

**АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И
АКРЕДИТАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНИ
УСТАНОВИ**



ПРИРАЧНИК ЗА НАДВОРЕШНИ ОЦЕНУВАЧИ

Скопје 2015

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи

Прирачник за надворешни оценувачи

Проф д-р Елизабета Зисовска

Лирим Исахи

М-р Едита Исахи

Скопје, 2015

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

614.21:005.585(035)

35.078.3:614.21(035)

ЗИСОВСКА, Елизабета

Прирачник за надворешни оценувачи / Елизабета Зисовска, Лирим Исахи, Едита Исахи. - Скопје : Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи, 2015. - 31 стр. ; 21 см

ISBN 978-608-65892-0-2

1. Исахи, Лирим [автор] 2. Исахи, Едита [автор]

а) Здравствени установи - Супервизија и акредитација - Прирачници

COBISS.MK-ID 99518474

Содржина

1.	Вовед	4
2.	Унапредување на квалитетот на здравствената заштита	5
	2.1.Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот	7
3.	Акредитација	8
	3.1. Форма на стандардите	9
	3.2. Процес на акредитација	13
	3.3. Самооценување	14
4.	Надворешни оценувачи	15
	4.1. Посета на установите - припрема и планирање на посетите	15
	4.2. Процес на оценување на квалитетот на работата на здравственитеустанови	16
	4.3.Пишување Извештај	27
5.	Услови за добивање на акредитација	30
6.	Улога на надворешните оценувачи после добивање на акредитација	31
	Користена литература	31

1. Вовед

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи во Република Македонија (АКАЗУМ) е самостоен и независен орган на државната управа со својство на правно лице, чија примарна цел е вршење на управни, стручни и развојни работи поврзани со акредитацијата на работата на здравствените установи.

Со активно делување започна во јули 2014 г., со актот за упис во Централниот регистар на РМ. За остварување на своите должности, надлежности и одговорности во поглед на акредитацијата на здравствените установи, Агенцијата своето работење го засновува врз Законот на здравствена заштита односно посебните членови кои го регулираат работењето на Агенцијата.

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи е фокусирана пред се во насока на реализирање на следните цели и задачи:

- ▶ Постојано унапредување на квалитетот на здравствените установи
- ▶ Едукација и обука на медицинскиот персонал во врска со квалитетот
- ▶ Помош при изработка на клинички упатства и протоколи
- ▶ Намалување на ризици и грешки во здравствените установи во насока на зголемување на безбедноста при лекување
- ▶ Акредитација на здравствените установи
- ▶ Евалуација и избор на постоечката технологија и воведување нови потребни технологии за здравствениот систем

Акредитацијата како процес на утврдување на нивото на квалитетот на работење на здравствените установи, пред сè придонесува кон:

- 1) Постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита и ефикасноста на работата на здравствените установи,
- 2) Подигнување на нивото на задоволство на корисниците на здравствени услуги,
- 3) Обезбедување на приближно еднакви услови на работење на здравствените установи,
- 4) Обезбедување на хармонизација на постапките, барањата и предлозите на националните прописи со европските, во согласност со динамиката на приближување на Република Македонија кон ЕУ на полето на следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита и акредитацијата на здравствените установи,

- 5) Успешно имплементирање на стандардите за акредитација во здравствените установи од секундарно и терциерно ниво.

Визија

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи претставува водечка институција во реализација на процесот на следење на квалитетот на здравствената заштита, и еден од клучните актери во здравствениот систем на Република Македонија кој допринесува во континуираното унапредување на квалитетот на здравствената заштита и безбедноста на пациентите и здравствените работници. Посебна задача на Агенцијата е преку реализирање на постапката на акредитација на здравствените установи да овозможи истите да придонесат за поголема ефикасност на здравствениот систем, како дел од истиот.

Мисија

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи придонесува кон обезбедување на квалитет и безбедност во здравствената заштита преку процесот на акредитација и реакредитација на здравствените установи. Ги развива, ревидира и унапредува стандардите на здравствена заштита во здравствените установи, прави проверка на имплементацијата на стандардите и дава стручна помош на здравствените установи за успешна припрема до постапката на надворешно оценување, како и следењето на одржувањето и унапредувањето на здравствената заштита после акредитацијата.

2. Унапредување на квалитетот на здравствената заштита

Квалитетот на здравствената заштита е препознаен како една од најважните карактеристики на системот за здравствена заштита, како во државниот така и во приватниот сектор. Постојаното унапредување на квалитетот (во понатамошниот текст ПУК) на работењето и безбедноста на пациентите се составни делови на секојдневните активности на здравствените работници и на сите останати вработени во здравствениот систем. ПУК преставува континуиран процес чијашто цел е постигнување на повисоко ниво на ефикасност и успешност во работата, како и поголемо задоволство на корисниците на здравствени услуги и оние кои ги пружаат тие здравствени услуги.

ПУК бара воведување на култура на квалитет која подеднакво ќе ги вклучи сите засегнати страни - корисници, пружателите на здравствените услуги, финансиските поддржувачи на здравствениот систем и креаторите на здравствените политики. Досегашното традиционално сфаќање дека здравствените работници како непосредни пружатели на здравствените услуги се единствените одговорни за квалитетот на пружената здравствена заштита, се заменува со новиот пристап кој го препознава значењето на организацијата како целина, а особено улогата на менаџментот, како и целокупниот процес на работа наспроти поединечното извршување во задоволување на потребите на корисниците.

Стратегијата на АКАЗУМ за унапредување на квалитетот на здравствената заштита и безбедност на пациентите чија цел е постигнување на повисоко ниво на квалитетот на работата и безбедноста на пациентите, се дефинира врз основа на следните стратешки цели:

1. Создавање на услови кои ќе овозможат пациентот да биде во центарот на системот за здравствена заштита;
2. Унапредување на стручната работа на здравствените работници врз основа на развивање на специфични знаења и вештини, а во насока на подигнување на свеста за значењето на ПУК на здравствената заштита;
3. Создавање на услови кои ќе промовираат култура за ПУК на здравствената заштита и безбедност на пациентите во рамки на здравствените установи;
4. Обезбедување на сигурност, безбедност и исплатливост на здравствените технологии;
5. Обезбедување на финансиски стимул за ПУК на здравствената заштита и безбедност на пациентите.

ПУК на здравствената заштита се заснова на вредностите кои се вградени во концептот за квалитетот на работата и следната усвоена секојдневна пракса на здравствените установи:

- Насоченост кон корисникот-пациентот,
- Безбедност,
- Делотворност,
- Правовременост,
- Ефикасност,
- Правичност.

За постигнување и реализација на секој од принципите на ПУК потребно е да се дефинираат стандарди и индикатори за три основни аспекти на здравствената заштита, а тоа се: структура, процес и исход.

