

Tibb müəssisələrinin akkreditasiyası

QAYDASI

1. Ümumi müddəalar

1.1. Bu Qayda “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikası Qanununun 7-1-ci maddəsinə uyğun olaraq hazırlanmışdır və mülkiyyət növündən, təşkilati-hüquqi formasından asılı olmayaraq, Azərbaycan Respublikasının ərazisində fəaliyyət göstərən tibb müəssisələrinin (bundan sonra – tibb müəssisələri) akkreditasiyasının (bundan sonra – akkreditasiya) keçirilməsinin təşkilati və hüquqi əsaslarını müəyyən edir.

1.2. Bu Qaydada istifadə olunan əsas anlayışlar aşağıdakı mənaları ifadə edir:

1.2.1. **akkreditasiya** – tibbi xidmətin keyfiyyətinin, tibb müəssisələrinin fəaliyyətinin normativ hüquqi aktların tələblərinə uyğunluğunun müəyyən edilməsi və əhalinin yüksəkkeyfiyyətli tibbi xidmət göstərən tibb müəssisəsi tərəfindən müayinə və müalicə olunması üçün seçim hüququnun təmin edilməsi məqsədilə aparılan qiymətləndirmə proseduru;

1.2.2. **Akkreditasiya Komissiyası** – tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin akkreditasiya meyarlarına uyğunluğunun qiymətləndirilməsi məqsədilə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin (bundan sonra – Nazirlik) tabeliyindəki Tibb Müəssisələrinin Akkreditasiyası və Keyfiyyətə Nəzarət Mərkəzi (bundan sonra – Mərkəz) tərəfindən yaradılan komissiya;-

1.2.3. **akkreditasiya meyarları** – tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin normativ hüquqi aktların, klinik protokolların tələblərinə və standart əməliyyat prosedurlarına uyğunluğunun qiymətləndirilməsi üçün Nazirlik tərəfindən müəyyən edilən tələblər;

1.2.4. **akkreditasiya şəhadətnaməsi** – Nazirliyin “Vahid Səhiyyə İnformasiya Sistemi”nin “Tibb müəssisələrinin akkreditasiyası” altsistemində (bundan sonra – altsistem) elektron sənəd formasında yaradılan və elektron formada verilən tibb müəssisəsinin dövlət akkreditasiyası haqqında sənəd;

1.2.5. **Akkreditasiya Şurası** – akkreditasiyanın nəticələrinə və akkreditasiyanın təxirə salınmasına dair qərar qəbul etmək səlahiyyətinə malik olan kollegial orqan;

1.2.6. **müşahidə** – pasiyentə göstərilən tibbi yardımın müxtəlif mərhələlərinin izlənilməsi və tibb müəssisəsinin müxtəlif bölmələrinin işçilərinin iştirak etdiyi bir-biri ilə əlaqəli proseslərin qiymətləndirilməsi;

1.2.7. **özünüqiymətləndirmə** – akkreditasiya meyarları əsasında tibb müəssisəsinin tibbi xidmətlərin keyfiyyət səviyyəsinin təmin olunmasına dair ümumi fəaliyyəti və ayrı-ayrı tibbi xidmətlərin icrası üzrə təhlili;

1.2.8. **özünüqiymətləndirmə hesabatı** – akkreditasiya meyarları əsasında tibb müəssisəsinin tibbi xidmətlərin keyfiyyət səviyyəsinin təmin olunmasına dair ümumi fəaliyyəti və ayrı-ayrı tibbi xidmətlərin icrası üzrə təhlilini əks etdirən sənəd.

1.3. Bu Qaydada istifadə olunan digər anlayışlar “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu və bu sahədə münasibətləri tənzimləyən Azərbaycan Respublikasının digər normativ hüquqi aktları ilə müəyyən edilmiş mənalara ifadə edir.

1.4. Akkreditasiya zamanı aşağıdakı istiqamətlər üzrə tibb müəssisələrinin fəaliyyətinin akkreditasiya meyarlarına uyğunluğu qiymətləndirilir:

1.4.1. tibb müəssisələrində göstərilən tibbi xidmət və işlərin müvafiq olaraq dövlət və bələdiyyə tərəfindən yaradılan tibb müəssisələrinin nizamnamələrinə və özəl tibb müəssisələrinin lisenziyasının əlavəsinə uyğunluğu;

1.4.2. tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin təşkili (növbətçiliyin müəyyən edilməsi, müəssisənin dərman və tibb vasitələri ilə təchizatı və onlara dair daxili sənədləşmənin aparılması, tibbi qeydiyyat sənədləri, tibbi tullantıların idarə olunması işinin təşkili ilə bağlı sənədlərin yoxlanılması və s.);

1.4.3. tibb müəssisəsinin kadr potensialının göstərilən tibbi xidmət və işlərin növ və həcmində uyğunluğu;

1.4.4. tibb müəssisəsində tibbi statistik məlumatların toplanılması, saxlanması və hesabatların hazırlanması;

