

**UNIVERSITETI “ALEKSANDËR MOISIU”
FAKULTETI I BIZNESIT
DEPARTAMENTI I SHKENCAVE
EKONOMIKE**

DISERTACION

**SHËRBIMI SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI;
ANALIZË KRAHASUESE MIDIS SHËRBIMIT MJEKËSOR
TË OFRUAR NË INSTITUCIONET SHËNDETËSORE
PUBLIKE DHE NË ATO PRIVATE**

Në kërkim të gradës “Doktor i shkencave”

Përgatitur nga kandidati

Alvina Gucaj GUCAJ M.Sc.

Udhëheqës shkencor

Prof. Asoc. Dr. Flora MERKO

Durrës, 2021

© Copyright

Alvina Gucaj
Universiteti “Aleksandër Moisiu”, Durrës
Cikli i Tretë, Doktoraturë

Viti, 2021

Udhëheqësi i Alvina Gucaj vërteton se ky është version i miratuar i disertacionit të mëposhtëm:

Përgatitur nga MSc. Alvina Gucaj

Disertacioni i paraqitur në Fakultetin e Biznesit, Universiteti “Aleksandër Moisiu”,

Durrës

Në përputhje të plotë me kërkesat për Gradën “Doktor”

Universiteti “Aleksandër Moisiu”, Durrës

Shtator, 2021

Deklaratë mbi origjinalitetin:

Unë e nënshkruara **Alvina Gucaj**

Deklaroj se kjo tezë përfaqëson punën time origjinale dhe nuk kam përdorur burime të tjera, përveç atyre të shkruajtura nëpërmjet citimeve.

Të gjitha të dhënat, tabelat, figurat dhe citimet në tekst, të cilat janë riprodhuar prej ndonjë burimi tjetër, duke përfshirë edhe internetin, janë pranuar në mënyrë eksplicite si të tilla.

Jam e vetëdijshme se në rast mospërputhje, Këshilli i Profesorëve të UAMD-së është i ngarkuar të më revokojë gradën “Doktor” që më është dhënë mbi bazën e kësaj teze, në përputhje me “Rregulloren e programeve të studimit të ciklit të tretë (Doktoratë) të UAMD-së, neni 33, miratuar prej Senatit Akademik të UAMD-së me Vendimin nr. datë_____

Durrës më, _____

Firma

PËRMBLEDHJE

Cilësia e mirë e shërbimit mjekësor dhe plotësimi i pritshmërive të përfituesve të shërbimeve janë thelbësore për ndërtimin e një sistemi shëndetësor të qëndrueshëm dhe lehtësisht të disponueshëm për të gjithë qytetarët. Vlerësimi maksimal i pacientit për një shërbim të mirë mjekësor është qëllimi kryesor i institucioneve shëndetësore. Ky studim synon të analizojë efektshmërinë e sistemit shëndetësor në vendin tonë dhe gjithashtu të vlerësojë nivelin e cilësisë së shërbimit mjekësor që u jepet pacientëve duke bërë një krahasim ndërmjet shërbimit që ofrojnë institucionet mjekësore publike dhe ato private. Studimi bazohet mbi të dhënat e gjeneruara nga pyetësorët e plotësuar prej pacientëve, të cilët kanë marrë shërbim mjekësor në institucione shëndetësore publike dhe private. Pyetësori është i strukturuar sipas standardeve të miratuara nga ISQUA (Shoqata ndërkombëtare për cilësinë e kujdesit shëndetësor) për përcaktimin e cilësisë ku futen: vlerësimi i pacientit për shërbimin mjekësor, kostot financiare të këtij shërbimi, komunikimi i personelit mjekësor, infrastruktura fizike dhe pajisjet mjekësore diagnostikuese të institucioneve shëndetësore, aksesit që ka pacienti në shërbimin mjekësor dhe perceptimi i tij për ekspertizën mjekësore. Këto pyetësorë iu shpërndanë pacientëve gjatë vërtetimit të kryer në institucionet shëndetësore publike dhe private.

Fjalët kyçe: *Shërbim mjekësor cilësor, vlerësim i pacientit, institucione shëndetësore publike dhe private*

ABSTRACT

Good quality service and fulfillment of patient expectations are essential for a sustainable and easy accessible healthcare system. The goal of health care institutions is to receive the maximum patient satisfaction. The purpose of this study is to analyze the effectiveness and evaluate the quality of service offered between public and private health care institutions in our country. The research is based on data generated from questionnaires completed by patients, which have received medical service in both, public and private institutions. The questionnaire is structured according to ISQUA (International Society for Quality in Health Care) defined quality assurance domains which include: patient satisfaction, financial costs of the received service, communication quality of health care personnel, physical infrastructure and medical devices, patient access to health care services and the perception on medical expertise. These questionnaires have been completed by patients in public and private institutions.

Key words: *High quality health care service, patient satisfaction, public and private health care institutions.*

PËRMBAJTJA:

1. HYRJE	12
1.1 Qëllimi dhe objektivat e studimit	13
1.2 Rëndësia e studimit.....	16
1.3 Struktura e studimit	18
KAPITULLI 2: RISHIKIM LITERATURE MBI SHËNDETIN DHE KUJDESIN SHËNDETËSOR.....	20
2.1 Koncepti i shëndetit dhe shëndeti publik.....	20
2.2 Sistemet shëndetësore.....	25
2.2.1 Funksionet e sistemeve shëndetësore	30
2.2.2 Roli i shtetit në sektorin shëndetësor	31
2.2.3 Aktorët kryesor në shërbimin parësor shëndetësor	32
2.3 Përcaktimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe koncepti i vlerësimit të pacientit..	34
KAPITULLI 3: SHËRBIMI SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI.....	39
3.1 Aksesit ndaj shërbimit shëndetësor parësor	40
3.2 Hierarkia e institucioneve shëndetësore	41
3.3 Parimet e kujdesit shëndetësor në Shqipëri	45
3.4 Organizimi i qendrave shëndetësore	48
3.5 Gjendja shëndetësore e popullsisë në Shqipëri dhe treguesit e shëndetit publik	58
3.6 Shërbimi spitalor publik	65
3.7 Shërbimi spitalor privat	68
KAPITULLI 4: METODOLOGJIA E KËRKIMIT	70
4.1 Qëllimi dhe objektivat e punimit.....	70
4.2 Metodologjia	71
4.3 Pyetjet kërkimore dhe hipotezat e ngritura.....	75
4.4 Kufizimet e studimit	75
4.5 Mbledhja dhe përpunimi i të dhënave nga pyetësorët	75
KAPITULLI 5: PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	100
5.1 Përfundime dhe rekomandime.....	100

5.2 Rekomandime	108
BIBLIOGRAFIA	115
SHTOJCA	120

LISTA E TABELAVE:

Tabela 1	53
Tabela 2	62
Tabela 3	63
Tabela 4	63
Tabela 5	65
Tabela 6	91
Tabela 7	92
Tabela 8	93
Tabela 9	95
Tabela 10	96
Tabela 11	98
Tabela 12	120
Tabela 13	120
Tabela 14	120
Tabela 15	121
Tabela 16	121
Tabela 17	122
Tabela 18.....	123
Tabela 19	123
Tabela 20	123
Tabela 21	123
Tabela 22	124
Tabela 23	124
Tabela 24.....	124

LISTA E FIGURAVE:

Figura 1	27
Figura 2	33
Figura 3	54
Figura 4	62
Figura 5	66
Figura 6	76
Figura 7	76
Figura 8	77
Figura 9	77
Figura 10	78
Figura 11	79
Figura 12	80
Figura 13	81
Figura 14	81
Figura 15	82
Figura 16	83
Figura 17	83
Figura 18	84
Figura 19	85
Figura 20	85
Figura 21	86
Figura 22	87
Figura 23	87
Figura 24	88
Figura 25	89
Figura 26	96

AKRONIME

ASHR	Autoritetit Shëndetësor Rajonal
DRSH	Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë
DSHP	Drejtoritë e Shëndetit Publik
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
KSHP	Kujdes shëndetësor parësor
QSH	Qendra shëndetësore
MDGs	Objektivat e Sfidave të Mijëvjeçarit
MF	Mjekësia e familjes
NDI	Instituti Demokratik Amerikan
OBEZH	Organizata për Bashkëpunim Ekonomik e Zhvillim
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetit
PBB	Prodhimi i Brendshëm Bruto
QSHKP	Qendër shëndetësore e kujdesit parësor
UNICEF	Fondi i Emergjencës i Kombeve të Bashkuara për Fëmijet
USAID	Agjencia e Shteteve të Bashkuara për Zhvillim Ndërkombëtar
VBS	Vëzhgimi me Baza Statistikore
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave

1. Hyrje

Shëndetësia në Shqipëri përbën një nga sektorët më të rëndësishëm cilësuar si prioritar krahas arsimit dhe bujqësisë, në zhvillimin e vendit tonë. Duke u bazuar mbi këtë rëndësi specifike, reformat që duhen ndërmarrë në këtë sektor janë të një rëndësie të veçantë. Përvoja e përfituesve të shërbimeve mjekësore përbën treguesin kryesor të cilësisë të këtyre shërbimeve. Ky studim synon të realizojë një analizë gjithëpërfshirëse në lidhje me funksionimin e sistemit shëndetësor në të gjithë komponentët e tij, dhe sa efektiv është shërbimi mjekësor i ofruar në institucionet shëndetësore. Njëkohësisht, të vlerësojë nëse ky shërbim i ofruar përmbush pritshmëritë e individëve, si një tregues cilësor i shërbimeve shëndetësore. Pra të kuptohet se si funksionon shëndetësia në ditët e sotme në Shqipëri.

Qëllimi i studimit:

- Krijimi i një panorame të qartë të situatës aktuale të sektorit shëndetësor në vendin tonë.
- Funksionimi i qendrave shëndetësore dhe atyre spitalore publike/private në Tiranë.
- Evidentimi cilësisë së kujdesit mjekësor që ofrohet.
- Përcaktimi i faktorëve që ndikojnë në rritjen e cilësisë së shërbimit.
- Sa nga pritshmëritë e pacientëve përmbushen nga shërbimet mjekësore të ofruara në qendra shëndetësore apo spitale.
- Cilët faktorë ndikojnë në vlerësimin e pacientëve¹ për shërbimet shëndetësore?
- Analizimi i këtyre faktorëve në rastin e institucioneve shëndetësore publike dhe private.
- Krahasimi i rezultateve të marra nga përpunimi i të dhënave në të dy sektorët (publik dhe privat).
- A ofrohet e njëjta cilësi shërbimi në institucionet shëndetësore publike dhe private?

¹ Patient satisfaction

- Të paraqesë gjetje të vlefshme të cilat mund të përdoren në të ardhmen me qëllim përmirësimin e cilësisë së shërbimit shëndetësor në vend.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore që përmbushin nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve është konsideruar si element bazë dhe më i rëndësishëm i strategjisë së menaxhimit të subjekteve ofruese të këtyre shërbimeve (Reidenbach & McClung, 1999).

Sipas *Ware, Davies – Avery and Stewart* (1978), vlerësimi i pacientit për cilësinë e shërbimit ka rëndësi pasi:

- Plotësimi i kërkesave të pacientit është produkti përfundimtar i industrisë së kujdesit shëndetësor.
- Informohemi mbi procesin dhe shërbimet që ofron sektori shëndetësor.
- Pacientët e kënaqur dhe ata të pakënaqur nga cilësia e shërbimit mjekësor reagojnë në mënyra të ndryshme.

Kërkesa për matjen e nivelit të plotësimit të nevojave dhe pritshmërive të pacientëve vjen si rezultat i:

- mungesës e studimeve të mëparshme,
- nevojës së të dhënave sasiore në lidhje me shërbimet shëndetësore.

1.1. Qëllimi dhe objektivat e studimit

Marrja e shërbimeve shëndetësore cilësore është një e drejtë e çdo individi dhe duhet të ofrohet nga çdo institucion shëndetësor në vend. Niveli i shërbimit të ofruar duhet të jetë i pranueshëm për çdo pacient. Vëmendje të veçantë duhet ti kushtohet infrastrukturës teknike në qendrat shëndetësore, si llojet dhe cilësia e aparaturave të nevojshme për diagnostikimin ose shërimin e sëmundjeve të ndryshme.

Qëllimi kryesor i këtij studimi është vëzhgimi i institucioneve shëndetësore në Shqipëri dhe analizimi i nivelit të plotësimit të pritshmërive të pacientëve nga shërbimet e ofruara në këto institucione. Ky studim angazhon qytetarët si pala më e interesuar që shërbimi shëndetësor të jetë në nivel të lartë. Studimi bazohet në analizimin e të dhënave nga pyetësorë të plotësuar nga pacientë, të cilët kanë marrë shërbim mjekësor në institucione shëndetësore publike dhe private. Pyetësori është strukturuar për studimin e vlerësimit të pacientëve në lidhje me nivelin e cilësisë, infrastrukturën fizike dhe pajisjet mjekësore në institucionet shëndetësore, perceptimet e tyre në lidhje me sjelljen dhe ekspertizën mjekësore.

Nëpërmjet këtyre elementëve, do të mund të krahasojmë shërbimin e ofruar nga institucionet shëndetësore publike dhe ato private.

Gjatë viteve të fundit, vendet e industrializuara kanë kuptuar rëndësinë e vlerësimit nga pacientët për shërbimin e ofruar. Në shumë prej tyre, politikat e menaxhimit që aplikohen në institucionet shëndetësore, janë të fokusuara në përmbushjen e pritshmërive të përftuesve të shërbimeve. Pacienti qëndron në qendër të çdo politike menaxhimi. Menaxherët kanë rivlerësuar politikat dhe praktikat shëndetësore të ndjekura më parë, në lidhje me plotësimin e nevojave mjekësore të përgjithshme dhe atyre specifike. Vëmendje i është kushtuar efijencës së stafit mjekësor, cilësuar si indikator i rëndësishëm i performancës së këtyre institucioneve në studime të kryera në mbarë botën.