Според Законот за здравствената заштита АКАЗУМ ги утврдува стандардите за акредитација на здравствените установи и го оценува квалитетот на пружената здравствена заштита.

Акредитацијата претставува инструмент со помош на кој ПУК може да оствари најголемо влијание во рамки на целата здравствена установа.

Доколку системот на ПУК функционира потполно, унапредувањето на квалитетот станува дел од секојдневната работа на вработените во насока на подигнување на нивната свест дека секој од нив е одговорен за квалитетот на сопствената работа и за постојано унапредување на квалитетот на истата.

2.1. Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот

ПУК на неколку начини е прилагоден во рамки на здравствениот систем. Еден од тие пристапи е циклусот FOCUS – PDCA.

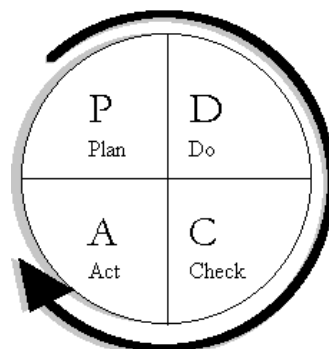
Пред сè битен е FOCUS (тежиште) на одредена тема:

- **Find a process to improve** (да се најде процес за унапредување)
- **Organize to improve a process** (да се организира со цел процесот да се унапреди)
- **Clarify what is known** (да се разјасни тоа што е познато)
- **Understand variation** (да се сфатат варијациите)
- **Select a process improvement** (да се одбере унапредување на процесот).

Потоа е потребно да се пристапи кон планот за унапредување на процесот (PDCA).

- **Plan** (планирање): се одредуваат роковите за средствата, активностите, обуките и целните рокови. Се осмислуваат планови за прибирање на податоци, средства за мерење на исходот и рокови за исполнување на целите.
- **Do** (спроведување): спроведување на интервенции и прибирање на податоци.
- **Check** (проверка): анализирање на резултатите од податоците и евалуација на причините за варијациите.
- **Act** (дејствување): превземање на мерки врз основа на добиените сознанија и одредување на следните чекори. Доколку интервенцијата е успешна, да се работи во правец на вградување на истата како стандарден процес на работа. Во случај истата да не е успешна, да се анализираат причините за тој неуспех, да се осмислат нови решенија и да се повтори циклусот PDCA.

Циклусот PDCA претставува список за проверка на четирите фази низ кои мора да се помине за да се изоди патот од соочување со проблемот до решавање на истиот. Четирите фази се: планирање, спроведување, проверка и дејствување, и тие се спроведуваат така како што е прикажано во слика 1:



Слика 1: циклус PDCA

3. Акредитација

Акредитацијата претставува постапка на оценување на квалитетот на работата на здравствените установи врз основа на применување на оптималното ниво на утврдените стандарди за работа на здравствените установи во одредена област на здравствената заштита, односно гранка на медицината.

Денес постојат се повеќе барања за надворешно, независно оценување на успешноста на пружење на здравствените услуги. Акредитацијата како најстар и најпознат облик на надворешна процена на работата на здравствените установи во светот, применува стандарди на квалитет. Акредитацијата им помага на здравствените установи да ги откријат сопствените предности и можности за унапредување, а воедно подобро да ги разберат целите и сложеноста на својата работа. Кога тоа ќе го увидат, установите ќе може да се посветат на краткорочните и долгорочните планови за подобрување на резултатите на работата и да почнат со користење на расположивите ресурси на најефикасен можен начин.

Акредитацијата опфаќа оценување од страна на самата установа со цел евалуација на нивото на усогласеност со поставените стандарди. Тимот на надворешни оценувачи исто така врши проценка на усогласеноста на работата на

установата со стандардите. Процесот на акредитација е конципиран на начин да обезбеди рамка која ќе им овозможи на здравствените установи да ги дефинираат и имплементираат потребните промени и да утврдат приоритетите за континуирано унапредување на здравствените услуги кои ги пружаат.

3.1. Стандарди за акредитација

Стандард е посакуваното ниво на учинокот кој може да се постигне и со кој може да се спореди постоечкото ниво на учинокот.

Акредитацијата се заснова на стандардите кои можат да се постигнат со низа активности кои се дефинирани во критериумите. Секој стандард има повеќе критериуми. Критериумите претставуваат јасни чекори, односно активности кои треба да се превземат за да се исполни стандардот. Стандардите подразбираат оптимално ниво на квалитет и безбедност и се насочени кон унапредување на квалитетот на пружената здравствена заштита во рамки на здравствените установи во Република Македонија.

Хронологија на развивање на стандардите за акредитација

Дефинирањето на стандардите како значаен дел од процесот на акредитација започнува со донесување на Решение за формирање на работна група од претставници на Министерство за здравство на 05-ти јануари 2010 година. Целта на формирањето на оваа работна група била да ги отпочне подготвителните активности со воспоставување на систем за унапредување на квалитетот во здравството, во тие рамки и процесот на акредитација и развивање на стандардите за акредитација. Со цел стандардите да бидат изработени што поквалитетно и соодветно, а истовремено да се обезбеди поголема вклученост и поширок консензус, на 25-ти Март 2010 година донесено е Решение за формирање работна група проширена со претставници од релевантни институции надвор од Министерството за здравство (МЗ). Во мај истата година е изработен сет на стандарди врз основа на принципите на International Society for Quality of Care (ISQ-ua) за стандарди за акредитација, а исто така и врз основа на канадскиот модел на стандарди за акредитација. Со цел иницијална проценка на нивната применливост во рамките на нашите Здравствени установи, оваа верзија на стандардите е дистрибуирана јавно во 40 јавни здравствени установи. Во јуни 2010. Година Министерството за здравство со допис ги информираше здравствените установи дека ќе следи и соодветна надворешна проценка. Поради

поефикасна координација на активностите поврзани со унапредување на квалитетот на здравствената заштита, во рамките на Министерството за здравство во декември е формиран Сектор за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги. Секторот имаше привремен карактер и требаше да ги координира на национално ниво сите активности поврзани со квалитетот до формирање на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи. Покрај другите активности од областа на квалитетот, во секторот се организирани средби со експерти од различни области од медицината во кои се разгледани поединечни делови од стандардите за акредитација, со цел нивно подобрување. Претставниците на Секторот за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги како членови на Работната група за изработка на новиот Закон за здравствена заштита, предложија и ги изработија законските одредби на новото поглавје за квалитетот на здравствената заштита. Во рамките на овој Закон, кој влезе во сила во мај 2012 година, дефинирано е дека процесот на акредитација ќе се врши врз основа на однапред утврдени стандарди за акредитација, со што донесувањето на стандардите доби и своја законска основа. Подоцна законската основа беше надолнетата и со други подзаконски акти, како што е Правилникот за акредитација. Во мај 2013 година формирана е работна група за ревизија на работната верзија на стандардите, од претставници од Министерството за здравство и претставници од Јавните здравствени установи. Во јуни истата година врз основа на сугестиите и забелешките на членовите на работната група беше ревидирана првата работна верзија која се состоеше од 9 поглавја на стандардите за акредитација и притоа се дефинираше втората работна верзија формулирана во 6 поглавја на стандарди за чија формулација беа земени во предвид акредитирани стандарди во Австралија и Данска. Втората работна верзија извесно време беше достапна на веб страната на М.З, на која што стоеше и повикот до сите поединци и установи кои го сочинуваат здравствениот систем на Р.М, да даваат свои сугестии, забелешки и предлози со цел подобрување на оваа работна верзија на стандардите.