1.4.5. müəssisədaxili sanitariya-gigiyena tələblərinə əməl edilməsi, tibbi tullantıların toplanılması, müvəqqəti saxlanması və daşınması, dərman vasitələrinin, qan, qan komponentlərinin saxlanması və istifadəsi;

1.4.6. tibbi profilaktika, müayinə, müalicə, reabilitasiya və digər tibbi prosedurlar, həmçinin pasiyentlərə göstərilən digər xidmətlər (xəstələrin daşınması, yerləşdirilməsi, qidalanması (pəhrizə riayət olunması));

1.4.7. ölçmə funksiyalı tibbi cihazların, səhiyyə sahəsində fəaliyyətin həyata keçirilməsi üzrə nəzərdə tutulan ölçmə vasitələrinin “Ölçmələrin vəhdətinin təmin edilməsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq tipinin təsdiq edilməsi və yoxlamadan keçirilməsi.

1.5. Akkreditasiya və ondan sonrakı qiymətləndirilmə Mərkəz tərəfindən həyata keçirilir.

2. Akkreditasiyanın təşkili

2.1. Akkreditasiya hər 5 (beş) ildən bir həyata keçirilir.

2.2. Yeni təsis edilmiş tibb müəssisəsinin akkreditasiyası onun fəaliyyətə başladığı (özəl tibb müəssisələrinə münasibətdə isə lisenziya aldığı) tarixdən 5 (beş) il sonra həyata keçirilir.

2.3. Mərkəz hər təqvim ili aprelin 15-dən gec olmayaraq, növbəti təqvim ili üçün akkreditasiyası keçirilməli olan tibb müəssisələrinin siyahısını öz rəsmi internet informasiya ehtiyatında yerləşdirir. Bu Qaydanın 2.10-cu bəndində nəzərdə tutulan halda Mərkəz həmin siyahıda dəyişiklik edə bilər.

2.4. Akkreditasiyanın keçirilməsi ilə bağlı sənəd mübadiləsi “bir pəncərə” prinsipi əsasında altsistem vasitəsilə həyata keçirilir.

2.5. Akkreditasiyaya dair müraciətlər elektron qaydada aparılır. Hər bir tibb müəssisəsi üçün altsistemdə şəxsi kabinet yaradılır və onun elektron poçt ünvanına qeydiyyat şifrəsi göndərilir. Müəssisə qeydiyyat şifrəsi vasitəsilə onun üçün açılmış şəxsi kabinetdə yerləşdirilən sənədləri və məlumatları əldə edə bilər.

2.6. Bu Qaydanın 3.7-ci bəndi nəzərə alınmaqla akkreditasiyanın ümumi müddəti 90 (doxsan) iş günündən çox ola bilməz. Akkreditasiya bu Qaydanın 3.1-ci bəndinə uyğun

olaraq akkreditasiyanın keçirilməsi barədə bildirişin tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərildiyi gündən başlayır və bu Qaydanın 4.29-cu bəndində nəzərdə tutulan qərarın qəbulu ilə yekunlaşır.

2.7. Akkreditasiya aşağıdakı mərhələlər üzrə keçirilir:

2.7.1. tibb müəssisəsi tərəfindən özünüqiymətləndirmənin aparılması;

2.7.2. Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin akkreditasiya meyarlarına uyğunluğunun qiymətləndirilməsi (bundan sonra – qiymətləndirilmə).

2.8. Mərkəz bu Qaydanın 2.1-ci bəndində göstərilən müddətdə aşağıdakı hallarda yalnız 1 (bir) dəfə akkreditasiyanın təxirə salınmasına dair qərar qəbul olunması üçün Akkreditasiya Şurasına müraciət edə bilər:

2.8.1. tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin dayandırılması ilə nəticələnən fəvqəladə hallarda (təbii fəlakət, yanğın və s.) - tibb müəssisəsinin fəaliyyəti bərpa olunanadək;

2.8.2. digər dövlət orqanları (qurumları) tərəfindən tibb müəssisəsində yoxlamalar aparıldıqda - yoxlamalar başa çatanaadək.

2.9. Akkreditasiyanın təxirə salınması ilə bağlı müvafiq qərar qəbul edildikdə, qüvvədə olan akkreditasiya şəhadətnaməsinin etibarlılıq müddəti uzadılmır.

2.10. Aşağıdakı hallarda tibb müəssisəsinin növbədənkenar akkreditasiyası keçirilir:

2.10.1. tibb müəssisəsinin müraciəti əsasında akkreditasiya şəhadətnaməsi üzrə uyğunluq dərəcəsinin yüksəldilməsi məqsədilə cari akkreditasiya şəhadətnaməsi verildiyi tarixdən 1 (bir) il sonra;

2.10.2. bu Qaydanın 3.8-ci bəndində nəzərdə tutulan halda;

2.10.3. bu Qaydanın 6.3-cü bəndində nəzərdə tutulan halda illik hesabatın təhlili nəticəsində tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin bu Qaydanın 1.4-cü bəndində göstərilənlərə uyğun olmadığı aşkar edildikdə;

2.10.4. tibb müəssisəsinin fəaliyyəti və ya tibbi xidmətin (işlərin) keyfiyyəti ilə bağlı maraqlı tərəflərdən (pasiyentlər, onların ailə üzvləri və s.) faktlara əsaslandırılmış şikayətlər daxil olduqda.