Shumë ofrues të shërbimeve mjekësore, ndalen tek mbledhja të dhënave mbi infrastrukturën teknike mjekësore (pajisjet diagnostikuese). Vlerësimi i pacientit në lidhje me këtë pjesë, është i lehtë për tu marrë por i vështirë për tu interpretuar. Nevojat mjekësore të pacientit janë gjithnjë në ndryshim, dhe të gjitha duhet të plotësohen nga institucioni shëndetësor. E vëmtejta mënyrë për të kuptuar nëse këto nevoja janë plotësuar, është duke i pyetur pacientët në mënyrë të drejtëpërdrejtë. Ofruesit e shërbimeve mjekësore zhvillojnë aktivitetin e tyre në një mjedis konkurrues, ku vlerësimi i pacientit shihet si armë e fortë për të ruajtur një pozitë të kënaqshme në tregun shëndetësor. Aftësia për të kënaqur pacientin ka rëndësi për shumë arsye. Fillimisht është e dobishme për qendrat shëndetësore,

spitalet apo klinikat për ofrimin e shërbimeve cilësore të orientuara ndaj nevojave të pacientëve, jo të fokusuara vetëm tek sëmundja. Vlerësime jo të mira të pacientit mund çojnë në mos-aprovimin apo mos-certifikimin e programeve të ndryshme shëndetësore nga entitetet përgjegjëse apo financuese të institucionit shëndetësor.

Vlerësimi i pacientëve në lidhje me shërbimin shëndetësor mund të merret nga:

- Pyetësorë vlerësimi nga konsumatorët për ofruesit e shërbimeve shëndetësore dhe sistemit të kujdesit shëndetësor.
- Vëzhgime dhe studime të përgjithshme të kryera nga vetë institucioni shëndetësor.
- Studime nga palë të treta.

Vlerësimi i pacientit tregon sa të lumtur janë ata brenda dhe jashtë zyrës së mjekut të tyre. Njohja e vlerësimit të pacientit jep informacion objektiv për shërbimin mjekësor, duke ndihmuar menaxherët e institucioneve në përmirësimin e cilësisë së shërbimit mjekësor, të infermierisë, administrativ dhe atij mbështetës.

Nëpërmjet njohjes së vlerësimit të pacientëve:

- identifikohen dhe analizohen dëshirat, nevojat dhe pritshmëritë e konsumatorit.
- i jepet mundësi menaxhimit për përfshirjen e elementëve inovativ në shërbimin mjekësor.
- ndikohet në forcimin moral të stafit mjekësor.
- dokumentohen nivele të ndryshme të të punuarit.
- lehtësohet procesi i vlerësimit të aktiviteteve dhe shërben si një mjet për zhvillimin e institucionit shëndetësor nga ana organizative dhe menaxhimit strategjik.

Objektivat specifikë të projektit paraqiten si më poshtë:

- Realizimi i një analize të thellë gjithëpërfshirëse në lidhje me funksionimin e institucioneve shëndetësore në Shqipëri.

- Puna me vendimmarrës në nivel kombëtar e lokal në lidhje me përmirësimin e shërbimit të institucioneve shëndetësore.

1.2. Rëndësia e studimit

Ky studim synon të analizojë sistemin tonë shëndetësor në secilën nga hallkat e tij përbërëse, si një përpjekje për të evidentuar mangësitë, pikat e dobëta dhe sugjeruar strategji përmirësimi, me qëllim marrjen e një shërbimi shëndetësor cilësor, pa pasur nevojë të paguajmë “nën dorë”. Cilësia e mirë e shërbimit dhe plotësimi i pritshmërive të përfituesve të shërbimeve mjekësore janë thelbësore për ndërtimin e një sistemi shëndetësor të qëndrueshëm dhe të aksesueshëm për të gjithë qytetarët. Vlerësimi maksimal i pacientit për një shërbim mjekësor është qëllimi kryesor i institucioneve shëndetësore.

Në SHBA, falë aksesit në internet dhe mediat sociale, pacientët marrin informacion rreth organizimit të institucioneve shëndetësore, shërbimet që ofrohen, stafit mjekësor, orareve të vizitave, gjë e cila nuk ndodh shpesh në Shqipëri.

Nëpërmjet këtij informacioni, konsumatorët krijojnë pritshmëri në lidhje me plotësimin e nevojave të tyre, si dhe lehtësi dhe transparencë në bashkëpunimin me stafin mjekësor. Nga ana tjetër, nëpërmjet njohjes së nivelit të vlerësimit të pacientit ndihmon institucionet shëndetësore për të kuptuar se ku janë më efikase strategjitë e menaxhimit të ndjekura prej tyre.

Fillimisht në Shqipëri, vlerësimi i cilësisë së shërbimit mjekësor nëpërmjet vlerësimit të pacientit hyri si koncept nga institucionet shëndetësore private. Kjo ishte më shumë një nevojë sesa një risi. Institucionet mjekësore private nuk mund të akreditoreshin, licencoheshin dhe rrjedhimisht lejoheshin të zhvillonin aktivitetin e tyre pa pasur një vlerësim të shërbimeve nga konsumatorët përfundimtar.

Sipas studiuesve, procesi i njohjes me vlerësimin e pacientit ka avantazhe të shumta, nga të cilat mund të cilësojmë:

- Programet e njohjes me vlerësimin e pacientit përmirësojnë komunikimin e stafit mjekësor dhe infermieror me pacientët brenda institucionit shëndetësor.
- Institucioni shëndetësor kupton nëse cilësia e shërbimit që ai ofron është brenda pritshmërive të pacientit.
- Vlerësimet e pacientit shërbejnë si një udhëzues mbi vendimet dhe menaxhimin sa më eficient të burimeve të institucionit shëndetësor.
- Kosto e shërbimeve mjekësore reduktohet duke ruajtur burimet në periudhën afatgjatë. Pacienti është i lumtur të ndjekë udhëzimet që i jepen nga mjeku. Koha e rikuperimit dhe hospitalizimit të tij është më e shkurtër. Sipas Academic of Medicine, pacientët të cilët kanë besim tek mjeku i tyre arrijnë rezultate më të mira klinike. Nëse mjeku vlerëson dhe përmbush nevojat dhe pritshmëritë e pacientit, ai rrit vlerësimin tek pacienti dhe lehtëson punën e tij.
- Pacientët e kënaqur ndajnë eksperiencën e tyre me pesë persona të tjerë, ndërsa pakënaqësitë i ndajnë me nëntë persona tjerë. Në vendet e zhvilluara, opinionet virtuale në forume të ndryshme apo media sociale, cilësohen si vlerësime dhe mendime të singerta, të cilat kanë ndikim të madh në publikun e gjerë.
- Bazuar në të dhënat mbi industrinë shëndetësore në SHBA, pakësimi i numrit të klientelës si pasojë e keq-vlerësimit të shërbimit mjekësor të ofruar, shkakton një humbje prej 200,000 dollarë/vit. Sipas Ganey Press, institucionet shëndetësore kanë një rritje prej 1/3 e volumit të pacientëve çdo vit, nëse pritshmëritë e pacientëve të tyre plotësohen në masën 90%. Rrjedhimisht, vlerësimet pozitive përkthehen në sukses financiar.
- Rritja e numrit të pacientëve është një tregues pozitiv për institucionet shëndetësore por të mbash pacientët ekzistues është një tregues edhe më pozitiv i performancës pasi vetëm pacientët e kënaqur rikthehen.
- Pacientët janë te gatshëm të paguajnë më shumë për tu konsultuar apo trajtuar me një mjek të mirë specialist.

Studiuesit shprehen se procesi i mbledhjes së opinioneve të pacientëve mund të konsiderohet edhe si terapi, pasi kjo bën që pacientët të ndihen pjesë e vendimmarrjes dhe përfshirja e tyre në këtë proces është më e madhe.

Vlerësimi i pacientit ndaj shërbimit mjekësor është përkufizuar si një variabël që ndikon në efektshmërinë e kujdesit mjekësor. Është vërtetuar se ekziston një lidhje pozitive midis vlerësimit që pacienti ofron dhe cilësisë së shërbimit të ofruar në institucionin shëndetësor. Një pacient i pakënaqur nuk rekomandon institucionin shëndetësor tek të afërmit e tij. Gjithashtu ai ndikon negativisht në përhapjen e një publiciteti të keq për këtë institucion. Referencat pozitive të pacientëve shërbejnë për ndërtimin e një fushate të mirë promovimi për ofruesin e shërbimit, duke shërbyer edhe si avantazh konkurrues për institucionin shëndetësor.

1.3. Struktura e punimit

Ky studim është strukturuar në pesë (5) kapituj, për të shpjeguar dhe qartësuar qëllimin, objektivat, pyetjet kërkimore të ngritura, sipas metodologjisë së përzgjedhur.

Në kapitullin e parë përmbledhen:

- qëllimi i realizimit të këtij punimi,
- renditja e objektivave specifike,
- rëndësia që ka ky studim.

Në kapitullin e dytë paraqitet:

- një përmbledhje të gjithë literaturës së hulumtuar për realizimin e këtij punimi shkencor,
- çfarë është shëndeti si koncept, si është përshkruar ai nga studiuesit e këtij sektori,
- koncepti i shëndetit publik, nga çfarë karakterizohet dhe kush janë funksionet kryesore të tij,
- cilësia e shërbimit shëndetësor,
- Vlerësimi i pacientit për shërbimin shëndetësor dhe rëndësia e njohjes së tij.

Në kapitullin e tretë:

- paraqitet struktura e sistemit shëndetësor në Shqipëri,
- cilat janë institucionet politikë-bërëse dhe ato menaxhuese?
- listohen institucionet që ofrojnë shërbime shëndetësore, dinamikat e zhvillimit, financimi i tyre, burimet njerëzore dhe shërbimi spitalor.

Në kapitullin e katërt:

- shpjegohet metodologjia e përdorur në këtë studim,
- paraqitja e të dhënave të mbledhura nga pyetësorët,
- analizimi i këtyre të dhënave me qëllim realizimin e objektivave.

Në kapitullin e pestë:

- paraqitet një përmbledhje e të gjitha rezultateve dhe gjetjeve përfundimtare të këtij studimi, bazuar në të dhënat e pyetësorëve dhe vëzhgimet e kryera,
- hartimi i rekomandimeve dhe dhënia e sugjerimeve në kuadër të përmirësimit të procesit të vlerësimit të shërbimit nga pacientët, duke u bazuar edhe në praktika të suksesshme në vende me sektor shëndetësor të qëndrueshëm.

KAPITULLI 2

RISHIKIM LITERATURE MBI SHËNDETIN DHE KUJDESIN SHËNDETËSOR

2.1. Koncepti i shëndetit dhe shëndetit publik

Shëndeti² është shkalla maksimale e efijencës fizike, mendore dhe sociale e një individi, duke marrë në konsideratë karakteristikat e tij konstitucionale.

Shëndeti publik është shkenca dhe arti i parandalimit të sëmundjes, zgjatjes së jetës dhe promocionit të shëndetit mendor dhe fizik si dhe efijencës përmes përpjekjeve të organizuara të shoqërisë.

Sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë *shëndeti* është:

“Gjendja e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore dhe jo thjesht mungesa e sëmundjeve apo e pafuqisë fizike të organizmit” (Andrija Stampar, Presidenti i Parë i Asamblesë së Përgjithshme të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, 1946).

Siç shihet, përkufizimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë përfshin jo vetëm sferën e mirëqenies fizike, por edhe atë mendore dhe shoqërore, në ndryshim nga këndvështrimi bio-mjekësor i cili fokusohet vetëm në aspektin fizik të shëndetit. Ky përkufizim gjithëpërfshirës i shëndetit ka shumë kufizime të cilat, në njëfarë mënyre, janë të kundërtat e modelit bio-mjekësor. Së pari, një gjendje mirëqenieje e plotë (fizike, mendore dhe shoqërore) është një koncept shumë ideal për t’u realizuar dhe përmbushur në praktikë. Kjo do të thotë se, sipas këtij koncepti, është e vështirë të mund të gjenden në popullatë individë plotësisht të shëndetshëm. Nga ana tjetër, edhe nëse për një moment pranohet se një gjendje e tillë ideale (d.m.th. mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe shoqërore) ekziston, atëherë në

²(Mechado j. Pinto: Un novo concito de saude, rev. Ass. Med. Minagerais, 1969, 20/3 187- 190. From: effectiveness and cost in public health, 2/5 may, 1970, p. 263).

më të mirën e rasteve kjo gjendje do t'i referohej thajse ekskluzivisht subjekteve 20-30 vjeçare të privuar nga çdo sëmundje, në kulmin e energjive dhe të aktivitetit të tyre fizik, si dhe me kushte të kënaqshme socio-ekonomike. Mirëpo, me kalimin e viteve, thjesht si rezultat i plakjes, njerëzit do të “devijonin” gradualisht nga kjo gjendje ideale (d.m.th. nga “shëndeti i plotë”). Nga kjo, intuitivisht mund të konkludohet se, përfundimi i një gjendjeje mirëqenieje të plotë sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë do t'i referohej, në rastin më të mirë, vetëm subjekteve me moshë të re. Pra, sipas këtij këndvështrimi, shëndeti i plotë është një nocion i lidhur pa zgjidhshmërisht me moshën “ideale” të individit, çka e bën atë (“shëndetin e plotë”) një fenomen shumë të paqëndrueshëm dhe tejet kalimtar për jetën e njeriut. Në fakt, një kuptim i tillë i përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë do të ishte i gabuar, sepse shumë individë në moshë të mesme madje edhe në moshë të thyer mund të gëzojnë një gjendje mirëqenieje të kënaqshme fizike, mendore dhe shoqërore.