На 27. Јуни 2014 година е именуван Директор на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи (проф д-р Елизабета Зисовска), а во јули 2014 година е формирана Агенцијата за квалитет и акредитација на ЗУ. Во јули 2014 направено е разгледување со цел ревизија на втората работна верзија на стандардите со претставници на ЈЗУ и стандардите се доставени до сите болнички здравствени установи од секундарно и терциерно ниво. Во август 2014

доставени се два унифицирани прашалници за задоволство на пациенти и вработени во ЗУ. Во ноември истата година е формирана мултипрофесионална Работна група за разгледување на стандардите и нивна ревизија.

На 63-тата Седница на Владата на РМ се Стандардите за акредитација на национално ниво, и оваа Одлука е објавена во „Службен весник на РМ“ број 47/15, интегрален текст во „Службен весник на РМ“ број 92/2015.

3.1.1. Форма на стандардите

Стандардите и критериумите се обележани со одредени броеви:

- Стандардите се обележани со броеви 1.0, 2.0, 3.0 итн. Стандард е посакуваното ниво на учинок кој може да се постигне и со кој може да се спореди постоечкото ниво на учинок.
- Критериумите се наведени под стандардите и се обележани со броеви: 1.1, 1.2, 1.3 итн. Критериумите претставуваат јасни чекори односно активности кои треба да се превземат за да се исполни стандардот.

3.1.2. Содржина на стандардите

Изработените стандарди се однесуваат на болничките установи и се поделени во следните поглавја:

- Раководење и управување
- Човечки ресурси
- Управување со информации
- Безбедност (управување со ризик)
- Лекување на пациенти
- Специфични клинички услуги

Стандардите за акредитација може да се поделат во три категории:

- **Стандарди во врска со лекување на пациентите.** Овие стандарди се изработени за да го следат лекувањето на пациентите од моментот на приемот во установата, преку проценката, планирањето и спроведувањето на лекувањето до отпустот на пациентот. Во овој дел се изработени стандарди за операциона сала, служба за ургентна медицина, интензивна нега и стандарди за лекување кои се вршат во рамки на специјалистичко- консултативните служби.

- **Стандарди за работа на помошните служби.** Помошни служби се служби во рамки на здравствената установа кои го помагаат (следат) процесот на спроведување на лекувањето. Стандардите на клиничка поддршка се однесуваат на работа на лабораториите, аптеките и службата за радиолошка дијагностика. Изработени се три поглавја во врска со неклинички и помошни служби: безбедност (вклучувајќи ја и контролата на ширење на инфекции, управување со медицински отпад, масовни несреќи и инцидентни ситуации, централна стерилизација и безбедно користење на опремата, материјалите, медицинските уреди и просторот), управување со информации и човечки ресурси. Согласно утврдените приоритети, овие стандарди опфаќаат само поединечни делови од соодветните области.
- **Раководење.** Овие стандарди се однесуваат на раководењето со здравствената установа и се опфатени во рамки на поглавјето раководење и управување.

3.1.3 Цели на примената на стандардите

Примената на стандардите за акредитација има за цел:

Унапредување на квалитетот:

Стандардите се креирани да ги поттикнат здравствените установи да го подобрат квалитетот на нивното работење, како во рамки на нивните установи така и на ниво на поширокиот систем на здравствена заштита.

Фокус на пациентот - корисниците на здравствените услуги:

Стандардите се креирани со фокус на пациентите - корисниците на здравствените услуги и подразбираат континуиран процес на следење и лекување на пациентот од моментот на прием во установата до отпустот на пациентот.

Унапредување на организациското планирање и учинокот:

Стандардите се креирани за да го проценат капацитетот за работа и ефикасноста на работата на здравствената установа.

Безбедност:

Стандардите содржат мерки за заштита и подобрување на безбедноста на пациентите - корисниците на здравствените услуги, вработените и на сите други кои ќе се најдат во контакт со здравствената установа.

Развој на стандардите:

Стандардите се планирани, формулирани и проценувани врз основа на однапред дефинирани принципи (ISQua принципи за изработка на стандарди за акредитација).

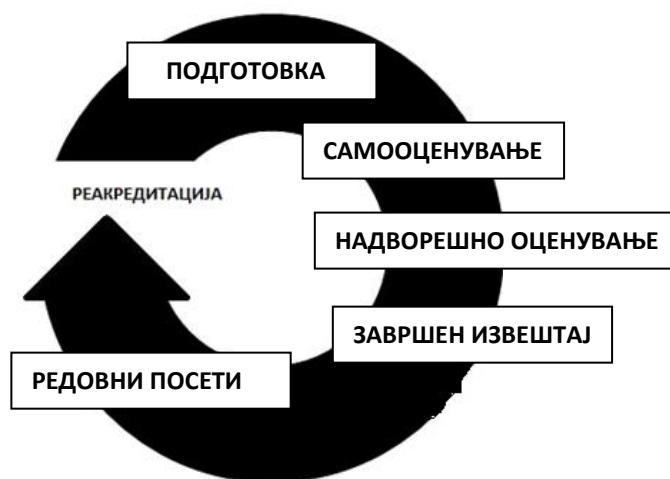
Мерење на стандардите:

Стандардите обезбедуваат доследно и транспарентно проценување и мерење на нивното остварување.

3.2 Процес на акредитација

Процесот на акредитација опфаќа пет карактеристични етапи:

1. Подготовката на здравствената установа
2. Самооценувањето
3. Оценувањето на надворешните оценувачи на прилагоденоста на работата на установата со стандардите за акредитација
4. Spreмањето на финалниот извештај и одлуката за доделување на акредитација од страна на АКАЗУМ.
5. Континуираната процена и следењето на извршување на планот за унапредување на квалитетот.



Слика 2. Процес на акредитација и реакредитација

Доколку со актот за основање на здравствената установа (болницата) некои здравствени услуги не се спроведуваат и некои служби се отсутни, здравствената установа поднесува до Агенцијата Барање за изземање од поединечни стандарди со детално образложение и докази кои го поткрепуваат барањето, уште пред да поднесе апликација за надворешно оценување. Агенцијата после разгледување на ваквото Барање, го одобрува или одбива барањето, и врз основа на оваа одлука во понатамошната фаза го планира времетраењето на надворешното оценување.