2.11. Növbədənkenar akkreditasiya bu Qaydanın tələblərinə uyğun olaraq həyata keçirilir.

3. Özünüqiymətləndirmənin aparılması və qiymətləndirilmədən keçmək üçün sənədlərin və məlumatların təqdim edilməsi

3.1. Mərkəz Nazirlik tərəfindən müəyyən edilən akkreditasiyanın aparılmasına dair təlimatı əlavə etməklə tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə akkreditasiyanın keçirilməsi barədə bildiriş göndərir.

3.2. Tibb müəssisəsi bu Qaydanın 3.1-ci bəndində nəzərdə tutulan bildirişi aldıqdan sonra 20 (iyirmi) iş günü müddətində Nazirlik tərəfindən təsdiq edilmiş özünüqiymətləndirmə hesabat formasını müəssisənin cari vəziyyətinə uyğun doldurur və Mərkəzə altsistem üzərindən təqdim edir.

3.3. Özünüqiymətləndirmə hesabatı Mərkəzə təqdim edildiyi gündən 3 (üç) iş günü müddətində tibb müəssisəsi akkreditasiyanın keçirilməsinə görə “Dövlət rüsumu haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə müəyyən edilmiş məbləğdə dövlət rüsumunu “e-bildiriş” əsasında ödədikdən sonra qiymətləndirilmədən keçmək üçün aşağıdakı sənədləri şəxsi kabinetə daxil olaraq bu Qaydanın 3.5-ci bəndinin tələblərini nəzərə almaqla altsistemə daxil edir:

3.3.1. tibb müəssisəsinin nizamnaməsi;

3.3.2. tibb müəssisəsi tərəfindən həyata keçirilən tibbi xidmət (iş) növlərinin siyahısı (özlə tibb fəaliyyəti üçün verilmiş lisenziyanın və onun əlavəsinin skan edilmiş surəti);

3.3.3. bu Qaydanın 3.2-ci bəndində qeyd olunan özünüqiymətləndirmə hesabatına dair aşağıdakı sənədlər və məlumatlar:

3.3.3.1. tibb müəssisəsinin işçiləri haqqında məlumatlar (şəxsiyyət vəsiqəsi və tibb işçilərinin Nazirlik tərəfindən verilən registr kodu);

3.3.3.2. tibb müəssisəsi tərəfindən son təqvim ili üzrə göstərilmiş xidmətlərə dair statistik məlumatlar (pasiyentlərin sayı, müayinə, diaqnoz və müalicənin nəticələri);

3.3.3.3. akkreditasiya keçirilənədək tibb müəssisəsinin fəaliyyəti ilə bağlı son 3 (üç) il ərzində bağlanmış müqavilələrin və təhvil-təslim aktlarının (dərman və tibb vasitələrinin, dezinfeksiya, sterilizasiya, gigiyenik vasitələrinin və s. təchizatına dair) skan edilmiş surəti (olduğu halda);

3.3.3.4. tibb müəssisəsinin aparılmış əvvəlki akkreditasiya nəticələrinə dair yekun hesabatda (olduğu halda) göstərilən tövsiyə və göstərişlərin icrasına dair məlumat.

3.4. Bu Qaydanın 3.2-ci və 3.3-cü bəndlərinin tələbləri tibb müəssisəsi tərəfindən təmin edilmədikdə Mərkəz bu barədə məlumatı Akkreditasiya Şurasına təqdim edərək həmin tibb müəssisəsinin akkreditasiyadan keçməməsinə dair qərarın qəbul edilməsi barədə vəsatət qaldırır. Vəsatət Akkreditasiya Şurası tərəfindən araşdırılır, təmin edildiyi halda tibb müəssisəsinin akkreditasiyadan keçməməsi barədə qərar qəbul edilir.

3.5. Bu Qaydanın 3.3-cü bəndində qeyd olunan sənədlərin və məlumatların Elektron Hökumət İnformasiya Sistemi vasitəsilə müvafiq dövlət orqanından (qurumundan) əldə edilməsi mümkün olduqda həmin sənədlər və məlumatlar tibb müəssisəsindən tələb edilmir. Belə sənədlərin və məlumatların Elektron Hökumət İnformasiya Sistemi vasitəsilə əldə edilməsi mümkün olmadığı hallarda onların təqdim edilməsi tibb müəssisəsinin razılığı ilə sorğu əsasında müvafiq dövlət orqanından (qurumundan) tələb olunur və ya tibb müəssisəsi tərəfindən təmin edilir.

3.6. Bu Qaydanın 3.3-cü bəndinə uyğun olaraq sənədlər təqdim edildiyi gündən 10 (on) iş günü müddətində Mərkəz həmin sənədlərin tamlığını və düzgünlüyünü yoxlayır və sənədlərdə uyğunsuzluq və ya çatışmazlıqlar aşkar edilmədikdə təqdim edilmiş məlumat və sənədlərin qəbul edildiyi barədə bildirişi dərhal tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərir.