Koncepti i shëndetit si “funksionim normal i organizmit” kundërt konceptit të shëndetit si “mirëqenie e organizmit”

Ndërlidhja mes këtyre dy koncepteve mbi shëndetin ka qënë dhe vazhdon të mbetet objekt i një debati të gjerë në literaturën mbarë botërore në këtë fushë. Në njëfarë mënyre, funksionimi normal i organizmit i përafrohet shumë ndjesisë apo perceptimit të “mirëqenies”. Një subjekt, organizmi i të cilit funksionon normalisht, në një sens socio-biologjik mund të konsiderohet si i privuar nga çdo sëmundje (pra, “fizikisht i shëndetshëm”), çka është edhe një parakusht themelor për mirëqenien e individit. Ky këndvështrim tenton, në njëfarë mënyre, që të përafrojë dy përkufizimet e parashtruara më lart mbi shëndetin. Mirëpo, disa autorë, duke konsideruar problemin e raportit të shëndetit me mirëqenien, shtrojnë pyetjen:

“A është mirëqenia pjesë përbërëse e konceptit mbi shëndetin, apo mos vallë ajo është një koncept deri diku i ngjashëm, por megjithatë i ndryshëm nga shëndeti?”

Ky është një problem shumë i rëndësishëm, sidomos për objektin e punës dhe sferën e aktiviteteve në fushën e promovimit shëndetësor. Kështu, Downie (1990) pretendon që:

“Koncepti i ‘shëndetit’ dhe ai i ‘mirëqenies’ kanë mbivendosje dhe janë të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin; megjithatë, këto dy koncepte janë të ndryshëm dhe nuk mund të integrohen kurrësi në një koncept të vetëm”. Kjo ide, sa interesante aq edhe spekulative, e mbështetur edhe nga autorë të tjerë, argumentohet mbi bazat e mëposhtme:

Së pari, koncepti i shëndetit si “mungesë e sëmundjes” dhe, nga ana tjetër, koncepti i shëndetit si “gjendje mirëqenieje të plotë” nuk mund të shihen si dy pole të kundërta në një shkallë lineare (drejtëvijëzore).

Nëse marrim dy shembuj:

- Rrethanat ku, një pacient i diagnostikuar me diabet (pra, subjekt i “sëmurë”, ose “fizikisht jo i mirëqenë”) mund të gëzojë, gjithsesi, një sens mirëqenieje të plotë mendore, psiko-emcionale dhe shpirtërore;
- Rrethanat ku, subjekte “jo të sëmurë” (pra, me mungesë çrregullimesh fizike) mund të mos gëzojnë megjithatë mirëqenie mendore dhe/ose shoqërore si rezultat i problemeve të mprehta socio-ekonomike, shpirtërore, apo psiko-emocionale.

Këto dy shembuj supozojnë se në një shkallë lineare, mungesa e sëmundjes dhe mirëqenia mund të mos jenë dy komponentë të së njëjtit koncept.

Nga ana tjetër, nëse shëndeti nuk konsiderohet si një “shkallë lineare”, por “shumë-dimensionale” (i shumë përmasave), atëherë “mungesa e sëmundjes” dhe “mirëqenia” mund të unifikohen në konceptin e “shëndetit”. Ndryshimi thelbësor i këndvështrimit “shumë dimensional i shëndetit kundrejt atij “drejtëvijëzor” konsiston në faktin e konceptimit të shëndetit si një fenomen shumë dimensional, çka do të thotë, si një gjendje e organizmit e influencuar jo vetëm nga prania (ose, mungesa) e sëmundjes, por edhe nga prania (ose, mungesa) e një sensi mirëqenieje mendore, psiko-emocionale, shpirtërore dhe shoqërore. Sipas këtij këndvështrimi, gjendja shëndetësore për një individ të dhënë në një moment kohor të caktuar do të përfaqësoje “shumatoren” (apo “rezultanten”) e të gjithë dimensioneve apo komponentëve të parashtruar më lart (d.m.th. të komponentit fizik, mendor, psiko-emocional, shpirtëror dhe shoqëror). Vetëm në këtë mënyrë do të mund të

shpjegohej “paradoksi” i perceptimit si “i shëndetshëm” i një individ me sklerozë multiple dhe, nga ana tjetër, perceptimi si “jo i shëndetshëm” i një individ jo të sëmurë fizikisht, por “jo të mirëqenë” psiko-emocionalisht, ose jo të realizuar në jetë (p.sh. një subjekt shoqërisht i izoluar, apo i stigmatizuar). Kështu, një person mund të ketë një shkallë të caktuar “shëndeti” dhe “sëmundjeje” në të njëjtën kohë, duke qënë ose jo “fizikisht i sëmurë”. Mirëpo, nëse mungesa e sëmundjes dhe mirëqenia shihen si dy pole të kundërt në një shkallë drejtëvijëzore, kjo përjasje nuk do të ishte e mundur për faktin se, për të gëzuar një gjendje “mirëqenieje” subjekti duhet të jetë patjetër i privuar nga çdo sëmundje.

Nga ana tjetër, nëse pranohet fakti se shëndeti është një koncept shumë dimensional, atëherë sëmundja dhe mirëqenia e individit mund të “bashkëjetojnë” përgjatë dimensioneve të ndryshme të shëndetit fizik, mendor, shpirtëror, psiko-emocional dhe shoqëror. Arsyeja e dytë sipas së cilës shëndeti dhe mirëqenia janë të ndër-lidhura por megjithatë dy koncepte të ndryshme nga njëri tjetri, argumentohet me faktin se, mirëqenia e individit është një koncept më shumë i lidhur me dimensione të tilla si “kënaqësia”, “gëzimi”, apo “lumturia” sesa i lidhur me shëndetin e tij.

Prandaj edhe, sipas këtij këndvështrimi, përfitimi i një mirëqenieje të plotë shpirtërore, psiko-emocionale dhe shoqërore duhet të jetë objekt i punës jo vetëm të sektorit të shëndetësisë, por i të gjithë sektorëve të tjerë të shoqërisë, duke përfshirë sferën e edukimit, transportit, ekonomisë dhe bujqësisë.

Shëndeti publik është një koncept social dhe politik që synon në përmirësimin e shëndetit, zgjatjen e jetës dhe përmirësimin e cilësisë së jetës midis gjithë popullsisë përmes promocionit, parandalimit të sëmundjeve dhe formave të tjera të ndërhyrjeve shëndetësore.

Shëndeti publik karakterizohet nga:

- Aplikimi i parandalimit, si strategji bazë ndërhyrëse,
- Aplikimi njëkohësisht i shumë disiplinave shkencore,
- Mbështetja dhe përqafimi i një filozofie të bazuar në drejtësinë shoqërore,
- Marrëdhëniet dhe ndër-veprimet me qeverinë dhe me politikatat publike.

Disa nga funksionet kryesore të shëndetit publik përfshijnë:

- Monitorimin, vlerësimin dhe analizën e gjendjes shëndetësore të popullatës,
- Mbikëqyrjen e gjendjes shëndetësore të popullatës si dhe punën kërkimore për identifikimin e faktorëve të rrezikut,
- Aktivitete dhe programe në fushën e promocionit shëndetësor,
- Hartimin e politikave dhe kapaciteteve institucionale për planifikimin dhe menaxhimin e burimeve materiale dhe njerëzore,
- Forcimin e kapaciteteve institucionale për rregullimin dhe kontrollin e aktiviteteve në fushën e shëndetit publik,
- Vlerësimin dhe promovimin e aksesit të barabartë për shërbime shëndetësore për të gjitha grupet e popullatës,
- Zhvillimin e burimeve njerëzore dhe sigurimin e trajnimit në fushën e shëndetit publik,
- Garantimin e shërbimeve shëndetësore si në nivel individual ashtu dhe në nivel komunitar,
- Udhëheqjen e punës kërkimore – shkencore në fushën e shëndetit publik,
- Reduktimin e impaktit negativ në popullatë të fatkeqësive dhe katastrofave natyrore dhe/ose njerëzore,

Disa nga fushat kryesore të punës së shëndetit publik³ përfshijnë:

- Krijimi i një përjasje komunitare në lidhje me shëndetin dhe adaptimi me të,
- Adaptimin e një përjasjeje multi-faktoriale lidhur me shkaktarët e sëmundjeve në popullatë dhe përqafim i një filozofie tërësore mbi konceptin e shëndetit të komunitetit,
- Forcimin e infrastrukturës së shëndetit publik në nivel lokal dhe qendror,
- Identifikimin e partnerëve dhe krijimin e aleancave të qëndrueshme ndërmjet të gjitha institucioneve dhe sektorëve të shoqërisë,

³Shëndeti Publik / Jonida Stefa, Petrit Bara, Enver Roshi, Genc Burazeri

- Zhvillimin e sistemeve të kontrollit dhe të transparencës publike mbi të gjitha çështjet e lidhura me shëndetin e popullatës,
- Mbështetjen dhe hartimin e politikave të bazuara në evidencë,
- Forcimin dhe përmirësimin e sistemit të informacionit dhe komunikimit në të gjitha nivelet.

2.2. Sistemet shëndetësore

Sistemet shëndetësore përkufizohen si marrëveshje ndërmjet spitaleve, mjekëve dhe organizatave të tjera ofruese të këtyre shërbimeve, të cilat përfshijnë pronësinë e drejtpërdrejtë të aseteve nga ana e sistemit fillestar (Bazzoli, Shortell, Dubbs, Chan & Kralovec, 1999). Sistemet shëndetësore të shpërndarjes së integruar ose të organizuar janë përcaktuar si një rrjet organizatash që sigurojnë ose organizojnë një vazhdimësi të koordinuar të shërbimeve shëndetësore për një popullatë të përcaktuar dhe është e gatshme të mbajë përgjegjësi klinike dhe financiare për rezultatet dhe statusin shëndetësor të popullatës së shërbyer (Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell & Morgan, 1993). Sistemet shëndetësore konsistojnë në tërësinë e personave dhe veprimeve që kanë si qëllim kryesor përmirësimin e shëndetit.

Objektivat e sistemeve shëndetësore janë:

- Dhënia e kontributit në arritjen e një gjendje shëndetësore sa më të mirë të popullatës,
- Garantimi i ndershmërisë në kontributet financiare: sistemi shëndetësor mund të ketë një kosto tepër të lartë (katastrofike) dhe nevoja financiare të paparashikueshme, krijimi i mekanizmave për ndarjen e riskut dhe sigurimi i një mburoje financiare janë të një rëndësie të veçantë,
- T'i përgjigjet asaj çka njerëzit presin në lidhje me çështje të tjera që kanë të bëjnë me shërbimin shëndetësor: të pasqyrojë rëndësinë e respektimit të dinjitetit, autonomisë dhe konfidencialitetit të informacionit.

Gjatë shekullit të 20-të, Organizata Botërore e Shëndetit⁴ ka theksuar dhe tërhequr vëmendjen që çdo vend, të shohë kujdesin shëndetësor si një e mirë publike e cila duhet të garantohet nga qeveria.

Sipas OBSH-së⁵, elementët kryesorë për një sistem shëndetësor efektiv dhe funksional janë:



Figura 1. Elementët e sistemit shëndetësor sipas OBSH-së

Megjithatë, nuk është vetëm qeveria⁶ ajo që duhet të kujdeset për një sistem të konsoliduar e të përparuar shëndetësor, por përgjegjësi duhet të mbajnë edhe strukturat qeveritare

⁴Organizata Botërore e Shëndetësisë 2014

⁵ Në 2007 OBSH përcaktoi një qasje të së drejtës në shëndetësi nëpërmjet fuqizimit të sistemeve shëndetësore.

⁶Organizata Botërore e Shëndetësisë 2008

lokale, organizatat profesionale shëndetësore dhe organizatat e shoqërisë civile. Nga ana tjetër, studime të ndryshme shprehen dyshuese për mënyrën dhe se si i marrin përgjegjësitë autoritetet shëndetësore⁷. Studimet tregojnë se publiku nuk ka besim tek institucionet si garantues të barazisë, ndershmërisë dhe integritetit në sektorin e shëndetësisë. Populli pret që autoritetet e shëndetit të bëjnë mirë dhe me zell punën e tyre (Gilson, 2003). Njerëzit duan që komunitetet dhe mjediset të jenë të sigurta dhe që shëndeti i tyre parësor të jetë i mbrojtur nga qasja universale shëndetësore dhe mbrojtja sociale⁸.

Organizata Botërore e Shëndetësisë, në vitin 2008, u shpreh se qeveritë janë përgjegjësit kryesorë për formatimin e sistemeve kombëtare shëndetësore, duke pasur parasysh se, kjo do të thotë që sistemi shëndetësor kërkon riparime të herëpashershme në punë e sipër për t'u përmirësuar. Një rol të rëndësishëm në përmirësimin e sistemit shëndetësor duhet të luajnë politikanët e një vendi, pushteti lokal, grupet kërkimore/shkencore, sektori privat, shoqëria civile si dhe komuniteti global shëndetësor.

Termi “Kujdes Shëndetësor Parësor” (KSHP) u përdor për herë të parë në vitin 1978, pas Konferencës Ndërkombëtare të Kujdesit Shëndetësor Parësor të mbajtur nga Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe UNICEF në Alma-Ata. Por që nga ajo kohë, KSHP ka marrë kuptime të ndryshme në vende e grupe të ndryshme⁹.