Процесот на акредитација се спроведува со цел да обезбеди успех во постојаното унапредување на квалитетот и безбедноста. Иако начинот на кој организацијата пристапува кон акредитацијата може да биде доста различен, одредени клучни аспекти мора да бидат задоволени за да се обезбеди соодветно раководење и координација со процесот на акредитација. Тоа се однесува на следното:

- поддршка на хиерархиски највисокото раководство
- именување на координатор за акредитација
- формирање на тимови за самооценување.

Од голема важност е највисокото раководство на организацијата да даде поддршка на активностите кои се спроведуваат во рамките на процесот на акредитација како и да биде вклучено во целиот процес. Раководството треба да ги соопшти клучните причини зошто акредитацијата е значајна и каква корист очекува установата со превземениот процес на акредитација, како и да се ангажира во создавањето на позитивна атмосфера и ентузијазам кои ќе го поттикнат вклучувањето на сите вработени во процесот.

3.3 Самооценување

Самооценувањето го спроведува установата заради евалуација на нивото на усогласеност на својата работа наспроти поставените стандарди за акредитација.

Самооценувањето пружа можност организацијата да ја преиспита својата работа и истата да ја процени во согласност со стандардите за акредитација, односно да процени:

- каде установата претходно се наоѓала,
- каде е во моментот,
- каде себеси се гледа во иднина.

Самооценувањето им предочува на вработените што работат правилно, кои се областите кои е потребно да ги унапредат, односно кои се предностите и слабостите во рамки на организацијата.

4. Надворешни оценувачи

Улога на надворешните оценувачи во процесот на оценување на квалитетот на работењето на здравствените установи

Надворешното оценување претставува оценување на квалитетот на работата на здравствените установи во однос на утврдените стандарди за одредена област на здравствената заштита, односно гранка на медицината, од страна на обучените надворешни оценувачи кои ги именува Агенцијата.

4.1. Посета на установите - припрема и планирање на посетите

Бројот на оценувачи и бројот на денови за посета ги одредува Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи во зависност од големината на установата.

Агенцијата е должна на секој член во тимот на надворешни оценувачи да му ги достави резултатите од самооценувањето на здравствената установа најмалку 21 ден пред закажаната акредитациска посета. Овој период треба да се искористи добро да се проучат доставените докази за имплементација на стандардите, и да се добие груб впечаток за нивото на квалитет кое го постигнала здравствената установа.

Агенцијата изработува план за оценување кој го доставува до здравствената установа и до сите членови на тимот на надворешни оценувачи, најмалку 21 ден пред закажаната акредитациска посета.

Надворешните оценувачи мораат пред оценувањето да бидат добро запознаени со резултатите од самооценувањето на здравствената установа (опис на секој критериум, со изнесени докази), како и со останатата расположлива документација. Добрата припрема е потребна со цел идентификација на области и делови кои не се јасно презентирани при самооценувањето, во кои има нелогичности, двосмислени изјави, конфликти во пишаните изјави, оценки и приложената документација. Исто така, оценувачите можат подобро да се припремат за разговор со тимовите за самооценување.

Оценувачите би требало да си припремат потсетник на кој начин ќе ги добијат некои од дополнителните докази за критериумите на оценување, како и да идентификуваат прашања кои произлегуваат од резултатите на самооценувањето. На овој начин надворешните оценувачи можат да го искористат времето поминато во установата, а кое е ограничено, за извршување на задачите кои не се можни надвор од установата.

Агенцијата ја известува здравствената установа која е во постапка на акредитација за составот на тимот од надворешни оценувачи, каде веќе е дефиниран водач на тимот и останатите членови. Во составот на тимот секогаш има комбинација од повеќе профили: лекар, експерт по јавно здравје или здравствен менаџмент, медицинска сестра - здравствен техничар, правник, економист, фармацевт или инжењер. Тимот мора да има барем еден член со поголемо искуство, кој би бил водач на тимот. Времето за доаѓање во установата однапред се закажува и се дефинираат бројот на денови на траење на посетата. Во текот на оценувањето тимот за надворешно оценување го оценува квалитетот на работа на здравствената установа, користејќи го самооценувањето кое е припремено од установата, документацијата и медицинската документација, набљудувањето и интервјуата со тимот за самооценување, вработените и пациентите/корисниците на услугите.

4.2. Процес на оценување на квалитетот на работата на здравствените установи

Под документација се подразбира: соодветни закони, организациска шема, структура на вработените, политики и процедури, стратешки и бизнис план, опис на работните позиции, забелешки за активностите за унапредување на квалитетот и проектите, записници од несаканите случувања и жалби, евентуални прирачници за здравјето и безбедноста на пациентите како и медицинската документација.

Исто така оценувачите мораат да ги препознаат сите евентуални недостатоци, конфликти на интереси, и очигледни несогласувања меѓу коментарите (забелешките) и оцените. Оценувачите мораат да ја препознаат и да ја евидентираат целата собрана документација како релевантна за критериумите и стандардите кои се оценуваат.

Во текот на припремата за состанокот со тимовите за самооценување во здравствената установа, оценувачите треба да земат во предвид широк дијапазон на теми поврзани со стандардите и критериумите, со цел обезбедување на доволно информации потребни за оценување.

Оценувањето е резултат на целиот тим, и еден оценувач ретко може да ги добие сите информации потребни за да се напише извештај. Ретко се случува и тоа сите оценувачи да можат да бидат присутни на сите состаноци со членовите на тимот од здравствената установа, така што е потребно проследување на важните информации до останатите членови на тимот во повеќе наврати и усогласување околку конечните оценки.

4.2.1 Водачот на тимот во процесот на надворешно оценување

Водачот на тимот е задолжен за комуникација со вработените во Агенцијата и со здравствената установа пред оценувањето и учествува во договорот околку прелиминарниот распоред на оценувањето. Водачот на тимот:

- договара состанок со тимот пред оценувањето
- ја претставува организацијата на тимот и ја запознава со процесот на оценувањето
- ја координира работата на оценувачкиот тим во установата
- комуницира со претставниците на установите во текот на оценувањето
- утврдува дали известувањето за распоредот на акредитациската посета е истакнато во здравствената установа
- задолжен е за одржување на дневни состаноци со тимот
- утврдува дали членовите на тимот ги имаат комплетирано своите задачи и дали едни со други ги размениле информациите
- да даде поддршка на членовите на тимот, така што поголем дел од извештајот да го завршат во тек на самата посета
- го составува оценувачкиот извештај, од приложените индивидуални извештаи на оценувачите следејќи ги насоките во самиот извештај
- го припреми завршниот извештај
- го пополнува образецот за евалуација на работниот тим

4.2.2 Членовите на тимот во процесот на надворешно оценување

- Секој член на тимот е должен да оцени одреден број на стандарди со критериумите со задолжително барање на што поголем број на докази. Тие исто така треба да достават до останатите членови на тимот релевантни

информации до кои се дошле во областите на оценување. Оценувачите водат белешки уредно.