3.7. Bu Qaydanın 3.3-cü bəndində nəzərdə tutulan sənədlər tibb müəssisəsi tərəfindən altsistemə tam daxil edilmədikdə (bu Qaydanın 3.5-ci bəndinin tələbləri nəzərə alınmaqla), yaxud təqdim edilən sənədlərdə və məlumatlarda uyğunsuzluq və (və ya) çatışmazlıqlar aşkar olunduqda Mərkəz bu barədə tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə dərhal məlumat göndərir və uyğunsuzluq və (və ya) çatışmazlıqların aradan qaldırılması üçün 5 (beş) iş günü müddəti təyin edir. Bu zaman bu Qaydanın 2.6-cı bəndi ilə müəyyən edilən müddətin axımı dayandırılır və dayandırılmış müddət akkreditasiyanın ümumi müddətinə daxil edilmir. Uyğunsuzluq və (və ya) çatışmazlıqlar 5 (beş) iş günü müddətində aradan qaldırıldıqda müddətin axımı bərpa olunur və təqdim edilmiş sənədlərə və məlumatlara 5 (beş) iş günü müddətindən gec olmayaraq baxılır. Çatışmazlıqlar müəyyən edilmiş müddətdə aradan qaldırılmadıqda Mərkəz tərəfindən akkreditasiyanın keçirilməsi dayandırılır və bu barədə qərar 1 (bir) iş günü ərzində tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərilir.

3.8. Bu Qaydanın 3.7-ci bəndinə uyğun olaraq akkreditasiyanın dayandırılması barədə qərar qəbul edildiyi tarixdən 6 (altı) ay müddətində tibb müəssisəsinin növbədənkenar akkreditasiyası keçirilir. Bu halda yenidən dövlət rüsumu ödənilmir.

3.9. Bu Qaydanın 3.8-ci bəndində nəzərdə tutulan növbədənkenar akkreditasiya zamanı tibb müəssisəsi tərəfindən bu Qaydanın 3.7-ci bəndinin tələbləri təkrar təmin

edilmədikdə Mərkəz bu barədə məlumatı Akkreditasiya Şurasına təqdim edərək həmin tibb müəssisəsinin akkreditasiyadan keçməməsinə dair qərarın qəbul edilməsi barədə vəsatət qaldırır. Vəsatət Akkreditasiya Şurası tərəfindən araşdırılır və təmin edildikdə tibb müəssisəsinin akkreditasiyadan keçməməsi barədə qərar qəbul edilir.

4. Qiymətləndirilmənin aparılması

4.1. Bu Qaydanın 3.6-cı bəndinə uyğun olaraq təqdim edilmiş məlumat və sənədlərin qəbul edildiyi barədə bildiriş tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərildiyi gündən 15 (on beş) iş günü ərzində tibb müəssisəsinin qiymətləndirilməsi üçün Mərkəz tərəfindən Akkreditasiya Komissiyası yaradılır. Akkreditasiya Komissiyası hər bir tibb müəssisəsinin göstərdiyi tibbi xidmət növləri üzrə yaradılır və bu Qaydanın 4.29-cu bəndində nəzərdə tutulan qərar qüvvəyə minənədək fəaliyyət göstərir.

4.2. Akkreditasiya Komissiyasının tərkibi Mərkəzin rəhbəri tərəfindən təsdiq edilir və sədri də daxil olmaqla, azı 7 (yeddi) üzvdən ibarət olmalıdır.

4.3. Akkreditasiya Komissiyasının tərkibi Mərkəzin işçiləri (azı 2 nəfər), müqavilə əsasında cəlb edilən tibb müəssisəsinin göstərdiyi tibbi xidmət növləri üzrə müstəqil ekspert və mütəxəssislərdən ibarət olmaqla formalaşdırılır.

4.4. Akkreditasiya Komissiyasının fəaliyyəti Nazirlik tərəfindən təsdiq edilən Akkreditasiya Komissiyasının Əsasnaməsinə uyğun olaraq təşkil olunur.

4.5. Akkreditasiya Komissiyasının tərkibinə cəlb edilən ekspertlər və mütəxəssislər aşağıdakı tələblərə cavab verməlidirlər:

4.5.1. ali təhsilli olmalı;

4.5.2. öz ixtisası üzrə 5 il iş stajı (tibb işçilərinə münasibətdə sertifikatla təsdiqlənən) olmalı;

4.5.3. Mərkəz tərəfindən təşkil edilən tibb müəssisələrinin fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi ilə bağlı təlimlərdə iştirak etmiş və sertifikat əldə etmiş olmalı;

4.5.4. son 2 (iki) il ərzində akkreditasiyası keçirilən tibb müəssisəsi ilə müqavilə öhdəliyi olmamalı;

4.5.5. Azərbaycan Respublikası Mülki Məcəlləsinin 49-1-ci maddəsinin tələbinə uyğun olaraq, tibb müəssisəsinə aidiyyəti olan şəxslər siyahısında olmamalı.