Sipas OBSH-së (1978) dhe siç është shkruar në Deklaratën e Alma – Ata, kujdesi shëndetësor parësor është:

Kujdesi thelbësor shëndetësor në bazë të metodave praktike, shkencërisht të shëndosha dhe shoqërisht të pranueshme dhe teknologjive universalisht të arritshme për individët dhe familjet në komunitet, përmes pjesëmarrjes së tyre të plotë dhe me një kosto që komuniteti dhe vendi mund të përballojë për të mbajtur në çdo fazë të zhvillimit të tyre në frymën e vetë-mbështetjes dhe vetëvendosjes. KSHP është një pjesë integrale e sistemit shëndetësor të vendit, si pjesë qendrore e tij si dhe pjesë e zhvillimit ekonomik të komunitetit. KSHP

⁷Davis 1999

⁸Sen 1999

⁹Rogers and Veale, 2003

është niveli i parë i kontaktit të individëve, familjes dhe komunitetit me sistemin kombëtar shëndetësor duke sjellë kujdes shëndetësor sa më pranë të jetë e mundur e aty ku njerëzit jetojnë dhe punojnë dhe përbën elementin e parë të një procesi të vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor”.

Periudha e globalizimit që jetojmë në ditët e sotme jep efektet e veta edhe në sistemin shëndetësor e në lidhje me këtë OBSH (2008) argumenton se sistemi shëndetësor dhe shoqëritë nuk po i përgjigjen dot ritmeve të shpejta me të globalizimit në ditët e sotme. Kjo reflektohet në pamundësinë për të mobilizuar burimet dhe institucionet e duhura që t’i përgjigjen ndryshimeve të shpejta në shërbimin shëndetësor. Shumë studiues botërorë vërejnë se në vendet në zhvillim sistemi shëndetësor është i fragmentuar dhe pacientët përpiqen të kërkojnë zgjidhje për probleme të ndryshme shëndetësore në institucione të ndryshme¹⁰. Nga KSHP kërkohet një nivel i lartë shërbimi, në mënyrë që t’i shërbehet popullatës në rritje në moshë e numër, dhe shumëllojshmërisë së sëmundjeve. Kërkohet koordinim shumë i mirë nga i gjithë sistemi shëndetësor, midis shërbimit ambulator, spitaleve e klinikave të ndryshme për të siguruar kujdes shëndetësor afatgjatë e me koston e duhur. Sipas Masseria, 2009, ky koordinim mungon dhe duke qënë se pacientët hyjnë në sistemin shëndetësor fillimisht nga parësori¹¹, kjo sjell mungesë të kurimit të duhur ose mbivendosje të diagnozave apo kurave që jepen ndaj pacientëve.

Pacientët sjellin probleme nga më të ndryshmet në sistemin shëndetësor parësor, dhe shpesh ky sistem shërben si njëpërmes së cilës pacientët drejtohen në sektorët e ndryshëm të specializuar në sistemin shëndetësor.¹² Për këtë arsye shërbimi në kujdesin parësor shëndetësor dhe vetë institucionet ku jepet ky shërbim duhet të jenë të mirë investuar, me të gjitha burimet e nevojshme për të zbuluar në faza të hershme sëmundje të cilat kanë nevojë për kura të specializuara.

¹⁰Masseria et al., 2009; Hofmarcher, et al., 2007; Lafortune and Balestat, 2007).

¹¹Hofmarcher et al. 2007

¹²Boerma, 2006; Masseria et al., 2009.

Më tej, studiuesit na thonë që sistemi i duhur shëndetësor mund të kontribuojë thellësisht në gjithë performancën e sistemit shëndetësor në një vend (Starfield, Shi, 2005). Masseria (2009) na jep karakteristikat kryesore të shërbimit shëndetësor parësor duke thënë që ky sistem duhet të jetë i përqëndruar tek njerëzit, lehtësisht i arritshëm dhe gjithëpërfshirës. Një numër i madh studiuesish vërtetojnë shkencërisht se kujdesi i vazhdueshëm shëndetësor është i lidhur gjithashtu me nivelin e ulët të vdekshmërisë¹³.

Akcesi i mirë në kujdesin shëndetësor parësor e më pas referimi në gjithë sistemin spitalor¹⁴ do të thotë:

- më pak pacientë të shtruar në spitale,
- më pak e nevojshme ndërhyrja e mjekut specialist¹⁵,
- më pak i nevojshëm përdorimi i shërbimit të urgjencës (Gill, 2000),
- të cilat përkthehen më pak kosto për një vend.

Shërbimi në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor, si pika të rregullta hyrëse, është mjaft i rëndësishëm dhe ndikon në kënaqësinë e pacientëve¹⁶. Për matjen e kënaqësisë së pacientëve janë zhvilluar metodologji të ndryshme në gjithë botën. Ajo më e përdorura quhet “Cilësia e Shërbimit (SERVQUAL)” dhe mat kënaqësinë e pacientit në pesë (5) fusha kryesore përmes shkallës së matjes Likert.

Qëllimi final i shërbimit shëndetësor parësor është shërbim shëndetësor më i mirë për të gjithë¹⁷, kështu në lidhje me këtë OBSH ka identifikuar pesë (5) elementë kyç për të arritur këtë qëllim:

- Të ulë ndjeshëm pabarazitë sociale dhe përjashtimin e grupeve të marxhinalizuara (reformat e mbulimit universal në shëndetësi);

¹³Shi, 2003; Franks, 1998; Villalbi, 1999; PAHO, 2005.

¹⁴Weinick, 2000; Forrest, 1998

¹⁵Woodward, 2004

¹⁶Weiss, 1996; Rosenblatt, 1998; Freeman, 1997; Miller 2000

¹⁷Organizata Botërore e Shëndetësisë 2014

- Organizimi i shërbimeve shëndetësore rreth njerëzve në nevojë dhe sipas pritshmërisë (reformat në dhënien e shërbimit);
- Integrimi i shëndetit në të gjithë sektorët (reforma për politika publike);
- Ndjekja e modeleve bashkëpunuese për politika dialoguese (reformat drejtuese); dhe
- Rritja e pjesëmarrjes së palëve të interesuara.

2.2.1. Funkcionet e sistemeve shëndetësore

- Ofrimi i shërbimeve shëndetësore vetjake dhe jo-vetjake
- Sigurimi, marrja dhe shpërndarja e të ardhurave për blerjen e këtyre shërbimeve
- Mobilizimi i fondeve për investime në burime njerezore, pajisje dhe infrastrukturë fizike

Qendra të kujdesit shëndetësor parësor cilësohen të gjitha institucionet shëndetësore që ofrojnë shërbim shëndetësor për pacientët në mënyrë ambulante. Këto qendra janë të pajisura me të paktën një personel mjekësor, mjek dhe infermier (shërbimi stomatologjik nuk përfshihet).

Sëmundshmëria përfaqëson numrin e të gjitha rasteve të sëmundjeve në një popullësi, në një moment të dhënë (frekuenca e çastit), ose gjatë një periudhe të dhënë, pa dalluar fillimin e sëmundjes dhe cilësuar periudhën kur ka ndodhur sëmundja, raste të vjetra apo të reja.

Spitali është një rezidencë institucionale e pajisur me qëllim ofrimin e kujdesit mjekësor, hotelerisë 24/24, diagnostikim, trajtim dhe rehabilitim i të sëmurëve që mund të kenë nevojë për ndihmë mjekësore ose kirurgjikale.

2.2.2. Roli i shtetit në sektorin shëndetësor

Rreth 8% e të ardhurave totale janë shpenzuar në sektorin e shëndetësisë në vende të ndryshme të botës, gjatë dekadave të kaluara. Nga kjo shumë, shpenzimet qeveritare, përbëjnë 1,000 miliardë ose rreth 60%. Nga 170 bilion që shpenzohen në vendet në

zhvillim të Afrikës, Azisë dhe Amerikës Latine, shpenzimet qeveritare kapin gjysmën e kësaj shume ose rreth 2% të PKB. Në vendet me ekonomi tregu të stabilizuar, shpenzimet në fushën e shëndetit përbëjnë 5% të PKB. Në Shqipëri shpenzohet për sektorin shëndetësor rreth 4% të PKB.

Ndryshimi i këtyre shifrave tregon sa kritike është përfshirja e politikave qeveritare në shëndetin publik. Qeveritë ndikojnë në mënyrë indirekte si në arsim, ujësjellës, çështje sanitare, të cilat kanë impakt në shëndet. Shteti luan rol rregullator midis sistemeve shëndetësore.

Ekzistojnë tre shkaqe kryesore që justifikojnë dhe orientojnë rolin e qeverisë në sektorin shëndetësor:

- Shtresat e varfra të popullsisë, nuk përballojnë shpenzimet për kujdes shëndetësor, i cili do të përmirësonte produktivitetin dhe mirëqenien e tyre. Investimet financiare publike për shëndetin e këtyre personave mund ta ulin nivelin e varfërisë ose mund të zbusin pasojat e saj.
- Veprimtaritë me qëllim promovimin e shëndetit krijojnë eksternalitete pozitive të kënaqshme.
- Dështimi i tregut në fushën e shëndetësisë dhe sigurimeve do të thotë se ndërhyrjet qeveritare janë të domosdoshme dhe mund të rrisin mirëqenien duke përmirësuar funksionimin e tyre.

2.2.3. Aktorët kryesorë në shërbimin shëndetësor parësor

Mjekët e përgjithshëm janë aktorët kryesorë¹⁸ në sistemin shëndetësor parësor. Në këtë sistem përfshihen në nivele të ndryshme të parësorit mjekë pediatër, okulistë, dentistë, gjinekologë dhe mjekë të tjerë specialistë, si dhe infermierët, mamitë, farmacistët,

¹⁸ Boerma, 2007

fizioterapistët¹⁹. Përfshirja e këtyre disiplinave në shërbimin shëndetësor parësor varion në vende të ndryshme dhe shpeshherë përcakton karakteristikat e sistemit shëndetësor parësor.

Organizata për Bashkëpunim Ekonomik e Zhvillim (OBEZH) (Hofmarcher 2007; Masseria, 2009), thekson se qendrat e kujdesit shëndetësor parësor përbëjnë sistemin e preferuar për të dhënë shërbim parësor në shumë vende. Mjekët e përgjithshëm rekomandojnë pacientët në sistemin ambulator të specializuar në 58% të vendeve evropiane, dhe në shërbimet spitalore për vizita më të thelluara në 46% të vendeve Evropiane²⁰. Në raste të rralla, pacientët mund të kontaktojnë një specialist pa i'u drejtuar mjekut të përgjithshëm për rekomandim (vetëm në 4 % e rasteve në vendet e OBEZH).²¹

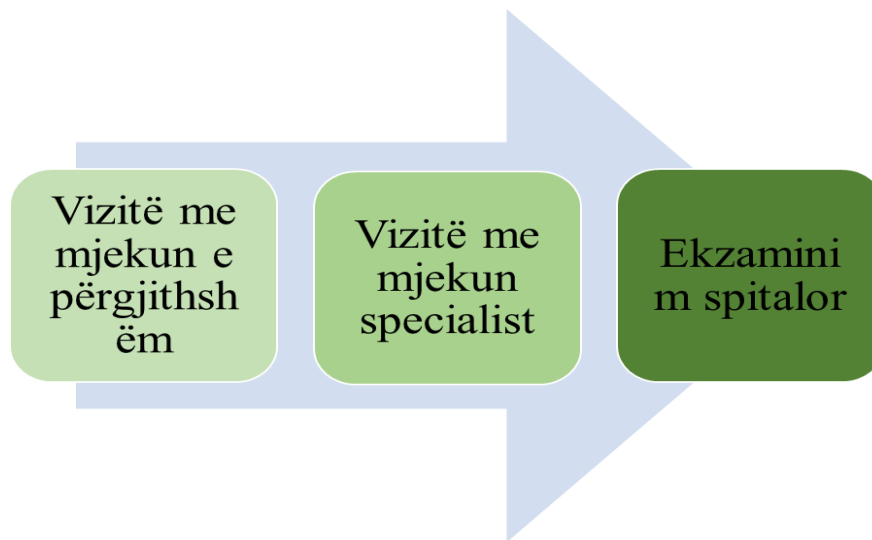


Figura 2. Procesi i referimit tek mjeku

Sipas Masseria, vendet ndahen në dy (2) grupe të mëdha në bazë të organizimit të sistemit shëndetësor parësor:

- Në vende si, Republika Çeke, Anglia, Finlanda, Italia, Lituania, Holanda, Rumania, Sllovakia, Sllovenia e Spanja të cilat kërkojnë që pacienti më parë të

¹⁹ Masseria et al., 2009

²⁰ Hofmarcher et al.2007

²¹ Masseria et al., 2009.

- vizitohet tek mjeku i përgjithshëm e pasi të marrë rekomandimin prej tij mund të vazhdojë në sistemin shëndetësor në nivel më të lartë e të specializuar.
- Në vende si Austria, Belgjika, Danimarka, Estonia, Franca, Gjermania, Polonia e Suedia të cilat përdorin stimuj financiarë për të inkurajuar pacientët për t'u regjistruar pranë një mjeku për të marrë rekomandim e më pas për të shkuar te mjeku specialist përkatës.

