



FORMULAR APLIKIMI

AKREDITIM I INSTITUCIONIT SHËNDETËSOR
AGJENCIA E SIGURIMIT TË CILËSISË SË KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE
SHOQËROR
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE



Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni: Tel: + 355 (4) 245 22 86 E-mail: info@asck.gov.al Web: www.asck.gov.al	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
Shënim: Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë, ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.	Nr. Prot: Date:

SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI INSTITUCIONIN SHËNDETËSOR (ISH)

1. Emri i ISH	<input type="text"/>	2. NUIS/ NIPT <i>Nr. unik i identifikimit të subjektit</i>	<input type="text"/>
3. Tipi i ISH	<input type="checkbox"/> Publik <input type="checkbox"/> Privat	4. Nr. Tel/ Fax	<input type="text"/>
5. E- mail	<input type="text"/>	6. Kodi	<input type="text"/>
7. Qyteti	<input type="text"/>	8. Kutia Postare	<input type="text"/>
9. Adresa	<input type="text"/>		

Shënim: Emri dhe Tipi i ISH janë ato që plotësohen edhe në Certifikatën e Akreditimit. Me Tipi kuptohet forma legale e subjektit, psh: shpk, ShA, etj.

SEKSIONI A1: INFORMACION SPECIFIK MBI SUBJEKTIN LIGJOR:

10. Emri i Subjektit Ligjor	<input type="text"/>	11. Tipi i Subjektit Ligjor	<input type="text"/>
12. Nr. Tel/ Fax	<input type="text"/>	13. NUIS/ NIPT <i>Nr. unik i identifikimit të subjektit</i>	<input type="text"/>
14. E- mail	<input type="text"/>	15. Kodi	<input type="text"/>
16. Qyteti	<input type="text"/>	17. Kutia Postare	<input type="text"/>
18. Adresa	<input type="text"/>		

Shënim: Me subjektin ligjor nënkutojmë organizmin që ka autoritetin final mbi ISH që kërkon të akreditohet. Në rastet kur emri dhe tipi i ISH përpunet me emrin dhe tipin e subjektit, pikat 10- 18 nuk plotësohen.

TË DHËNA MBI KOORDINATORIN E CILËSISË, OSE PERSONIN E KONTAKTIT NË ISH QË DO TË NDJEKË PROCESIN E AKREDITIMIT:

19. Emri	<input type="text"/>	20. Mbiemri	<input type="text"/>
21. Nr. Tel/ Fax	<input type="text"/>	22. E- mail	<input type="text"/>
23. Adresa	<input type="text"/>		

SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKIMIN

1. Zgjidhni një nga shërbimet më poshtë:

- Akreditim i Institucioneve Shëndetësore Stomatologjike.
- Akreditim i Institucioneve Shëndetësore Farmaceutike.
- Akreditim i Institucioneve Shëndetësore Laboratorike.
- Akreditim i Institucioneve Shëndetësore Spitalore.
- Akreditim i Institucioneve Shëndetësore Parësore

2. Kërkesë për :

- Akreditim Ekspertizë
 Ri- akreditim Vizitë asistuese

3. Akreditimi në objekte të ndryshme:

- Po Jo

TË DHËNA MBI OBJEKTET:

4. Numri i vendndodhjeve	<input type="text"/>	5. Nr. Tel/ Fax	<input type="text"/>
6. Adresa	<input type="text"/>		
7. E- mail	<input type="text"/>	8. Kodi	<input type="text"/>
9. Qyteti	<input type="text"/>	10. Kutia Postare	<input type="text"/>

Shënim: Në rastet e ISH me shumë vendndodhje duhet të jepen të dhënat për secilën vendndodhje. Kjo pikë duhet të plotësohet aq herë sa është numri i vendndodhjeve. Secila vendndodhje duhet të ketë numrin përkatës duke filluar nga 1.

11. ISH është:	Po	Jo
a) publik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) privat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1) Një individ/ personi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2) Një shoqërie (pjesë apo i gjithi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) të tjera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANIZIMI I INSTITUCIONIT:

12. Emri i titullarit :	<input type="text"/>	13. Mbiemri i titullarit :	<input type="text"/>
14. Nr. Tel/ Fax	<input type="text"/>	15. Email	<input type="text"/>
16. Adresa	<input type="text"/>		
17. Data e preferuar nga ISH për kryerjen e akreditimit nga vlerësuesit e jashtëm:			
Data e vlerësimit nga:	<input type="text"/>	Në:	<input type="text"/>

SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR

DOKUMENTACIONI BAZË PËR APLIKIM PËR AKREDITIM:

- Kërkesën me shkrim nga titullari i Institucionit Shëndetsor drejtuar Drejtorit të ASCKSHSH + formularin e aplikimit të plotësuar.
- Një kopje të vendimit nga ISHISH për mbikqyrjen e standardeve bazë për akreditim.
- Lista e punonjësve të përfshirë në ekipin/ et e vetëvlerësimit.
- Strukturën organizative (organogramën) e Institucionit Shëndetsor që kërkon të vlerësohet.
- Numri total i punonjësve të institucionit.
- Të dhëna për personelin e lartë.
- Të dhëna për personelin ndihmës.
- Raportin e parë të Vetë-Vlerësimit
- Raport-Pasqyrë të të dhënave lidhur me profilin e ISH.
- Përshkrim të shkurtër të pronave/ asetëve të kujdesit shëndetësor (Nr. i godinave , moshën e tyre, sipërfaqja në metër katror).

- Objektivat e institucionit shëndetësor në lidhje me procesin e akreditimit.
- Misionin e shpallur dhe vizioni i Institucionit Shëndetësor.
- Përmbledhja ekzekutive e planit strategjik.
- Përshkrim të komunitetit/ popullatës që i ofrohet kujdes.
- Përmbledhje e arritjeve kryesore organizative në 18 muajt e fundit.
- Përmbledhja ekzekutive e planit organizativ të përmirësimit të cilësisë.
- Raportin e fundit të vetë-vlerësimit.
- Mandat pagesën në përputhje me VKM për tarifën për akreditim (përpara vizitës së jashtme akredituese).
- Informacione apo materiale që mendoni se plotësojnë kërkesat për akreditim.

RAPORT PASQYRË TË TË DHËNAVE TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE STOMATOLOGJIKE:

- Raport-Pasqyrë të të dhënave lidhur me profilin e ISH.

***Numri i pacientëve që marrin shërbim të vazhdueshëm në klinikë, kanë kartela dhe ndiqen nga mjeku përkatës. Nuk përfshihen pacientët që vijnë si urgjencë dhe nuk rikthehen.**

RAPORT PASQYRË TË TË DHËNAVE TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE FARMACEUTIKE:

- Raport-Pasqyrë të të dhënave lidhur me profilin e ISH.

RAPORT PASQYRË TË TË DHËNAVE TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE LABORATORIKE:

- Raport-Pasqyrë të të dhënave lidhur me profilin e ISH.

RAPORT PASQYRË TË TË DHËNAVE TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE SPITALORE:

- Raport-Pasqyrë të të dhënave lidhur me profilin e ISH.

RAPORT PASQYRË TË TË DHËNAVE TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE PARËSORE:

- Raport-Pasqyrë të të dhënave lidhur me profilin e ISH.

KLAUZOLA DEKLARATIVE

DEKLARATË E ISH:

ISH deklaron që:

1. Pranon procedurat e akreditimit të përshkruara në VKM Nr. 865, datë 24.12.2019;
2. Është i gatshëm të pranojë grupin e vlerësimit të jashtëm të QKCSA- ISH dhe ti krijojë atij të gjitha kushtet e përshtatshme për vlerësim;
3. Është i gatshëm për të paguar tarifën e parashikuar në VKM nr. 865, dt. 24/12/2019 dhe të pranojë shpenzimet e tjera për mbikëqyrjen dhe mbajtjen e akreditimit;
4. Konform me rregullat e akreditimit të furnizojë me informacionet e nevojshme QKCSA-ISH me qëllim vlerësimin;
5. Në momentin që bën pjesë në një organizatë më të gjerë, të vendosë në dispozicion të QKCSA-ISH dokumentet personale të saj, me qëllim verifikimin e të dhënave.

Unë i/e nënshkruari/a _____ në dijeni të përgjegjësive penale që rrjedhin nga deklarimi dhe paraqitja e të dhënave e rrethanave të rreme, nën përgjegjësinë time personale deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe në respektim të ligjit Nr. 9887 "Për mbrojtjen e të dhënave personale" të ndryshuar, autorizoj me vullnetim tim të lirë institucionin, të përpunojë dhe të përdorë të dhënat e mia personale, për qëllime statistikore dhe të shqyrtimit të aplikimit.

- Njoftojmë se autorizimi i mëposhtëm është vullnetar

Autorizoj institucionin të përpunojë të dhënat e mia personale (emër, mbiemër, numër telefoni ose email) të mbledhura më sipër, me qëllim zhvillimin e sondazheve të automatizuara për marrjen e opinionit tim, në lidhje me cilësinë e ofrimit të shërbimit.

Nënshkrimi i aplikantit

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nënshkrimi i Drejtorit
të ISH

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--