4.6. Mərkəz bu Qaydanın 4.1-ci bəndinə uyğun olaraq, Akkreditasiya Komissiyası yaradıldığı gündən 2 (iki) iş günü ərzində qiymətləndirilmənin aparılması tarixi barədə bildiriş tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərir.

4.7. Tibb müəssisəsinin qiymətləndirilməsi Akkreditasiya Komissiyası üzvləri tərəfindən tibb müəssisəsinə gəlməklə 5 (beş) iş günündən çox olmayan müddət ərzində həyata keçirilir. Qiymətləndirilmənin aparılması üçün tibb müəssisəsində Akkreditasiya Komissiyasının üzvlərinə zəruri şərait yaradılmalıdır. Qiymətləndirilmənin aparılması üçün zəruri şərait yaradılmadıqda Akkreditasiya Komissiyası qiymətləndirilməni dərhal dayandırır və müvafiq akt tərtib edərək Mərkəzin rəhbərliyinə həmin gün təqdim edir. Mərkəz akt tərtib edilmiş tibb müəssisəsi ilə bağlı məlumatı 1 (bir) iş günü müddətində Akkreditasiya Şurasına təqdim edərək həmin tibb müəssisəsinin akkreditasiyadan keçməməsinə dair qərar qəbul edilməsi barədə vəsatət qaldırır. Vəsatət Akkreditasiya Şurası tərəfindən araşdırılır və təmin edildikdə tibb müəssisəsinin akkreditasiyadan keçməməsi barədə qərar qəbul edilir.

4.8. Tibb müəssisəsinin akkreditasiya meyarlarına uyğunluğunun qiymətləndirilməsi Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən aşağıdakı üsullarla aparılır:

4.8.1. tibbi qeydiyyat sənədlərinə baxış;

4.8.2. işçi heyətin sorğu-sual edilməsi;

4.8.3. müşahidə yolu ilə;

4.8.4. pasiyentlər (o cümlədən onların ailə üzvləri) arasında sorğuların aparılması.

4.9. Bu Qaydanın 4.8.1-ci yarımbəndinə əsasən tibbi qeydiyyat sənədlərinə baxış Akkreditasiya Komissiyasının üzvləri tərəfindən bu məqsəd üçün ayrılmış otaqda həyata keçirilir. Akkreditasiya Komissiyasının üzvləri sənədlərə baxış zamanı aşkar edilmiş qeyri-dəqiq məlumatı işçi heyətlə və (və ya) rəhbərliklə (rəhbər və (və ya) onun müavinləri) dəqiqləşdirə, eləcə də həmin məlumatları təsdiq edən sənədləri tələb edə bilər.

4.10. İşçi heyətin sorğu-sualı tibbi və texniki heyət tərəfindən funksional vəzifələrin yerinə yetirilməsi, müvafiq tibbi yardım növü üzrə keyfiyyət standartlarına və tibbi xidmət göstərilməsi qaydalarına riayət edilməsi ilə bağlı suallar üzrə aparılır.

4.11. Qiymətləndirilmənin aparılması zamanı müşahidənin aşağıdakı 3 (üç) növü tətbiq edilir:

4.11.1. fərdi;

4.11.2. sistemli;

4.11.3. profil (ixtisas) üzrə.

4.12. Müşahidə üçün seçilmiş pasiyentlərin sayı tibb müəssisəsinin növü, göstərilən xidmətlərin sayı və həcmi, həmçinin bilavasitə qiymətləndirilmə aparıldığı müddət ərzində xidmət göstərilən pasiyentlərin ümumi sayına uyğun müəyyən edilir. Göstərilən tibbi xidmətin növündən və həcmindən asılı olaraq müşahidə 3 (üç) saata qədər davam edə bilər. Eyni tibbi prosedur üzrə yalnız 1(bir) pasiyent müşahidə edilə bilər.

4.13. Fərdi müşahidə zamanı qiymətləndirilmə konkret pasiyentlərlə bağlı tibbi və qeyri-tibbi prosedurlara (pasiyentin qidalanması, şəxsi gigiyenası və s.) dair tibbi qeydiyyat sənədlərinin öyrənilməsi və bu işə cəlb olunmuş işçilərin sorğu-sualı yolu ilə həyata keçirilir. Qiymətləndirilmənin aparılması üçün konkret pasiyent Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən təsadüfi seçmə yolu ilə seçilir. Seçilmiş pasiyentin tibbi qeydiyyat sənədləri tibb müəssisəsi tərəfindən göstərilən tibbi xidmətlərin müşahidəsi üçün əsasdır.

4.14. Sistemli müşahidə zamanı müəssisədaxili sanitariya-gigiyena tələblərinə əməl olunması, tibb vasitələri ilə təchizat səviyyəsi, keyfiyyətin idarə edilməsi, tibb işçilərinin peşəkarlıq səviyyəsi və dərman vasitələri ilə davranışı yoxlanılır. Sistemli müşahidə işçi heyətin sorğu-sualı, fərdi müşahidələrin aparılması, pasiyentlərin tibbi qeydiyyat sənədlərinin yoxlanılması yolu ilə aparılır.