Sidoqoftë, vende të ndryshme paraqesin prirje të ndryshme historike e kulturore në sistemin parësor shëndetësor. Në Suedi, pacientët tentojnë të shkojnë direkt tek mjeku specialist për shkak të një modeli historik të kësaj qasje dhe mungesës së mjekëve të përgjithshëm. Ndërsa në Belgjikë, sistemi shëndetësor lejon që pacienti të zgjedhë midis specialistëve të ndryshëm për vizitën e parë shëndetësore. Reformat më të fundit në Belgjikë, Francë e Gjermani inkurajojnë pacientët të marrin një rekomandim tek mjeku specialist duke ulur tarifat monetare për këtë shërbim. Reformat e fundit në Gjermani, kanë qëllim të inkurajojnë pacientët të përdorin mjekun e përgjithshëm si kontakt të parë, por për momentin vetëm 8% e pacientëve konsultohen me të në këtë vend. Në Republikën Çeke, edhe pse pacientët duhet t'i drejtohen një mjeku të përgjithshëm si kontakt i parë, është e lehtë të organizosh një takim me mjekun specialist pa kaluar fare nga mjeku i përgjithshëm.

2.3. Përcaktimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe koncepti i vlerësimit të pacientit

Cilësia e kujdesit është një koncept dinamik me disa dimensione. Përcaktimi i tij varet si nga perspektiva e personit që i përgjigjet pyetjes ashtu edhe nga konteksti social dhe institucional. Për më tej, ky përcaktim do të ndryshojë me zhvillimin dhe pranimin e njohurive të reja.

Sipas Donabedian. A. (1990), shtatë (7) elementët thelbësore të cilat përcaktojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor janë:

1. Efikasiteti: maksimizimi i cilësisë së arritur të një njësie të krahasueshme të kujdesit shëndetësor, ose njësia e arritur e përfitimit shëndetësor për një njësi të caktuar të përdorur të burimeve të kujdesit shëndetësor;
2. Efektiviteti: ka të bëjë me sigurimin e proceseve të kujdesit shëndetësor dhe arritjen e rezultateve sa më të mira të mbështetura në evidencë shkencore;
3. Efienca: aftësia për të marrë shërbim shëndetësor cilësor kundrejt një kosto të ulët;
4. Balanca optimale: Bilanci më i mirë favorshëm i kostove dhe përfitimeve;
5. Pranueshmëria: konformiteti me preferencat e pacientit në lidhje me mundësinë e krijimit të një marrëdhënieje mjek-pacient, efektet dhe koston e kujdesit;
6. Legjitimiteti: ka të bëjë me konformitetin me preferencat shoqërore në lidhje me kujdesin shëndetësor;
7. Barazia: siguria e ofrimit të kujdesit shëndetësor cilësisht të barabartë për këdo, pa dallime raciale, seksi, moshe, të ardhurat financiare, vendbanimin, llojin e sëmundjes apo kohën e marrjes së shërbimit, përveç gjendjes së tyre klinike apo preferencave për kujdesin shëndetësor.

Si pasojë, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të marrin parasysh preferencat e pacientit, si dhe preferencat sociale në vlerësimin dhe sigurimin e cilësisë. Kur dy grupet e preferencave bien ndesh me njëra tjetrën, mjeku përballlet me sfidën e “pajtimit” të tyre.

Organizata Botërore e Shëndetësisë në dokumentin që përmban objektivat për shëndetin në shekullin e 21^o-të e përkufizon kështu cilësinë:

“Cilësia tregon shkallën e përsosmërisë së një shërbimi shëndetësor dhe zhvillimi i cilësisë nuk duhet parë si një kontroll administrativ për të siguruar arritjen e nivelit të paracaktuar të cilësisë së një shërbimi”. Është një proces dinamik që inkurajon një përmirësim të vazhdueshëm dhe risi në rezultatin e shëndetit. Përcaktimi i cilësisë është relative pasi mund të marrë forma nga më të ndryshmet në varësi të atij që bën përcaktimin. Ky i fundit, mund të jetë vetë pacienti, një familjar i pacientit, një doktor, një praktikant, një infermier, një administrator spitali. Ky përcaktim varet nga lloji i kujdesit shëndetësor të marrë dhe rezultati i pritur prej tij.

Studiuesja Barbara Hulka dhe bashkëpunëtorët e saj u përpoqën të ndërmarrin hapat fillestarë në hartimin e konceptit²² të vlerësimit të pacientit. Ata e përkufizuan si ‘qëndrim’ i pacientëve ndaj mjekëve dhe kujdesit shëndetësor. Më konkretisht, një indeks i gjykimeve vlerësuese të një individi në lidhje me cilësinë e kujdesit mjekësor të marrë nga mjekë, infermierë apo burime të tjera, ku hipotetizohet me qëllim për të përfaqësuar nivelin e "kënaqësisë" së individit. Në literaturën lidhur me konceptin e vlerësimit të pacientit, ky përkufizim konceptual është gjerësisht i pranuar²³.

Karakteristika që ndikojnë në vlerësimin e pacientit:

Vlerësimi i shërbimit mjekësor të ofruar bazohet në një numër faktorësh. Këto faktorë mund ti ndajmë në 3 kategori:

- Kategoria A – Karakteristikat e pacientit që merr shërbimin

Në këtë kategori mund të përfshijmë elementë social-demografik (mosha, gjinia, profesioni, statusi familjar, edukimi dhe niveli social-ekonomik) ashtu si edhe pritshmërinë për shërbimin mjekësor të marrë. Sipas Strasser dhe Davis, të dhënat demografike të pacientëve, si gjinia, profesioni, të ardhurat dhe edukimi ndikojnë në vlerësimin e shërbimit infermieror. Ekziston një lidhje mes karakteristikave sociale – demografike të pacientëve dhe zgjedhjes së doktorit dhe shërbimit. Rrjedhimisht, nëse zgjedhja e shërbimit mjekësor është e lidhur me kënaqësinë që pacienti merr, atëherë karakteristikat e tij demografike duken të lidhura me cilësinë e shërbimit shëndetësor, në mënyrën si pacienti e përcepton atë.

Fitzpatrick, Fox dhe Storms deklarojnë se faktori “moshë” luan rolin kryesor në vlerësimin e shërbimit mjekësor. Pacientët e moshuar deklarojnë nivele të larta vlerësimi, prej faktit që ata nuk duan të vënë në dyshim eksperiencën e doktorëve dhe infermierëve. Ky fakt gjithashtu mund të bazohet edhe në pritshmëritë e individit, që në rastin e pacientëve të moshuar, janë më të ulëta. Persona të cilët kanë përjetuar periudha të vështira dhe të

²²Hulka, Zyzanski, Cassel and Thompson 1970; Zyzanski, Hulka and Cassel 1974)

²³Wolinsky 1976; Hines et al. 1977; Doyle and Ware 1977; Ware et al. 1918; Locker and Dunt 1978).

paqëndrueshme, si luftëra apo epidemi globale, zakonisht janë tolerante dhe nuk shprehin pakënaqësi për sistemin shëndetësor në krahasim me persona të cilët nuk kanë jetuar të tilla kohëra. Përsa i përket nivelit arsimor të pacientëve, Anderson dhe Zimmerman deklarojnë se është i vetmi variabël i cili influencon vlerësimin e pacientëve për shërbimin shëndetësor, teori e cila nuk konfirmohet në studime apo kërkime të tjera.

Veç faktorëve demografike, kënaqësia e marrë nga pacienti ka lidhje direkte me arritjen dhe përmbushjen e pritshmërisë që individi ka. Bazuar mbi këtë, mund të themi se vlerësimi i pacientit përcaktohet si diferenca mes cilësisë së shërbimit që pacienti pret të marri dhe cilësisë së shërbimit që i ofrohet konkretisht.

- Kategoria B – Karakteristikat thelbësore të ofruesit të shërbimit shëndetësor (qendra shëndetësore apo spitale); Karakteristikat funksionale të ofruesit të shërbimit shëndetësor

Në këtë kategori kemi të bëjmë me burokracinë në sistemin shëndetësor, sa të aksesueshme janë për pacientët shërbimet mjekësore dhe kostot financiare që shoqërojnë ato. Kjo kategori përcaktohet si shumatore e procedurave funksionale, si koha dhe radha e pritjes për të takuar mjekun, përgatitja për kryerjen e checkup-it apo ndërhyrjes, furnizimi me ilaçe, vazhdimësia e kujdesit shëndetësor, komunikimi i personelit mjekësor me të afërmit e pacientit, etj.

Si rezultat i vëzhgimeve të kryera, pacientët vlerësojnë mirëfunksionim e brendshëm në institucionin ofrues të shërbimit. Këtu përfshihen:

- shërbim mjekësor lehtësisht i aksesueshëm
- komunikim me personelin mjekësor
- monitorim i vazhdueshëm i gjendjes shëndetësore
- kushte të mira hotelerie në spital, apo qendër shëndetësore.

Nga ana tjetër, kostot e larta të shërbimeve, pritjet e gjata për të marrë një shërbim, edhe për kontrollet mjekësore rutinë, kanë një impakt negativ në vlerësimin e cilësisë nga pacienti.

- Kategoria C – Karakteristikat e marrëdhënies mes pacientit dhe profesionistit të shëndetësisë

Marrëdhënia midis pacientit dhe stafit mjekësor mund të rezultojë e suksesshme në momentin që personeli mjekësor shfaq aftësi të mira komunikuese. Marrëdhënia ideale mes mjekut dhe pacientit është përshkruar nga studiuesit si e rëndësishme dhe shumë e vështirë për tu arritur. Kjo marrëdhënie bazohet në elementë të tillë si sjellje miqësore, shqetësimi, besimi dhe maturia e mjekut apo infermierit ndaj gjendjes shëndetësore të pacientit. Në shumë raste kjo gjë mund të reduktojë apo largojë friken dhe panikun që pacienti ndjen. Edhe pse përdorimi i teknologjisë është shtuar ndjeshëm dhe impakti ka qënë mjaft pozitiv, pacienti nuk ndihet i vlerësuar nëse nuk trajtohet me mirësjellje, ndjeshmëri dhe mirëkuptim.

Ekzistojnë dy përjashtime në lidhje me marrëdhënien që krijohet midis pacientit dhe mjekut të cilat janë:

- Cilësia dhe sasia e informacionit që mjeku apo infermieri i jep pacientit
- Interesi dhe simpatia e treguar nga personeli mjekësor ndaj pacientit

Cilësia e informacionit që pacienti merr është vendimtare në përcaktimin e vlerësimit të tij. Zakonisht pakënaqësia e shprehur ndaj personelit mjekësor vjen nga mungesa e informacioni të dhënë ndaj pacientit, si dhe nga komunikimi i dobët apo mungesa e komunikimit në tërësi nga ana e stafit mjekësor. Mjekët zgjedhin të përdorin komunikim konvencional për të shmangur krijimin e një lidhje emocionale me pacientin pasi kjo influencon negativisht në procedurat mjekësore.

Njëkohësisht, koha që mjeku i kushton pacientit për të shpjeguar gjendjen shëndetësore si dhe metoda e mjekimit që ai ndjek ndikojnë në plotësimin ose jo të pritshmërive të pacientit dhe rrjedhimisht në vlerësimin e tij.

Në vitin 1984, një artikull britanik deklaroi se duke qënë se buxheti i akorduar për kujdesin shëndetësor auditohet, konsumatorët e shërbimeve shëndetësore duhet të jenë më kritik ndaj shërbimit të ofruar. Ata duhet të organizohen për të kërkuar të drejta në planifikimin

dhe vlerësimin e shërbimeve mjekësore²⁴. Në këtë periudhë, autori nuk ishte në dijeni se në vitet më pas, vlerësimi i pacientit do të ndikonte në procedurat dhe kërkesat e rimbursimeve, vlerësimin e spitaleve apo klinikave. Me rritjen e kërkesave të pacientëve dhe futjen e konceptit të vlerësimit të pacientit, nisi krijimi i indikatorëve për përcaktimin e cilësisë dhe vlerësimin e kujdesit shëndetësor. Modeli më i njohur i vlerësimit të cilësisë së shërbimit mbetet ai i hartuar nga Donabedian.

²⁴<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241609/>

KAPITULLI 3

SISTEMI SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI

Sistemi Shëndetësor në Shqipëri²⁵ është kryesisht publik. Shteti siguron pjesën më të madhe të shërbimeve shëndetësore që i ofrohen popullatës si në fushën e promovimit, parandalimit, diagnostikimit dhe kurimit. Sektori shëndetësor privat në kujdes parësor është akoma në hapat e para dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimit farmaceutik, stomatologjik dhe disa klinika diagnostikuese në specialitete të ndryshme të mjekësisë. Këto klinika janë përqëndruar kryesisht në Tiranë. Në sektorin publik rolin kryesor e luan Ministria e Shëndetësisë e cila është hartuese dhe përgjegjëse për zbatimin e politikave dhe strategjive të sistemit shëndetësor, për rregullimin e funksionimit të tij si dhe për koordinimin e të gjithë aktorëve brenda dhe jashtë sistemit.

Shërbimi shëndetësor diagnostikues²⁶ dhe kurues është i organizuar në tre nivele:

- shërbimi parësor,
- shërbimi spitalor dytësor,
- shërbimi spitalor terciar.

Shërbime të shëndetit publik dhe promovimit përbëjnë bazën e aktivitetit të Institutit të Shëndetit Publik, i cili është institucioni shtetëror i vetëm nën varësi të Ministrisë së Shëndetësisë që ofron ekspertizën më të kualifikuar në fushat e lartpërmendura. Krahës institucioneve të sipërpërmendura ofrojnë shërbimet e tyre edhe një sërë institucionesh kombëtare si Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijës, Klinika Stomatologjike Universitare, etj. Në mbështetje të institucioneve shëndetësore funksionojnë edhe Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore, Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave dhe Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore. Me

²⁵Ministria e Shëndetësisë www.shendetesia.gov.al

²⁶Shëndeti Publik / Jonida Stefa, Petrit bara, Enver Roshi, Genc Burazeri

përfashtim të Tiranës ku shërbimi shëndetësor parësor është organizuar dhe funksionon në bazë të Autoritetit Shëndetësor Rajonal (ASHR), në të gjitha qarqet e tjera funksionojnë Drejtoritë e Shëndetit Publik (DSHP) dhe Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë (DRSH) në të dymbëdhjetë (12) qendrat, e dymbëdhjetë (12) qarqeve në Shqipëri. Drejtoritë e Shëndetit Publik dhe ato Rajonale të Shëndetësisë koordinojnë të gjitha shërbimet shëndetësore në kujdes parësor të çdo rrethi. Në të gjitha rrethet ka Drejtori të Shërbimit Spitalor ku në dymbëdhjetë (12) qytetet kryesore të qarqeve ato quhen Drejtori Spitalore Rajonale. Funksioni i tyre është kryesisht mbikëqyrës dhe të sigurojnë kryerjen e të gjitha procedurave në mënyrë që banorët të marrin shërbim mjekësor në qendrat shëndetësore.