- Оценувачите собираат информации во текот на акредитацискиот процес на повеќе начини:
 1. набљудување на просторот внатре во болницата и околу неа
 2. разговори со членовите на тимовите за самооценување; вработените и пациентите
 3. увид во расположливата документација
 4. проверка на имплементацијата на процедурите
- Членовите на тимот ги следат упатствата од Водичот за надворешни оценувачи.

4.2.3 Препораки за водење на разговори во текот на акредитациската посета

Цел на интервјуто

Тимското и групно разговарање со вработените и пациентите претставува важен дел од оценувањето и се користи за утврдување на исполнетоста на стандардите. Разговорот со тимовите за самооценување ќе им овозможи на оценувачите подобро разбирање на процесот на давање на услуги во одредени организациони единици (одделенија, клиници), појаснување на областите кои не се добро прикажани во самооценувањето, така што можат на лице место да проверат како и колку се имплементирани процедурите и протоколите и дали вработените се запознаени со: целта на постоењето на здравствената установа, начинот на работење, задачите, програмите за едукација, програмите за безбедност и здравје на работното место. Може да се провери посветеноста на установата за имплементацијата на системот за безбедност на пациентите итн. За да може разговорот да ги даде очекуваните резултати, техниката за водење на интервјуата мора да биде јасно дефинирана и совладана од страна на надворешните оценувачи.

Водење на интервјуата

Добро обучените оценувачи треба:

- да развијат структура на интервјуа, низ збир на едноставни, неформални прашања со кои можат да го започнат процесот, да знаат кои стандарди треба да се обработат и кои се испитаниците.

- да го претстават својот тим и себе си, да ја нагласат целта на интервјуто, како и должината на траење на интервјуто, да ги разјаснат стандардите кои се испитуваат

- да слушаат и да бидат флексибилни
- да користат отворен и позитивен говор на телото
- во текот на интервјуто да собираат и бележат искази кои ќе допринесат во успехот или неуспехот на исполнувањето на критериумите
- да го контролираат интервјуто и да спречат за време на групните испрашувања да доминира една личност, а да ги охрабруваат останатите да се вклучат во разговорот
- да користат записничари, или сами да го забележуваат она што сметаат дека е важно во текот на интервјуто
- да понудат стратегија за тоа како можат да се исполнат критериумите, спомнувајќи успешни практики од други установи, без именување на истите (оценувачите не би требало да зборуваат за случувањата од својата матична организација, освен за тоа некој конкретно не ги праша)
- не треба да покажуваат пристрасност, ниту да имаат фаворити
- треба да ги почитуваат временските рокови и распоредот на акредитациската посета
- да ги сумираат главните искази кои се изнесени, да даваат примери за успешни практики, да ги истакнуваат областите кои треба да се унапредат и се благодарат на испитаниците за помошта и времето кое го посветиле за акредитациската посета

Техники на испрашување

Оценувачите треба да користат познати техники за испрашување во текот на разговорот:

- употреба на клучни зборови како: како, каде, кога, зошто, што, кој и покажете ми
- хипотетичките прашања "што" "ако" "да претпоставиме" ... да покажат разбирање на политиката и процедурите кои се користат
- отворени прашања заради истражување на предметите и добивање на генерална слика со "кажете ми"
- затворени прашања заради потврдување на ситуацијата или испитување на фактите
- дополнителни прашања за да се појаснат некои недоумици
- треба да покажат разбирање кога вработените не ги разбираат прашањата на оценувачите

Техники на слушање

Техниките за слушање подразбираат невербална поддршка како што е контактот со очите и површно климање со главата како знак за покажан интерес, искажување на емпатија, изразување на збунетост кога зборуваат за проблематични

делови и ги охрабруваат да продолжат, покажуваат дека ги слушаат и ги разбираат соговорниците

Аналитички вештини

Оценувачите треба да бидат способни за анализирање на голем број на информации во краток временски рок. При испитување на информациите кои им се претставени треба да се разгледа следново:

- вистинитост, релевантност и применливост на критериумите кои се оценуваат
- утврдување на усогласеноста на околностите во установите
- усогласеност со националните и локалните текови, со барањата, плановите и со примерите на добра пракса

Управување со времето

Оценувачите мораат рационално да управуваат со расположливото време и својата работа да ја прилагодуваат однапред со испланираниот распоред за посетата на здравствената установа.

Препораки за вештините за набљудување

Оценувачите треба да ги употребат своите набљудувачки способности во текот на водењето на интервјуата, како и за време на посетата на службите и при разговор со вработените и раководителите. Потребно е да се обрне внимание на:

- вообичаената пракса во установата
- извршување на работните задачи во спротивност на вообичаената пракса
- околината и хигиената
- генералниот амбиент
- на информации на огласните табли, масите, работните површини
- однесувањето на вработените, меѓусебната комуникација
- на знаци за узбуна и приборот за прва помош
- придржување до општите здравствени и сигурносни барања
- одржување на доверливоста на клиентите, вербално и со видот на документираните информации.

4.2.4 Компоненти на оценувањето

Состанок на тимот еден ден пред почетокот на оценувањето

Состанокот на тимот еден ден пред почетокот на оценувањето го свикува водачот на тимот кој и го води состанокот организиран во установата. Сите членови на

тимот треба да изнесат свое видување на самооценувањето, процена на која службите бараат обрнување на поголемо внимание и каде можат да очекуваат проблеми. Можат да ја прегледаат документацијата и да се припремат за заедничко оценување.

Воведен состанок

Оценувањето започнува со воведен состанок во здравствената установа чија цел е запознавање со раководството на установата и на надворешните оценувачи. Секој оценувач треба да се претстави и кратко да го изнесе своето образование. Добриот воведен состанок е погоден за создавање на добра атмосфера во установата во текот на посетата и може да обезбеди важни информации за надворешните оценувачи. Неопходно е тимот на надворешни оценувачи да дојде во акредитациска посета во договореното време.

Воведниот состанок трае саат време, претставниците на раководството на здравствената установа ги запознаваат оценувачите со актуелните прашања-предизвици, планови за иднина, со очекувањето од акредитацискиот процес, проблеми со кои се соочиле во текот на самооценувањето. Запознавањето со установата трае 30 минути, а остатокот од времето е резервиран за дискусија. Потребно е да се води записник од овој состанок. Неопходно е да се предупреди тимот на оценувачи за можните проблеми помеѓу раководството и вработените (нејасно дефинираните одговорности во внатрешноста на здравствените установи, реорганизација на здравствените установи), како и можните примери на несогласувања помеѓу вработените.