4.15. Profil (ixtisas) üzrə müşahidənin məqsədi müəyyən profil üzrə (məsələn, kardiologiya) tibbi xidmətin müxtəlif mərhələlərində pasiyentlərin təhlükəsizliyi ilə bağlı normativ hüquqi aktların tələblərinə uyğunluğun qiymətləndirilməsidir. Profil (ixtisas) üzrə müşahidə zamanı müayinə və müalicəyə dair klinik protokolların, həmçinin standart əməliyyat prosedurlarının tələblərinə riayət edilməsi qiymətləndirilir.

4.16. Pasiyentlər (o cümlədən onların ailə üzvləri) arasında sorğular (anket sorğusu) tibb müəssisəsi tərəfindən göstərilən tibbi xidmətin (işin) keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi məqsədilə aparılır. Pasiyentlər (o cümlədən onların ailə üzvləri) arasında sorğuların (anket sorğusu) aparılması zamanı sorğunun məqsədi barədə onlara məlumat verilməli və sorğuda iştirak üçün razılıqları alınmalıdır. Sorğu zamanı suallar tibbi xidmət səviyyəsinə, tibbi xidmətin əlçatanlığına, tibb işçilərinin peşəkarlığına, infrastrukturun vəziyyətinə, tibb müəssisəsinin binasının təmizliyi və rahatlığına, pasiyentin (o cümlədən onun ailə üzvlərinin) məmnunluğuna aid olmalı, asanlıqla başa düşülən üslubda, sadə və aydın ifadə edilməlidir (tərtib edilməlidir). Pasiyentlərin (o cümlədən onların ailə üzvlərinin) cavabları dinləndikdən (təhlil edildikdən) sonra Akkreditasiya Komissiyasının üzvü tərəfindən əlavə aydınlaşdırıcı və dəqiqləşdirici suallar verilə bilər.

4.17. Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən bu Qaydanın 4.8-ci bəndində nəzərdə tutulan üsullarla aparılan tibb müəssisəsinin qiymətləndirilməsi proseslərinin texniki vasitələrdən istifadə etməklə video və səs qeydlərinin aparılması təmin olunur. Həmin video və səs qeydləri Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən qiymətləndirilmə aparılan hər günün sonunda Mərkəzə təqdim edilir.

4.18. Qiymətləndirilmə prosesi zamanı Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən tibb müəssisəsinin akkreditasiya meyarlarına uyğunluğuna dair qiymətləndirilmə nəticələrini əks etdirən Nazirliyin müəyyən etdiyi qiymətləndirilmə formaları altsistemdə yaradılan proqram təminatı vasitəsilə doldurulur və təsdiq edilir.

4.19. Qiymətləndirilmə formaları təsdiq edildikdən sonra onlarda düzəlişlərin edilməsinə yol verilmir.

4.20. Qiymətləndirilmə nəticəsində toplanılan ümumi bal Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən daxil edilən ballar əsasında proqram təminatı tərəfindən avtomatik hesablanır.

4.21. Tibb müəssisəsinin qiymətləndirilməsi zamanı toplanılan və istifadə edilən sənədlər və məlumatlar konfidensial xarakter daşıyır. Həmin sənədlərin və məlumatların toplanması, istifadəsi, ötürülməsi və saxlanması "Fərdi məlumatlar haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa riayət edilməklə həyata keçirilir. Qiymətləndirilmə bitdikdən dərhal sonra müvafiq sənədlər və məlumatlar Akkreditasiya Komissiyası tərəfindən Mərkəzə təhvil verilir.

4.22. Bu Qaydanın 4.21-ci bəndində qeyd olunan sənədlər və məlumatlar, o cümlədən qiymətləndirilmə proseslərinin video və səs qeydləri "Milli arxiv fondu haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa uyğun olaraq mühafizə olunur.

4.23. Qiymətləndirilmə başa çatdıqdan sonra 5 (beş) iş günü müddətində Akkreditasiya Komissiyası Nazirlik tərəfindən müəyyən edilən formaya uyğun yekun hesabatı hazırlayır və Mərkəzə təqdim edir.

4.24. Bu Qaydanın 4.23-cü bəndinə uyğun olaraq təqdim edilən yekun hesabat Mərkəz tərəfindən 1 (bir) iş günü ərzində tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetində yerləşdirilir. Tibb müəssisəsi həmin hesabatla razı olmadığı halda bununla bağlı rəyini 2 (iki) iş günü müddətində altsistem vasitəsilə Mərkəzə təqdim edir. Rəy təqdim edildiyi tarixdən 5 (beş) iş günü ərzində Mərkəz tibb müəssisəsinin və Akkreditasiya Komissiyasının iştirakı ilə yekun hesabatın müzakirəsini təşkil edir. Müzakirə nəticələrinə dair iclas protokolu hazırlanaraq Mərkəz, Komissiya üzvləri və tibb müəssisəsinin nümayəndələri tərəfindən imzalanır. Mərkəzin qərarından asılı olaraq, tələb olunduğu hallarda yekun hesabatda müvafiq dəyişiklik edilməklə, bu barədə məlumat tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərilir. Rəyin təqdim edilməsi, müzakirənin təşkili üçün nəzərdə tutulan müddətlər akkreditasiya prosesinin ümumi müddətinə daxil edilmir.