Qendrat shëndetësore funksionojnë si njësi autonome, të cilat janë kontraktuar për shërbimet shëndetësore që ofrojnë nëpërmjet skemës së detyrueshme të sigurimeve shëndetësore dhe Paketës Bazë të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor.

3.1. Akcisi ndaj shërbimit shëndetësor parësor

Reforma në Shërbimin Shëndetësor parësor e ka filluesën në vitin 1992. SHSHP është sistem publik, me përfashtim të farmacive dhe klinikave dentare. Çdo banor i siguruar, shërbimin e parë e merr në qendrën shëndetësore pranë së cilës është regjistruar nëpërmjet mjekut të familjes (të cilin e zgjedh vetë).

Shërbimet që përfitohen janë të detajuara në paketën bazë të Kujdesit të Shëndetit Parësor dhe përmbledhin:

- Kujdesin në rastet e urgjencës;
- Kujdesin shëndetësor për mirëritjen e fëmijëve;
- Kujdesin shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues;
- Kujdesin shëndetësor për të rriturit;
- Kujdesin shëndetësor për të moshuarit;
- Kujdesin shëndetësor mendor;
- Promocionin dhe edukimin shëndetësor.

Nëse pacienti duhet referuar për shërbim më të specializuar, ai shoqërohet me rekomandimin apo epikrizën përkatëse pranë shërbimit të specializuar ambulator. Nëse vënia e diagnozës mbyllet në këto dy hallka, i sëmuri kthehet te mjeku i familjes dhe merr mjekimin e përshkruar nga mjeku specialist. Në rast të kundërt ai referohet më tej në shërbimin spitalor, duke e mbyllur nevojën e trajtimit me të specializuar tek niveli terciar pranë poliklinikës së shërbimeve të specializuara në Qendrën Spitalore Universitare Tiranë.

Funksionimi i sistemit të referimit:

Çdo banor është i regjistruar pranë mjekut të familjes në njësinë administrative ku ai banon (bashki ose komunë). Nëpërmjet mjekut të familjes, ku paraprakisht paraqet kartën e shëndetit, si dhe certifikatën e vendbanimit, ai referohet tek mjeku specialist. Nëse nevojitet shërbim më i kualifikuar, ai referohet pranë spitalit të rrethit ose në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë.

3.2. Hierarkia e institucioneve shëndetësore

Ministria e Shëndetësisë është institucioni përgjegjës për zhvillimin e politikave dhe strategjive shëndetësore në Shqipëri. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është përgjegjës për përcaktimin e fondeve të Qendrave të Kujdesit Parësor Shëndetësor.

1. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

Sigurimi Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë është institucionalizuar në bazë të Ligjit nr.10383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar. Skema e Sigurimeve Shëndetësore ka hyrë në zbatim me datë 1.03.1995 si një mekanizëm i rëndësishëm në reformimin e sistemit shëndetësor, si në drejtim të mënyrës së financimit dhe rritjes së burimeve për kujdesin shëndetësor, ashtu dhe të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve. Shërbimet shëndetësore në kujdesin parësor dhe kujdesin spitalor blihen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Sipas ligjit, sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm për të gjitha grupet

ekonomikisht aktive dhe jo-aktive të popullatës. Fondi financohet përmes integritit të taksave mbi pagën (3.4%) dhe të ardhurave të përgjithshme buxhetore në emër të grupeve jo-aktive të popullsisë. Regjistrimi vullnetar ofrohet për ata që nuk mbulohen. Kontributet e sigurimeve shëndetësore u rritën nga 23,02% e të ardhurave të Fondit në vitin 2013, në 27% për vitin 2015.

2. Instituti i Shëndetit Publik

Institucioni më i lartë teknik në fushën e shëndetit publik është Instituti i Shëndetit Publik, i cili është një institucion kombëtar nën varësinë direkte të Ministrisë së Shëndetësisë. Në detyrat e tij kryesore përmendim studimin dhe monitorimin e faktorëve të riskut, mbikëqyrjen e sëmundjeve ngjitëse, referencën laboratorike si edhe menaxhimin e programeve të vaksinimit. Zbatimi i mjaft programeve afatshkurtra me natyrë studimore apo promovuese të shëndetit është gjithashtu pjesë e aktivitetit të tij. Instituti i Shëndetit Publik luan edhe një rol të rëndësishëm lidhur me trajnimin në fushën e shëndetit publik.

3. Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave

Qendra është institucioni përgjegjës për kontrollin e çdo veprimtarie në fushën farmaceutike. Ajo ushtron kontroll mbi:

- Veprimtaritë e fabrikimit, mjediset dhe pajisjet e tij
- Tregtimin me shumicë dhe pakicë si dhe kushtet e ruajtjes së barnave
- Lëndët e para të medikamenteve dhe lëndët ndihmëse ambalazhuese
- Barnat e importura nga të gjitha subjektet e licensuara

4. Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut

Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut ka si qëllim sigurimin e gjakut dhe produkteve të tij për të plotësuar në mënyrën më optimale kërkesat për transfuzione që nevojiten për trajtimin e:

- personave të aksidentuar,
- pacientëve që vuajnë nga anemia e rëndë dhe kronike,

- pacientëve me kancer, pacientëve që do t'u nënshtrohen ndërhyrjeve kirurgjikale,
- grave që kanë hemoragji të madhe gjatë lindjes.

Shërbimi Kombëtar i Transfuzionit është i përbërë nga njëzet e nëntë (29) banka gjaku, nga të cilat tre (3) në Tiranë dhe njëzet e gjashtë (26) në rrethe.

5. Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve, Tiranë

Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve është ngritur si qendër kombëtare, diagnostikuese, trajtuese e trajnuese në vitin 2000. Misioni i saj është përmirësimi i cilësisë së jetës së fëmijëve me nevoja të veçanta, si dhe mbështetja e familjeve të tyre, për t'i pasur ato partnerë në rrugën e gjatë të rehabilitimit, kujdesit dhe edukimit të këtyre fëmijëve.

6. Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore

Qëllimi i saj është profilaksia dhe mirëmbajtja e pajisjeve mjekësore me qëllim që pajisjet mjekësore të kombinuara me personelin e institucioneve shëndetësore (mjekë, specialistë, infermierë) t'i shërbejnë sa më mirë pacientëve, duke rritur cilësinë në shërbimin ndaj tyre.

7. Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

Ky institucion mbështet Ministrinë e Shëndetësisë në zbatimin e strategjisë kombëtare shëndetësore afatgjatë në fushat e mëposhtme:

- Përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së sistemit shëndetësor.
- Formulimin, përhapjen dhe monitorimin paraprak të udhëzuesve klinikë (protokolleve klinike) të praktikës klinike më të mirë, në ndihmë të personelit mjekësor.
- Akreditimin e institucioneve shëndetësore shqiptare publike dhe private.
- Edukimin terapeutik dhe fuqizimin e rolit të pacientëve si aktorë kryesorë qendror të sistemit shëndetësor.

- Minimizimin e rreziqeve dhe gabimeve në institucionet mjekesore: Rritjen e sigurisë për pacientët dhe personelin mjekësor.
- Krijimin, mbledhjen dhe përdorimin e evidencës shkencore të praktikave mjekësore të faktuara si më të mirat.

8. Klinika Stomatologjike Universitare

Funksionon në bazë të rregullores si dhe të udhëzimeve përkatëse të Ministrisë së Shëndetësisë. Ofron shërbime të specializuara në: Kirurgji maxilofaciale, Terapi, Ortopedi, Pedodonti dhe siguron formimin profesional të mjekëve specializantë.

9. Njësia e transportit me helikopter

Misioni është mbulimi i urgjencave mjekësore kur paraqitet nevoja për ofrimin e një shërbimi të tillë. Veprimtaria kryesore: Transportimin e specializuar mjekësor me helikopter të pacientëve në raste akute.

10. Klinika e Shërbimeve Shëndetësore (Qeveritare)

Misioni është ofrimi i shërbimit të urgjencës dhe kujdesit parësor për autoritetet e larta të shtetit si dhe shoqërimi delegacioneve qeveritare për të mundësuar dhënien e ndihmës së shpejtë shëndetësore në rast nevojë.

11. Qendra kombëtare e edukimit në vazhdim

Misioni i saj është nxitja, realizimi dhe përmirësimi i zhvillimit profesional të të gjithë kategorive të personelit profesional mjekësor me synim rritjen e njohurive dhe zhvillimin e aftësive të këtij personeli. Veprimtaria kryesore e saj është hartimi i planit kombëtar të veprimeve të formimit të vazhdueshëm të punonjësve të shëndetësisë.

3.3. Parimet e kujdesit shëndetësor në Shqipëri

“Kujdesi shëndetësor” është tërësia e masave dhe veprimtarive të ndërmarra nga institucionet e kujdesit shëndetësor, punonjës shëndetësorë dhe shtetas me qëllim përmirësimin e mirëqenies së përgjithshme fizike, mendore dhe sociale të popullsisë”.

Kujdesi shëndetësor udhëhiqet nga parimet e mëposhtme:

- E drejta për kujdes shëndetësor është një e drejtë themelore e individit;
- Garantimi i të drejtave të barabarta në kujdesin shëndetësor, bazuar në mosdiskriminim;
- Sistemi i kujdesit shëndetësor funksionon mbështetur në efikasitetin dhe cilësinë e shërbimit, duke garantuar sigurinë e pacientit dhe paanësinë;
- Pjesëmarrja e aktorëve të ndryshëm, pacientëve, konsumatorëve dhe qytetarëve;
- Llogaridhënia ndaj qytetarëve.

Si sigurohet kujdesi shëndetësor parësor?

- Kujdesi shëndetësor parësor sigurohet nëpërmjet një rrjeti profesionistësh dhe institucioneve shëndetësore, në bazë të parimeve të kujdesit shëndetësor familjar.
- Kujdesi shëndetësor parësor organizohet në mënyrë të tillë, që çdo person, i cili jeton brenda territorit të Republikës së Shqipërisë, të ketë mundësinë të përdorë ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor, të drejtën të zgjedhë një kontakt të kujdesit shëndetësor parësor dhe të regjistrohet pranë kontaktit të zgjedhur të ofruesit të kujdesit shëndetësor parësor.
- Kujdesi shëndetësor parësor sigurohet pa kufizime, që rrjedhin nga sëmundja, mosha, gjinia, gjendja ekonomike ose kategoritë e pacientëve. Kujdesi shëndetësor parësor plotëson nevojat për trajtim mjekësor bazë, kujdes infermieror, parandalim dhe riaftësim, kur këto nuk kërkojnë trajtim dhe teknika ekzaminimi, që ofrojnë nivelet e tjera të kujdesit shëndetësor.

Ministri i Shëndetësisë miraton rregulloret për organizimin dhe funksionimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor parësor. Personeli i Qendrave Shëndetësore, (ku përfshihen edhe ambulancat) përbëhet nga menaxherë, mjekë, infermierë, mami dhe personel mbështetës. Pra shërbimet e kujdesit shëndetësor nuk ofrohen në një godinë të vetme, por nëpërmjet një rrjeti ofruesish të shërbimeve shëndetësore.

Mjekësia e familjes (MF) është disiplina profesionale thelbësore rreth së cilës zhvillohet Kujdesi Shëndetësor Parësor. Për të ushtruar funksionin e tij, mjeku i familjes i zbaton këto kompetenca në tre fusha: detyrat klinike; komunikimi me pacientët; menaxhimi i Qendrës Shëndetësore.