На поставените прашања, понатаму одговара водачот на тимот во име на своите колеги.

Услови за работа во тимот за самооценување

За оценувачкиот тим и нивните потреби се обезбедува посебна просторија со расположливата припремена документација. За време на акредитацискиот процес, координаторот за акредитација од здравствената установа континуирано е на располагање на оценувачкиот тим.

Оценување на службите

Оценувањето на клиничките служби спрема однапред утврден распоред трае 2 часа по служба. Надворешните оценувачи во текот на планирањето на акредитациските посети ќе го алоцираат потребното време за различните активности (обиколка, разговор со тимот, преглед на документацијата), но вкупното време

останува во рамките на 2 часа. Исто така и распоредот на активностите сами го одредуваат. Доколку во текот на посетата дојде до потреба за продолжување на времето за оценување, или промена на распоредот, потребно е да се извести координаторот, но не се очекува дека ваквите ситуации ќе бидат чести. Се работи колективно и тимски за да се изврши оценувањето на самото место и да се припреми акредитацискиот извештај со поделба на работата.

Разговор со тимот

Ндворешните оценувачи разговараат со тимот од службата (6-8 членови) за оцената на имплементираниите стандарди. Главната задача е да се потврди (или не) процената на здравствената установа за имплементацијата на стандардите и да се даде препорака за подобрување.

Тимски состанок водат најмалку два оценувачи. Еден оценувач води дискусија и поставува прашања, додека другиот оценувач ги бележи коментарите. После состанокот со тимот, двата оценувачи учествуваат во одредување на оцената на вклопување.

Кај некои состаноци на тимот (управување и раководење) сите членови на тимот би требало да бидат присутни. Оценувачите одредуваат пред разговорот со тимот кои прашања сакаат да ги постават во врска со стандардите/документацијата. Коментар: нема да биде можно со тимот да се продискутираат сите стандарди/критериуми, така што оценувачите мора да направат избор.

Оценувачите ќе се претстават и ќе ги замолат сите членови на тимот од здравствената установа да се претстават и да ја наведат својата улога во службата. После завршениот состанок главните оценувачи се заблагодаруваат на членовите на акредитацискиот тим за учеството и ги прашуваат членовите на тимот дали имаат некакви прашања за оценувачите, а потоа главниот оценувач накратко го резимира сето она што оценувачите го дознале во текот на разговорот со тимот (главните достигнувања/промени за тимот).

Во текот на оценувањето членовите на тимот меѓусебно ги решаваат сите несогласувања и го претставуваат мислењето кое е резултат на консензус од резултатите на оценувањето.

Обиколка на службите

Раководителот на службата ги води оценувачите во обиколка на службата. Барем еден оценувач мора да ја обиколи службата, идеално би било во обиколка да одат повеќе оценувачи, така што би имало повеќе мислења за таа служба.

Оценувачите можат во текот на обиколката кратко да поразговараат со вработените. Мора да се води сметка да не се попречува редовната работа на вработените во службите непотребно.

Оценувачите го проценуваат физичкиот распоред на службата, во која мера просториите одговараат и се адекватни, каков е протокот на пациенти во службата, затоа лично присуствуваат за време на лекувањето во рамки на службата, внимаваат на протокот на вработените во службите, ги проценуваат расположливите опреми (достапност на неопходната опрема и недостаток на истата).

Оценувачите треба да внимаваат на прашањата за безбедноста, да разговараат со пациентите/семејствата таму каде што тоа е возможно. Оценувачите накратко застануваат (најмногу 5 мин.) да поразговараат со пациентите/семејствата на оние кои моментално се лекуваат. Целта на разговорот е да се добијат ставови од пациентите/семејствата за лекувањето кое им е укажано, да се добијат мислења за лекувањето кое во моментот се одвива.

Оценувачите ја анализираат документацијата, произволно се бираат и анализираат картони од пациентите, како би се видело дали се потполни (дали може да се следи лекувањето на тој пациент), се анализираат протоколи, нивната достапност и користење.

Преглед на документацијата

Се рагледува медицинската документација на пациентите (примерок), во која се следи текот на лекувањето, резултатите.

Се прегледуваат и прирачниците за Клиничките упатства, клиничките патеки и другите документи за добра клиничка пракса: како се користат, се анализира дали вработените се добро запознаени со нив и слично.

Оценување на неклиничките служби

За време од еден час се разговара со тимот: човечки ресурси, управување со информации, раководење и управување, и за време од еден час се прегледува документацијата.

Два часа се посветува на поглавјето за управување со ризик и безбедност на пациентите:

- разговор со тимот
- обиколка (управување со отпадот, стерилизација и др.)
- анализа на документацијата

Избрана (фокус) група:

Во тек на надворешното оценување, разговорот тре ба да се води со:

- лежечки пациенти и ако во моментот се присутни, членови на нивни семејства
- вработени, по случаен избор

Целта на разговорите со фокус-групите е да се помогне во верификување/потврдување на она што здравствената установа го тврди за себе си, и да се спореди оцената од надворешниот оценувач со оцената која е ставена во постапката на самооценување. Разговорот со претставници на фокус групите трае еден час.

Прашања кои се поставуваат во текот на разговорот со избраната група:

- Какво е (беше) вашето искуство во оваа здравствена установа?
- Дали во текот на целосното лекување бевте добро информирани за текот на вашата болест и вашата здравствена состојба?
- Во случај, доколку сте биле загрижени за нешто/ сте имале забелешка, дали знаевте со кого може да поразговарате?
- Дали имате предлог за унапредување на лекувањето во здравствените установи?

Комуникација во рамки на тимот за надворешни оценувачи во текот на акредитациската посета

Дневен состанок членовите во тимот на оценувачи одржуваат на крајот на секој ден и на него се резимира завршената работа. Водачот на тимот прави кратки дневни извештаи со цел размена на впечатоци, потврдување на сознанијата до кои се дошло, барање совет, поддршка и соработка со колегите. Оценувачите треба да разменат информации и докази кои ги собрале со цел реално оценување на стандардите и критериумите.

Состаноците со претставникот на управниот одбор или со високото раководство на установите се одржуваат секој ден, водачот на тимот на кратко се состанува со раководството на установата и дискутира за евентуалните проблеми на кои се наишло во тек на надворешното оценување. Ако постојат значајни сознанија за постоење на ризик кој може да ја одложи акредитацијата, тоа веднаш мора да се пренесе на одборот/раководството, така што истиот може да се избегне. Потребно е да се достави доказ за елиминирањето или минимизирањето на ризикот ако истиот постои.