4.25. Yekun hesabat və iclas protokolu (olduğu təqdirdə) 2 (iki) iş günü ərzində Mərkəz tərəfindən Akkreditasiya Şurasına altsistem vasitəsilə təqdim edilir.

4.26. Akkreditasiya Şurasının fəaliyyəti Nazirlik tərəfindən təsdiq edilən Akkreditasiya Şurasının Əsasnaməsi ilə tənzimlənir.

4.27. Akkreditasiya Şurasının tərkibi 7 (yeddi) nəfər olmaqla, Azərbaycan Respublikasının səhiyyə naziri tərəfindən müəyyən edilir. Akkreditasiya Şurası ictimai əsaslarla fəaliyyət göstərir.

4.28. Müvafiq qərar qəbul edilməsi üçün Akkreditasiya Şurası təqdim edilmiş yekun hesabat və ona əlavə olunan sənədlərlə bağlı Mərkəzə və (və ya) tibb müəssisəsinə altsistem vasitəsilə sorğular göndərə bilər. Həmin sorğulara Mərkəz və (və ya) tibb müəssisəsi tərəfindən 7 (yeddi) iş günü müddətində baxılır və nəticəsi barədə Akkreditasiya Şurasına altsistem vasitəsilə məlumat təqdim edilir.

4.29. Akkreditasiya Şurası yekun hesabat təqdim edildikdən sonra 10 (on) iş günü ərzində baxır və aşağıdakı qərarlardan birini qəbul edir:

4.29.1. qiymətləndirilmə zamanı maksimum balın 81-100 faizi toplandıqda tibb müəssisəsinin akkreditasiya meyarlarına “uyğundur”, maksimum balın 61-80 faizi toplandıqda “əsasən uyğundur” və ya maksimum balın 51-60 faizi toplandıqda “qismən uyğundur” hesab edilməsi barədə;

4.29.2. qiymətləndirilmə zamanı maksimum balın 50 və daha aşağı faizi toplandıqda tibb müəssisəsinin akkreditasiya meyarlarına “uyğun deyil” hesab edilməsi və tibb müəssisəsinin 1 (bir) ildən sonra təkrar akkreditasiya edilməsi barədə.

4.30. Qiymətləndirilmə zamanı maksimal bal ölçüsü hər bir akkreditasiya meyarı üzrə indikatorların sayından və hər bir indikator üzrə müəyyən edilən maksimum baldan asılı olaraq hesablanır.

4.31. Bu Qaydanın 4.29.1-ci yarımbəndinə əsasən tibb müəssisəsi akkreditasiya meyarlarına “uyğundur” hesab edildikdə birinci dərəcəli akkreditasiya şəhadətnaməsi, “əsasən uyğundur” hesab edildikdə ikinci dərəcəli akkreditasiya şəhadətnaməsi, “qismən uyğundur” hesab edildikdə üçüncü dərəcəli akkreditasiya şəhadətnaməsi verilir. Bu şəhadətnamələr tibb müəssisələrinə 5 (beş) il müddətinə verilir.

4.32. Bu Qaydanın 4.29.2-ci yarımbəndində qeyd olunan qərar qəbul edildikdə tibb müəssisəsindəki (və ya müvafiq tibbi xidmət (iş) növü üzrə) pasiyentlər digər tibb müəssisələrinə köçürülür və müəssisəyə (və ya tibbi xidmət (iş) növü üzrə) yeni pasiyent qəbulu dayandırılır.

4.33. Təkrar akkreditasiya bu Qaydanın 3-cü və 4-cü hissələrinə uyğun olaraq həyata keçirilir.

4.34. Təkrar akkreditasiyanın nəticəsində bu Qaydanın 4.29.1-ci yarımbəndində göstərilən qərar qəbul edildikdə Akkreditasiya Şurasının qərarı ilə tibb müəssisəsi növbəti 5 (beş) il müddətinə akkreditasiya olunmuş hesab edilir.

4.35. Təkrar akkreditasiyadan keçməyən tibb müəssisəsinin yenidən təkrar akkreditasiyası keçirilmir. Mərkəz təkrar akkreditasiyadan və bu Qaydanın 3.4-cü, 3.9-cu və 4.7-ci bəndlərində nəzərdə tutulan hallarda akkreditasiyadan keçməyən tibb müəssisələri barədə məlumatı fəaliyyət istiqamətlərinə uyğun olaraq müvafiq tədbirlərin görülməsi məqsədilə Nazirliyə təqdim edir.

4.36. Tibb müəssisəsinin Mərkəzin hərəkətlərindən (hərəkətsizliyindən), həmçinin Akkreditasiya Şurasının qərarından Nazirliyə və məhkəməyə şikayət vermək hüququ vardır.

