mbi vizionin, objektivat, përbërja e institucionit.
4. Detyrat e koordinatorit.
5. Plani i shkruar për përmirësimin e cilësisë.
6. Rregullorja për regjistrimin dhe raportimin e gabimeve dhe incidenteve.
7. UPK dhe PPK për gjendjet më të shpeshta klinike në institucion
8. Lista e personelit të trajnuar për udhërrëfyesit dhe protokollet klinike.
9. Plani për përmirësimin e cilësisë së punës.
10. Plani për analizën e rasteve në grup.
11. Procesverbale të takimeve të shqyrtimit të rastit.

K. OBJEKTIVAT E MJEKËSISË FAMILJARE

Dokumentacioni i domosdoshëm

1. Rregullore dhe procedurat për masat parandaluese të sëmundjeve që përballon institucioni.
2. Rregullore dhe procedura për vazhdimësinë e kujdesit.

- 3. Rregullore dhe procedura për mënyrën e referimit të pacientëve në institucionet e tjera.**
- 4. Lista e institucioneve për referime sipas llojit të shërbimeve.**
- 5. Marrëveshjet/kontratat për aktivitetet referuese.**
- 6. Kontratat për shërbime të auto-ambulancave.**
- 7. Lista e numrave të telefonit të qendrave të autoambulancave.**
- 8. Kartela mjekësore.**