Водачот на тимот издвојува време за оценувачите и им дава поддршка, совет, исто така може да се изврши преглед како оценувачите ги извршуваат своите дневни

задачи. Тој преговара во име на тимот и бара од управниот одбор додатна документација, пристап и др.

Завршниот состанок со вработените во установите

Пред завршниот извештај и презентирање на истиот на вработените, водачот на тимот одржува состанок со оценувачкиот тим каде го дефинира следното:

- главната тема на која треба да се однесува состанокот
- припрема на краток извештај за секое поглавје од стандардите
- утврдување дали постои некој критериум оценет со 1 или стандард оценет со 2 кои можат да влијаат на акредитацискиот статус

Завршниот состанок е последната сесија од акредитациската посета и го претставува вербалното резиме на високо ниво од страна на оценувачите, во врска со тоа што е забележано во текот на посетата. Заклучоците на тимот за надворешно оценување се претставуваат на високото раководство или на претставникот на управниот одбор на здравствената установа пред да биде претставен на вработените. Состанокот треба да трае еден час, и треба да опфати со своето присуство што поголем број вработени. Водачот на тимот води состанок според белешките, во таа прилика се дава пофалба (на она што е добро извршено) и се разговара во врска со главната препорака (што е тоа што може да се унапреди).

Водачот на тимот оценувачи го претставува тимот и известува кој оценувач ја оценувал која служба, а притоа воведува и ред во извештаите на оценувачите. Водачот на тимот дава резиме на вкупните наоди во траење од околу 5-10 минути (главните предизвици и проблеми со кои се судира здравствената установа и главните достигнувања).

Водачот на тимот ја завршува сесијата, и притоа:

- известува дека резимето на наоди е само резиме и дека повеќе детали ќе се најдат во писмениот извештај за здравствената установа. Ги известува присутните дека извештајот за извршената акредитациска посета ќе биде готов во рок од 15 дена и ќе биде пратен до Агенцијата. Агенцијата на основа на наодите од оценувачите го изработува завршниот акредитациски извештај.

Соопштува дека писмениот извештај ќе даде и нумеричко резиме на наодите;

Може да даде коментари на документацијата за самооценување, доколку е добро направена

Се заблагодарува на здравствената установа за соработката за време на посетата, а посебно на тимовите за самооценување на добрата соработка

Во текот на поденсување на извештајот на крајот од претставување на резултатите, нема дискусија.

На крајот водачот на тимот пишува извештај на основа на коментарите и оцените добиени од ндворешните оценувачи. Извештајот содржи пофалби и препораки и се праќа до Агенцијата.

4.2.5 Скала за оценување

Исполнетоста на критериумите се користи за да се прикаже нивото на усогласеност кое здравствената установа го постигнала по секој критериум од стандардите. Скалата ги има оцените од 1-5:

Оцена 1 Подразбира дека критериумот не е воведен во примена

-потребно е да се образложат причините поради кои критериумот не е воведен во примена и да се предложат мерки и активности кои ќе бидат превземени за истиот да се воведе во примена.

Оцена 2 Подразбира дека критериумот се воведува во примена

-протоколите и процедурите се во тек на подготовка и се воведуваат во примена - недоволна документација,
-недоволно разбирање од страна на пациентите,
-недостаток на континуирана пракса и координација,
-присуство на ризик,
-потребно е да се предложат мерки и активности кои ќе се превземат со цел критериумот адекватно да се воведе во примена.

Оцена 3 Подразбира дека критериумот се применува

-процедурата воглавно се применува, има недостаток од соодветна документација,
-не постои доследна имплементација, и не е разбирлива од страна на вработените,
-не постојат доволни докази за постојаното унапредување на квалитет,
-ризиците се сведени на минимум.

Оцена 4 Подразбира напредно ниво на примена на критериумот

-комплетна документација,
-протоколите и процедурите се применуваат доследно,
-истите се разбрани од страна на сите,
-препознати се потребите на пациентите,

- нивото на ризик е намален или целосно елиминиран,
- присутни се докази за постојано унапредување на квалитетот.

Оцена 5 Подразбира најдобра примена на критериумот

- успешна примена на критериумот без никаков недостаток,
- широка примена на најдобрата пракса,
- истиот ги надминува очекувањата на клиентот,
- успешно справување со ризик.

4.3 Пишување извештај

Алатката за самооценување која им е претходно дадена на надворешните оценувачи, ја имаат и во електронска форма. Таа ќе биде пополнета доколку е можно истиот ден на оценување, или набрзо после тоа, а краен рок е 15 дена од завршувањето на посетата, (препорака е да се напише извештајот додека се впечатоците свежи). Алатката се пополнува компјутерски, за што ќе се обезбедат услови. Два оценувачи кои оценуваат некоја служба ќе соработуваат на пополнување на еден дневен извештај за секоја служба. На крајот на оценувањето, оценувачите остануваат на местото уште дополнителен половина ден да пополнат делови на извештаи и потврди за сознанијата од документацијата кои сеуште не се потврдени. Пред предавање на извештајот на тимот, оценувачите треба да го прегледаат следното:

- да се изврши преглед на секој стандард
- дали се опфатени сите критериуми
- дали сите оценки под 4 имаат соодветни коментари
- дали сите критериуми оценети со 2 или 3 имаат соодветни препораки
- дали останатите критериуми имаат адекватни коментари
- дали има пофалба во областите каде што критериумите се целосно исполнети (4 и 5)

Деловите на извештајот се даваат на водачот на тимот. Оценувачкиот извештај на установите им дава јасен преглед на нивната организација, и им дава основа за креирање на план за унапредување на квалитетот преку деталните повратни информации и усогласености со стандардите. Коментарите, сознанијата, препораките, пофалбите и сугестиите се уредени според критериумите кои ги рангирале оценувачите. При пишување на коментарите пожелно е оценувачите да користат целосни реченици, таму каде што тоа е возможно, со внимателно користење на

придавки и без користење на кратенки, истовремено да бидат објективни. Препораките служат за да ѝ се појасни на установата што е потребно за да се исполнат одредени критериуми, а не да се зборува за начинот на исполнување на истите. Тоа е обично една реченица, со која се дава коментар и објаснување. Критериумите оценети со 1 и 2 задолжително мора да имаат препорака, оцена 3 може да има препорака ако оценувачите сметаат дека е потребно дополнително појаснување за установата, додека за оцена 5 препорака не е потребна, тука треба да има само пофалба. Препораките мораат да бидат напишани со јасни реченици и секоја препорака мора да има три дела

- дел кој се однесува на коментар за состојбата и недостатоците
- дел кој се однесува на потребните подобрувања кои треба да се спроведат, но не и начинот како тоа треба да се направи, тоа е одлука на установата
- дел кој точно означува на кој критериум се однесува препораката (препораката мора да ги опфати сите стандарди и критериуми на кои се однесуваат, на пример, лекување, менаџмент, безбедност на пациентите, и истите можат да бидат опфатени со една препорака