4.37. Akkreditasiya Şurasının qərarına və qiymətləndirilmənin nəticələrinə uyğun olaraq tibb müəssisəsi Mərkəzlə birgə qiymətləndirilmə zamanı müəyyən edilmiş nöqsanların aradan qaldırılması və normativ hüquqi aktların tələblərinə cavab verən tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin artırılması məqsədilə yekun hesabatda göstərilən tövsiyə və göstərişlərin icrası ilə bağlı Nazirlik tərəfindən müəyyən edilən qaydada fəaliyyət planı hazırlayır.

4.38. Bu Qaydanın 4.37-ci bəndində nəzərdə tutulmuş fəaliyyət planı bu Qaydanın 4.29.1-ci yarımbəndində nəzərdə tutulan qərardan 6 (altı) ay sonra akkreditasiya şəhadətnaməsi qüvvədə olan müddətə, bu Qaydanın 4.29.2-ci yarımbəndində nəzərdə tutulan qərar qəbul edildiyi halda isə həmin qərardan 1 (bir) ay sonra 11 (on bir) ay müddətinə tibb müəssisəsi tərəfindən Mərkəzlə razılaşdırılmaqla təsdiq olunur. Fəaliyyət planının icrasına nəzarət bu Qaydanın 6.1-ci bəndi ilə müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir.

4.39. Akkreditasiya Şurasının qərarı qəbul edildiyi gündən 1 (bir) iş günü müddətində akkreditasiyanın nəticəsi barədə məlumat (akkreditasiya meyarlarına

uyğunluğu barədə) tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərilir. Həmin məlumat Mərkəz və tibb müəssisəsi tərəfindən 3 (üç) iş günü müddətində rəsmi internet informasiya ehtiyatında (olduğu halda) yerləşdirilir.

5. Akkreditasiya şəhadətnaməsi

5.1. Mərkəz tərəfindən tibb müəssisəsinin akkreditasiya olunması barədə Akkreditasiya Şurasının qərarının qəbul edildiyi tarixdən 3 (üç) iş günü ərzində "Elektron imza və elektron sənəd haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanununun tələblərinə uyğun olaraq elektron sənəd formasında hazırlanan akkreditasiya şəhadətnaməsi tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetində və Mərkəzin internet informasiya ehtiyatında yerləşdirilir.

5.2. Akkreditasiya şəhadətnaməsində aşağıdakı məlumatlar göstərilir:

- 5.2.1. Nazirliyin adı;
- 5.2.2. şəhadətnamənin adı və dərəcəsi (birinci, ikinci və ya üçüncü dərəcəli);
- 5.2.3. şəhadətnamənin seriyası, nömrəsi, verildiyi yer və tarix;
- 5.2.4. akkreditasiyadan keçmiş tibb müəssisəsinin adı və hüquqi ünvanı;
- 5.2.5. qiymətləndirilmədən keçmiş tibbi xidmətlər (işlər) və hər biri üzrə uyğunluq dərəcələri (faizləri);
- 5.2.6. şəhadətnamənin verilməsinə əsas olan Akkreditasiya Şurasının qərarının tarixi və nömrəsi;
- 5.2.7. şəhadətnamənin qüvvədəolma müddəti.

5.3. Akkreditasiya şəhadətnaməsi Akkreditasiya Şurasının rəhbərinin gücləndirilmiş elektron imzası ilə təsdiq edilir.

5.4. Tibb müəssisəsinin akkreditasiya şəhadətnaməsi aşağıdakı hallarda öz qüvvəsini itirir:

- 5.4.1. akkreditasiya şəhadətnaməsinin müddəti başa çatdıqda;
- 5.4.2. tibb müəssisəsi ləğv edildikdə;
- 5.4.3. özəl tibb müəssisəsinin lisenziyası ləğv edildikdə;
- 5.4.4. tibb müəssisəsinin bu barədə müvafiq müraciəti olduqda.

6. Akkreditasiyadan sonrakı qiymətləndirilmə

6.1. Akkreditasiyadan sonrakı qiymətləndirilmə bu Qaydanın 4.37-ci və 4.38-ci bəndlərinə uyğun olaraq tərtib edilən fəaliyyət planının icrası çərçivəsində tibb müəssisəsi tərəfindən Nazirliyin müəyyən etdiyi qaydada hazırlanan illik hesabatın təhlili əsasında aparılır.

6.2. İllik hesabat hər il üçün növbəti il martın 1-nə kimi altsistem vasitəsilə Mərkəzə təqdim edilməlidir.

6.3. İllik hesabatın təhlili nəticəsində tibb müəssisəsinin fəaliyyətinin normativ hüquqi aktların tələblərinə uyğun olmadığı aşkar edildikdə Mərkəz tibb müəssisəsinin növbədənəkar akkreditasiyasının keçirilməsi barədə qərar qəbul edir və bu barədə məlumatı tibb müəssisəsinin şəxsi kabinetinə göndərir.