Shërbimet që përfitohen janë të detajuara në paketën bazë të Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe përmbledhin:

- Kujdesin në rastet e urgjencës;
- Qendra shëndetësore ofron ndihmën e parë në mënyrë efektive dhe në kohën e duhur për urgjencën mjekësore dhe referimin e pacientëve (përfshirë transportin), si dhe menaxhon situatën në rast katastrofash natyrore (përfshirë plotësimin e dokumentacionit të pacientit dhe të referimit);
- Kujdesi në raste të urgjencave të zakonshme;
- Ofrimin e ndihmës së parë nga personeli shëndetësor i kualifikuar për vlerësimin dhe trajtimin e problemeve të urgjencës- kontakt me telefon ose me personin direkt);
- Ofrim i kujdesit në Qendra Shëndetësore me shërbim pa ndërprerje (24 orë). Qendrat Shëndetësore që ofrojnë shërbim njëzet e katër 24 orë përcaktohen me marrëveshje midis Ministrisë së Shëndetësisë dhe Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm;
- Ofrim i kujdesit në Qendra Shëndetësore me shërbim me ndërprerje (8 orë);
- Ofrim i kujdesit jashtë Qendrave Shëndetësore;
- Kujdesin shëndetësor për mirëritjen e fëmijëve ;
- Kujdesin shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues;

- Kujdesin shëndetësor për të rriturit;
- Kujdesin shëndetësor për të moshuarit;
- Kujdesin shëndetësor mendor;
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor;

Por më konkretisht, Organizata Botërore e Shëndetësisë, në vitin 2018, kryen një vlerësim rreth funksionimit dhe punës së qendrave shëndetësore në Shqipëri. Në këtë raport cilësohej se:

- Qëndrimet e popullsisë ndaj qendrave shëndetësore janë rritur pozitivisht.
- Nuk ka një qasje sistematike për ndjekjen mjekësore dhe menaxhimin e pacientëve me sëmundje jo-ngjitëse, të zbuluara rishtazi.
- Popullsia është diferencuar në bazë të faktorëve të rrezikut dhe nivelet e sëmundshmërisë. Pacientë të cilët janë jashtë programit kombëtar të kontrollit parandalues (check-up) nuk mund të kryejnë analiza në laborator shtetëror dhe nuk mund të përdorin pajisjet diagnostifikuese të cilat janë pjesë e këtij programi.
- Populli nuk ka mundësi zgjedhjeje për kujdes shëndetësor. Kjo çënon marrjen e shërbimit të kërkuar, në kohën dhe vendin e duhur me rezultatet e pritshme.
- Të gjitha qendrat shëndetësore mbledhin dhe raportojnë të dhëna mjekësore që mund të përdoren për vlerësimin e nevojave shëndetësore të popullatës dhe përcaktimin e përparësive në politikat dhe strategjitë e zhvillimit. QSH raportojnë të dhëna mbi burimet, sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë përmes autoriteteve të shëndetit publik të rrethit tek Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Nevojitet një vlerësim i hollësishëm për mënyrën si përdoren këto të dhëna të mbledhura, dhe impakti që ato kanë në vendimmarrjen lidhur me QSH në nivel lokal, rajonal dhe kombëtar.
- Nuk ka bashkëpunim institucional midis shëndetit publik dhe qendrave shëndetësore. Profesionistët e dy institucioneve duhet të diskutojnë mbi përcaktimin e problemeve prioritare shëndetësore në komunitet dhe planifikimin e veprimeve të përbashkëta për adresimin e duhur të këtyre problemeve.

- Roli aktual i autoriteteve lokale në vlerësimin e nevojave shëndetësore dhe në mobilizimin e përpjekjeve të sistemit shëndetësor për të adresuar nevojat prioritare shëndetësore të popullatës nuk është i qartë. Aktualisht, autoritetet lokale kanë përfshirje të kufizuar në vlerësimin e nevojave shëndetësore, vendimet e politikave dhe shërbimet shëndetësore.

3.4. Organizimi i qendrave shëndetësore

Në secilën prej gjashtëdhjetë e një (61) bashkive të Republikës së Shqipërisë ekziston një qendër shëndetësore me shërbim ambulator. Qendra shëndetësore ofron shërbim për mesatarisht tetë mijë deri në njëzet mijë (8,000 – 20,000) banorë, në varësi të zonës, urbane ose rurale. Raporti doktor/pacient është një me dymijë e pesëqind (1:2,500) dhe raporti infermier/pacient është një me katërmijë (1:4,000). Një pjesë e qendrave shëndetësore ofrojnë shërbim njëzet e katër (24) orë në ditë, gjatë shtatë (7) ditëve të javës. Të gjitha QSH kontrollohen nga MSHMS, e cila menaxhon rekrutimin e stafit mjekësor dhe jo-mjekësor në këto qendra. MSHMS është përgjegjëse për çdo investim në infrastrukturë fizike dhe pajisje mjekësore. Në shumicën e rasteve, godinat ku janë të pozicionuara QSH janë pronë e qeverisë së Shqipërisë. Çdo QSH ka një drejtues mjekësor, i cili zakonisht është mjek i përgjithshëm. Përbërja e pjesës tjetër të stafit mjekësor varion sipas llojit të QSH.

Mjeku i përgjithshëm është i specializuar në trajtimin e të rriturve (individë mbi pesëmbëdhjetë (15) vjeç) ose të fëmijëve. Megjithatë, në zonat e vogla rurale, mjeku ju shërben individëve të të gjitha moshave. Në zonat urbane ka mjekë pediatër të cilët kryejnë ekzaminime rutinë (checkup) tek fëmijët e shëndetshëm dhe pediatër të tjerë që kujdesen për fëmijët e sëmurë. E njëjta skemë aplikon edhe për infermierët në QSH. Shpesh infermierët janë të specializuar për të shërbyer në departamente të ndryshme. Numri i mjekëve është në varësi të numrit të popullsisë të cilëve ju jepet shërbim mjekësor.

Përsa i përket Tiranës, janë katër (4) poliklinika të specialiteteve të cilat përfshijnë në shërbimin e tyre dhe staf mjekësor të specializuar në fusha të ndryshme, si kardiologji, reumatologji, kirurgë ortoped, obstetër-gjinekolog dhe okulistë.

Rezervimi i vizitave tek mjeku specialist kryhet nëpërmjet sistemit në QSH, pas marrjes së rekomandimit nga mjeku i familjes. Shpeshherë takimi më i afërt, i lirë, tek mjeku specialist është pas 2-3 javësh nga periudha e referimit. Për të kryer një ekzaminim të thjeshtë imazherik si ekografia nevojiten një deri në një muaj e gjysëm (1-1.5) nga momenti referimit. Zakonisht koha e pritjes për vizitën tek mjeku është e gjatë, e shoqëruar me numër të madh pacientësh që presin tek dera e mjekut.

Largësia e QSH varion nga dhjetë në njëzet e pesë (10 – 25) km. Kjo distancë shpeshherë përbën arsye për të mos shkuar tek mjeku. Për këtë arsye mjeku i familjes kryen edhe vizita në banesë. Shërbim mjekësor i'u ofrohet vetëm pacientëve të cilët banojnë në zonën ku ndodhet QSH. Mjekët ndajnë të njëjtën zyrë me infermierët. Kjo gjë krijon pengesë në kryerjen e aktivitetit për të dy palët. Mbi të gjitha, pengon krijimin e konfidencialitetit dhe ndjesisë së rehatisë së pacientit gjatë vizitës me mjekun. Është vënë re se infrastruktura rrugore dhe transporti publik redukton numrin e vizitave tek mjeku, veçanërisht gjatë periudhës së dimrit.

Në vitin 2018, Organizata Botërore e Shëndetësisë ndërmori një studim mbi funksionim e qendrave shëndetësore në Shqipëri. Qëllimi i studimit ishte të kuptohej sa nga nevojat shëndetësore të populates plotësoheshin nga QSH. Nga vëzhgimi dhe intervistat e kryera²⁷ me personelin mjekësor u theksua nevoja e trajnimit në Menaxhim Shëndetësor në pothuajse të gjitha qendrat nën studim.

- Shërbimet mjekësore parandaluese

Kujdesi parandalues dhe edukimi familjar janë pjesë e paketës së shërbimeve të qendrave shëndetësore. Përshkrimi i shërbimeve parandaluese është shumë i detajuar për monitorimin e rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve, të cilët kërkojnë vizita kontrolli të shpeshta

²⁷Primary healthcare in Albania; Rapid Assessment, WHO 2018

përgjatë 3 viteve të para të jetës. Gjatë vizitave parandaluese jepen përshkrime të detajuara, përfshirë edhe implementimit të programit kombëtar të imunizimit dhe monitorimit të mënyrës së ushqyerjes. Kjo shpjegon arsyen pse Shqipëria ka një mbulim të plotë në mbarë vendin me programin e vaksinimit të fëmijëve për moshat zero deri në pesëmbëdhjetë (0-15) vjeç.

Udhëzimet klinike dhe protokollet mbi kontrollet parandaluese (checkup) për grupmoshat tridhjetë e pesë deri në gjashtëdhjetë e pesë (35-65) vjeç janë zhvilluar që prej vitin 2015. Stafi mjekësor është trajnuar dhe ka njohuri mbi procesin.

Pavarësisht se gjatë viteve të fundit, kemi shtim numrit të vizitave në QSH, ka ende mangësi në lidhje me:

- qëllimin e kryerjes së ekzaminimeve laboratorike nga pacientët,
 - monitorimin e ecurisë së sëmundjeve të diagnostikuara nga mjekët,
 - mundësinë e kryerjes së analizave për depistim në grupmoshat e tjera, që nuk përfshihen në program dhe ndjekjen e rasteve të diagnostikuara.
- *Koordinimi i qendrave shëndetësore me shërbimin spitalor dytësor të specializuar*

Mjekët e familjes raportojnë rritje të fluksit të pacientëve që prej vitit 2015, kur nisi Programi kombëtar i kontrollit parandalues (checkup). Bazuar në rregullore, pasi pacienti kryen vizitën me mjekun e familjes, nëse duhet referuar për shërbim më të specializuar ai shoqërohet me rekomandimin dhe epikrizën përkatëse pranë shërbimit të specializuar ambulator. Nëse vënia e diagnozës mbyllet në këto dy hallka, i sëmuri kthehet te mjeku i familjes dhe merr mjekimin e përshkruar nga mjeku specialist. Në rast të kundërt ai referohet më tej në shërbimin spitalor, duke e mbyllur nevojën e trajtimit më të specializuar tek niveli terciar pranë poliklinikës së shërbimeve të specializuara.

Një nga katër Poliklinikat e Specialiteteve në Tiranë, si dhe Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza konfirmojnë se shumica e pacientëve që marrin shërbim mjekësor në këto

institucione janë të vetë-referuar. Pra pacienti anashkalon çdo hallkë dhe paraqitet në spital për kurim.

Të dhënat nga departamenti i Urgjencës pranë QSUT shprehin se më shumë se 85% e pacientëve që paraqiten në urgjencë janë të vetë-referuar. Një trend i njejtë shfaqet edhe në rastin e përdorimit të barnave. Pacientët vetë-mjekohen pa u konsultuar paraprakisht me mjekun e familjes.

Në lidhje me koordinimin midis shërbimit shëndetësor parësor dhe atij spitalor dytësor janë evidentuar mangësitë si mëposhtë:

- Rregulloret për përshkrimin e ilaçeve kërkojnë kontrolle dhe referime nga specialistët e fushës për përcaktimin e planit e trajtimit.
- Kufizimet e vendosura për parandalimin e pacientëve për tu vetë-referuar tek mjekët specialistë apo spitalet nuk janë efektive.
- Ekziston një mungesë e theksuar besimi tek mjeku i familjes apo në tërësi tek personeli mjekësor si nga popullata ashtu dhe nga vetë mjekët specialistë të strukturave të tjera.
- Nuk ka bashkëpunim midis mjekut të familjes dhe mjekëve specialistë.

Aparaturat dhe pajisjet diagnostikuese

Gjithsecili prej nesh ka kryer minimalisht një vizitë tek mjeku i familjes në QSH. Qendra shëndetësore ka një mungesë të pajisjeve diagnostikuese dhe trajtuese, gjithashtu koordinatorët e qendrës shëndetësore Nr.10 pohojnë se nuk ka as një listë pajisjesh standarde, të cilat duhet të ndodhen në QSH. Çdo qendër ka pajisje të ndryshme diagnostikuese, shumica prej tyre janë donacione të organizatave të huaja, të cilat operojnë në Shqipëri. Gjatë vëzhgimit të kryer nga Organizata Botërore e Shëndetësisë në 2018, në QSH mungonin aparate elektrokardiograme (ekg), apo pajisje për ekzaminimin e veshëve dhe fytit. Pajisja e grafisë ishte prodhuar në vitin 1918.

Në QSH pacientët nuk kanë akses në shërbimet laboratorike diagnostikuese, veçanërisht në zonat rurale. Edhe për ekzaminime laboratorike të thjeshta, pacientët janë të detyruar ti drejtohen poliklinikave të specialiteteve apo laboratorëve privatë.

Si rrjedhojë, pajisjet e vjetëruara, mungesa e specialistëve të kualifikuar, veçanërisht në nivel lokal, dhe buxheti i kufizuar apo mungesa e investimeve ndikon negativisht në ofrimin e shërbimeve mjekësore të barabarta për popullsinë në QSH.

- *Infrastruktura fizike*

Qendrat shëndetësore ushtrojnë veprimtarinë e tyre në ndërtesa relativisht të vjetra, të cilat janë pronë e shtetit. Gjatë dy viteve të fundit, Qeveria Shqiptare dhe MSHMS ka kryer investime në përmirësimin e infrastrukturës fizike në disa QSH, të cilat janë restaruruar plotësisht. Megjithatë, gjendja infrastrukturore e shumicës prej QSH nuk është e mirë. Ndërtesat janë të dëmtura.

Kabinetet mjekësore janë të vogla dhe të parehatshme. Në disa kabinete mund të akomodohen njëkohësisht tre (3) deri në pesë (5) pacientë, të cilët presin të marrin shërbim shëndetësor. Mjeku ndan të njëjtin kabinet me infermierët. Dosjet me të dhënat mjekësore të pacientëve arkivohen në po të njëjtën zyrë.

Recepsioni, edhe në poliklinika, është vendosur në një hapësirë të ngushtë pa vend pritjeje. Nuk ka një rregullore apo standard në lidhje me organizimin funksional dhe infrastrukturor për institucionet shëndetësore të kësaj kategorie.

- *Qeverisja, përgjegjësia dhe autoriteti*

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale po harton politika kombëtare me qëllim rritjen e shkallës së autonomisë së spitaleve publike, në përputhje me tendencat e fundit ndërkombëtare. Rritja e autonomisë së institucioneve shëndetësore shihet si mundësi për përmirësim të cilësisë së shërbimit dhe efijencës duke tërhequr manaxherë të suksesshëm për drejtimin e tyre.