На пример:

- личност е видена во текот на обиколката како работи без соодветната заштитна опрема (ракавици, заштитни наочари и др.), и забележано е дека не се спроведува политика на одвојување на медицинскиот отпад на адекватен начин во соодветни кеси.
- Тимот за управување со медицинскиот отпад мора да спроведе истрага и да ги утврди причините за ова, да превземе ефикасни мерки за да се реши овој проблем, да состави извештај и да се достави до раководството за резултатите.
(управување со медицински отпад)
- Оваа препорака се однесува на стандард 6 во делот за човечки ресурси, кој бара програма за заштита на здравјето при работа и упатство за нивно спроведување. За да се добие појасна слика и да не мора да се повторуваат препораки за ваквите стандарди, потребно е да се поврзат и да се даде единствена препорака.
- Водачот на тимот е задолжен сите вакви препораки да ги поврзе и да направи единствен коментар на ниво на цела установа
- За успешно завршување на оваа задача непходно е многу добро познавање на стандардите и добра интерпретација

Водачот на тимот пополнува нацрт извештај, ја проверува неговата конзистентност, објективност, адекватност, прегледност, потполност утврдувајќи дали постојат оценки за сите критериуми и стандарди. Водачот на тимот контактира со членовите на тимот околу областите кои треба да се појаснат и оценат, но и за тие кои мора повторно да се прегледаат. Тој спрема извршен заклучок за установата која ја дава на преглед на организацијата, достигнувањата како и деловите кои треба да се поправат. Со извештајот може да оди и придружно писмо од тимот на надворешни оценувачи кое може да содржи препораки од тимот за акредитацискиот статус.

Препораката на тимот не смее да биде вклучена во извештајот.

После завршувањето на акредитациската посета, тимот за надворешно оценување т.е водачот на тимот, најдоцна во рок од 15 дена доставува до Агенцијата Извештај за направената акредитациска посета.

Завршниот извештај е документ за работата на надворешните оценувачи и се состои од:

- Општ впечаток на надворешни оценувачи;
- Вовед - општи информации за здравствени установи;
- Вкупни резимеа - наоди: краток текстуален опис за она што го забележале надворешните оценувачи, резимеа со нумерички оценки и усогласување од страна на оценувачите (вкупно и по поединечни служби);
- Детални наоди по службите;
- Оцени на оценувачите;
- Коментари;
- Пререпораки –пофалби;
- Опис на областите кои се добри;
- Опис на областите кои бараат унапредување.

Во завршниот извештај не се зборува за идниот акредитациски статус. Листата за проверка која треба да ја пополнат надворешните оценувачи, ја добиваат пред посетата за надворешно оценување.

На основа на Извештајот на надворешните оценувачи и Извештајот на самооценување, Агенцијата за акредитација го креира завршниот Извештај.

Завршниот Извештај содржи општи препораки и пофалби, споредба на оцените од самооценувањето и надворешното оценување, како и специфични препораки и пофалби. Агенцијата потоа го испраќа завршниот Извештај до оценувачите за потврда на вистинитоста на податоците содржани во него, а после нивната потврда се испраќа и до здравствената установа која се акредитира, за нивна потврда.

Според Законот за здравствена заштита, Член 243, став (3), (4) и (5) („Службен весник на РМ“ бр. 43/12; 145/12; 87/13; 164/13, 39/14, 43/14 и 10/15), понатамошната постапка е следната:

(3) Здравствена установа добива акредитација доколку Агенцијата утврди исполнување на утврдените стандарди за одредена област од здравствената дејност.

(4) Агенцијата со решение утврдува исполнетост на стандардите за акредитација на здравствената установа, кое е конечно во управна постапка и против него може да се покрене управен спор.

(5) По донесувањето на решението од ставот (4) на овој член, Агенцијата издава сертификат за акредитација на здравствената установа.

Сертификатот за акредитација

Според Член 244, став (4) и став (5) од истиот Закон, Сертификатот за акредитација на здравствената установа се објавува на веб страницата на Агенцијата и на Министерството за здравство., а здравствената установа која добила акредитација е должна секоја промена во врска со акредитацијата да ја пријави на Агенцијата.

(6) Сертификатот за акредитација добиен согласно со овој закон или сертификатот признат од Европската агенција надлежна за акредитација на здравствените установи потврдува дека здравствената установа ги исполнува националните, односно меѓународно признатите стандарди за вршење на здравствена дејност.

Патни трошоци за оценувачите

Трошоците за пат, исхраната и дневниците се на товар на Агенцијата, во соодветност со бројот на денови кои оценувачите ги поминале во установата во процес на акредитација.

5. Услови за добивање на акредитација

Здравствената установа се стекнува со акредитација за период од една година, доколку:

-остварила 40-50 % од оценките 4 и 5;

-нема повеќе од 20 % од оцените 1 и 2;

-критериумите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите во процесот на лекување на пациентите не се оценети со оценка помала од 4.

Здравствената установа се стекнува со акредитација за период од три години, доколку:

- остварила 51-70 % од оценките 4 и 5;
- нема повеќе од 15 % од оцените 1 и 2;
- критериумите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите во процесот на лекување на пациентите не се оценети со оценка помала од 4.

Здравствената установа се стекнува со акредитација за период од пет години, доколку:

- остварила 71-100 % од оценките 4 и 5;
- нема повеќе од 10 % од оцените 1 и 2;
- критериумите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите во процесот на лекување на пациентите не се оценети со оценка помала од 4.

6. Улога на надворешните оценувачи после акредитацијата на здравствените установи

Установата после добивање на акредитацијата прави план за унапредување на квалитетот и го доставува до Агенцијата.

Агенцијата ги ангажира оценувачите во редовни и вонредни посети, при кои треба да се направи оценка дали се спроведува планот за унапредување на квалитетот.

ДОПОЛНИТЕЛНИ ФОРМУЛАРИ И ДОКУМЕНТИ КОИ СЕ ДОСТАВУВААТ:

- Кодекс на професионална етика на надворешните оценувачи
- Алатка за самооценување
- Формулари за самоевалуација и формулари за евалуација

Користена литература:

1. Pomey MP, Contandriopoulos AP, François P, Bertrand D. Accreditation as a tool for organisational change. *Int J Health Care Qual Assur.* 2004;17:113–24.[PubMed]
2. Shaw CD. Accreditation in European Healthcare. *Jt Commission J Qual Pat Saf* 2006;32:266-75.
3. International Society for Quality in Healthcare. *International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organisations*,. 3rd edn. Dublin: International Society for Quality in Healthcare.; 2007.<http://isqua.org/reference-materials.htm> (12 Augustl 2015, date last accessed).
4. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: A systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2008;20:172–83. [PubMed]