Një zhvillim i tillë për qendrat shëndetësore nuk është projektuar ende. Menaxhimi në qendra shëndetësore dhe poliklinika mbetet ende i centralizuar, apo i mikro-menaxhuar. Drejtuesit e qendrave shëndetësore kanë vendimmarrje të kufizuar lidhur me menaxhimin financiar apo të burimeve njerëzore.

- *Financimi dhe burimet njerëzore*

FSDKSH është blerësi i shërbimve shëndetësore. Buxheti i FSDKSH për vitet 2016-2018²⁸ është shpërndarë në përqindje si mëposhtë:

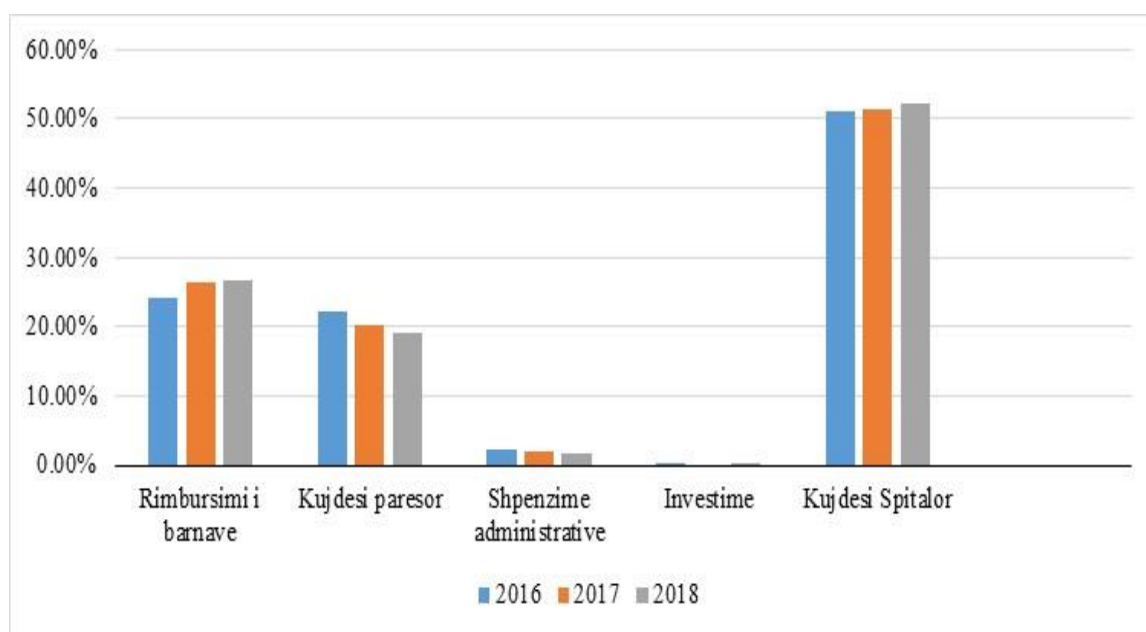


Figura 3. Shpërndarja e buxhetit të FSDKSH 2016-2018

FSDKSH financon kujdesin shëndetësor parësor sipas konsumit. Menaxherët e QSH nuk kanë autonomi dhe fleksibilitet në menaxhimin financiar, gjë e cila na çon në një sistem jo-efiçent. Numri i mjekëve të kontraktuar dhe paga e tyre është e lidhur me fluksin e pacientëve të cilët do marrin shërbim mjekësor. Përsa i përket numrit të infermierëve, ai

²⁸Raporti vjetor FSDKSH;
https://www.fsdks.com.al/images/2019/Botime_09092019/Raport_Vjetor_2018_09092019/RaportiVjetor2018Shqip15112019Rz.pdf

ndryshon nga një qendër në një qendër tjetër shëndetësore, dhe nuk lidhet me numrin e popullsisë. Një nga sfidat më të mëdha me të cilat po përballët sistemi ynë shëndetësor gjatë 5 viteve të fundit është migrimi dhe emigrimi i punonjësve të shëndetësisë, mjekë apo infermierë.

- *Vazhdimësia e edukimit mjekësor, liçensimi, dhe rregulloret e cilësisë*

Profesionistët e shëndetit duhet të trajnohen në mënyrë sistematike në lidhje me standardet, teknikat e reja me qëllim shtimin dhe përmirësimin e njohurive dhe aftësive të tyre. Këto trajnime janë pjesë e programit për vazhdimësinë e edukimit mjekësor. Profesionistët zgjedhin kurse të përshtatshme për ta nga lista e aprovuar nga MSHMS, megjithatë duhet theksuar se jo të gjithë mjekët e familjeve janë pjesë e këtyre trajnimeve. Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore është përgjegjëse për garantimin e cilësisë në sektorin shëndetësor. Në funksionet e saj përfshihet vlerësimi i cilësisë së shërbimit të ofruar, duke garantuar sigurinë e pacientëve dhe akreditimin e pajisjeve shëndetësore, pëfshirë ato në qendra shëndetësore. Standardet aprovohen nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Akreditimi i ofruesve të shërbimeve shëndetësore duhet të kryhet çdo pesë (5) vjet. Gjithsesi, nuk ekziston një rregullore e cila detyron apo penalizon ofruesit të cilët nuk plotësojnë standardet. Sipas rregullores së miratuar nga MSHMS, është vendosur një koordinator për monitorimin e cilësisë në çdo qendër shëndetësore përjashtuar zonat rurale.

- *Përdorimi i teknologjisë së informacionit dhe komunikimit; Sistemi i informacionit shëndetësor*

Shqipëria ka nevojë për ritjetërsim dhe ripërtëritje që të mundësojë një menaxhim më të mirë dhe vlerësim të përshtatshëm të sistemit shëndetësor. Qëllimi është të garantojë përdorimin e informacionit shëndetësor në mbështetje të zhvillimit të politikave të mbështetura në fakte dhe planifikimin racional të shërbimeve shëndetësore.

Mbetet ende sfidë harmonizimi i të dhënave dhe informacioneve nga institucionet shëndetësore për të përftuar një panoramë të plotë të gjendjes shëndetësore të popullatës. Kjo mund të arrihet duke ndërtuar regjistrat kombëtarë të sëmundjeve dhe të dhënat elektronike mjekësore, për të cilat ka filluar puna²⁹.

Zhvillimi i sistemeve të informacionit është një proces shumë i rëndësishëm në funksion të përmirësimit të skemës së sigurimeve shëndetësore e në këtë mënyrë, listës së shërbimeve që ofrohet për popullatën që është përdoruese e kësaj skeme.

Aktualisht FSDKSH ka mundësuar këto shërbime:

- Regjistri elektronik i banorëve është një sistem në të cilin regjistrohen banorët që mbulojnë mjekët me shërbim shëndetësor për çdo QSH. Regjistri elektronik i banorëve nisi për herë të parë në vitin 2013, pas një procesi të gjatë depistimi të banorëve nga ekipi i mjekëve të përgjithshëm të familjes në zonën e mbulimit. Regjistri mbështet: 1. transferimin e banorëve ndërmjet mjekëve, 2. zgjedhjen e mjekut nga pacienti, 3. rishpërndarjen e banorëve nëpërmjet mjekëve, 4. regjistrimin e të dhënave demografike të personave, përfshirë dhe regjistrimin e vdekjes, si dhe sëmundjet e tyre kronike. Aktualisht në sistem janë hedhur rreth katër pikë tre (4,3) milion persona (rezidentë dhe jorezidentë), nga të cilët rreth dy pikë tetë (2,8) milion me ID kombëtare. Sfidë përbën saktësimi nëse banori është rezident ose jorezident. Sistemi përdoret në të gjitha qendrat shëndetësore të vendit dhe ka aktualisht rreth njëmijë e treqind përdorues (1300) përdorues mjekë dhe infermierë. Sistemi filloi nga puna në datë 31.12.2014, është i centralizuar online, përdoret nga të gjitha pikat e shpërndarjes së kartës shëndetësore. Sistemi mundëson regjistrimin e të siguruarve, kategoritë e tyre përfituese me afatet përkatëse dhe lëshimin e kartës së shëndetit. Ky sistem furnizohet me të dhëna demografike nga regjistri elektronik i Regjistri elektronik i banorëve të regjistruar pranë mjekut të familjes.

²⁹Strategjia kombëtare e shëndetësisë 2016-2020

- Regjistri elektronik i personave të siguruar (karta e shëndetit) banorëve, ka bërë të mundur që të evitohet hedhja dyfishe e të dhënave demografike. Karta e shëndetit është lancuar nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në vitin 2014. Karta e shëndetit është mjeti që identifikon të siguruarit dhe me anë të saj përfitohen shërbimet shëndetësore të skemës së sigurimeve shëndetësore në të gjitha nivelet. Pensionistët, invalidët, veteranët, të punësuar, të vetëpunësuar, të siguruar vullnetarisht, fëmijët, gra shtatzëna, persona që trajtohen me ndihmë ekonomike, punëkërkues etj, mund të përfitoni nga skema e sigurimeve shëndetësore, me anë të kartës së shëndetit. Në këto përfitime përfshihen recetat e rimbursueshme, shërbimi te mjeku i familjes, te mjeku specialist, në qendrat spitalore, pra në të gjithë sistemin tonë shëndetësor. Por si lindi nevoja për kartën e shëndetit? Çdo person i siguruar duhej të kishte një librezë shëndeti për të përfituar shërbimet shëndetësore nga skema e sigurimeve. Libreza ishte mjeti për të identifikuar pacientin dhe me anë të saj përfitoheshin më pas shërbimet shëndetësore. Por një nga vështirësitë me të cilat përballeshin pacientët ishte vonesa në marrjen e shërbimit. Vështirësi që kishin dhe mjekët, të cilët duhet të rishkruanin 3 herë mjekimin për pacient në fletën e librezë, në recetë dhe në kartelën mjekësore. Po kështu farmacisti shpenzonte kohë të tepërt gjatë dhënies së barnave të rimbursueshme, me riplotësim të recetës dhe fletëve të librezës shëndetësore.

FSDKSH³⁰ në një botim të vitit 2015, shprehet se që prej vitit 2008 ka nisur përdorimi i një sistemi të automatizuar shëndetësor. Gjatë vitit 2013, ky sistem ka pësuar zgjerim në disa qendra shëndetësore sipas kërkesave të tyre, duke rritur numrin e qendrave që vetë regjistrojnë dhe menaxhojnë informacionin e tyre në sistem. Sistemi është ndërtuar me asistencën e organizatës USAID dhe bën të mundur regjistrimin e formularëve të vizitave të shërbimit parësor. Falë këtij sistemi u realizua llogaritja e performancës dhe indikatorëve të cilësisë në Kujdesit Shëndetësor Parësor, sipas përcaktimeve të bëra në

³⁰Kush paguan. Financimi shërbimeve shëndetësore në Shqipëri, Dr. Astrit Beci, Dr. Agron Belishova, Etiola Kola

kontratën me qendrat shëndetësore. Pra me këtë sistem ishte i lidhur financimi i QSH, i cili ishte një sistem miks mes kapitacionit dhe elementeve të pagesës për shërbim.

Nëpërmjet këtij sistemi elektronik, mjekët e QSH shprehen se janë reduktuar veprimet administrative dhe aksesit i pacientëve ndaj barnave është rritur ndjeshëm. Gjithsesi, nuk ekziston ende një sistem informacioni kombëtar i integruar apo një sistem elektronik me të dhëna mjekësore. Të dhënat që mbledhen në QSH, ju dërgohen agjencive shtetërore nëpërmjet shkresave apo memove.

Ndonëse teknologjia e informacionit po përdoret gjerësisht në vend në shumë industri, iniciativa të tilla në shëndetësi janë ende të pakoordinuara. Pasi nuk ekziston një sistem i integruar me të dhënat mjekësore të popullsisë të cilat regjistrohen nga kujdesi shëndetësor parësor dhe aksesohen nga sistemi spitalor dytësor dhe terciar. Kjo ndihmon personelin mjekësor duke lehtësuar ofrimin e shërbimit të duhur shëndetësor në çdo hallkë të tij.

3.5. Gjendja shëndetësore e popullsisë në Shqipëri dhe treguesit e shëndetit publik

Bazuar në raportin e Bankës Botërore, Shqipëria klasifikohet si një vend me të ardhura të mesme për frymë që prej vitit 2009. Sistemi i mirëqenies në Shqipëri përbëhet nga disa shtylla, të cilat realizohen në formën e programeve të mbrojtjes shoqërore, të tilla si (skema e pensioneve, programe të nxitjes së punësimit, pagesës së papunësisë, ndihma ekonomike, shërbimet sociale rezidenciale, ditore dhe komunitare për grupet në nevojë).

Shqipëria ka pasur një nivel të lartë papunësie gjatë gjithë tranzicionit. Në fund të vitit 2015 papunësia ishte rreth 17.7%, ndërsa papunësia rinore (grup-mosha 15-29 vjeç) ishte 32.2%. Aplikimi i pagës minimale kombëtare është një faktor lehtësues për përballimin e varfërisë, por për kërkesat e mbulimit shëndetësor universal nevojiten më shumë programe të mbrojtjes shoqërore, sidomos për të mbrojtur popullatën nga rreziku i varfërimit për shkak të shpenzimeve për kujdes shëndetësor. Matja e fundit e varfërisë është kryer në vitin 2012. Në këtë vit popullsia e varfër në Shqipëri përbënte 14.3% të popullsisë, ndërsa popullsia

tejet e varfër 2.3%. Nën vijën e varfërisë jetonin 16.6% e popullsisë ose rreth katërqind e shtatëdhjetë (470) mijë persona³¹.

Nisur nga rrethanat e mësipërme, si gjendja shëndetësore e popullatës dhe orientimet e OBSH-së, Qeveria e Shqipërisë dhe Ministria e Shëndetësisë shpallën si objektiv madhor të sistemit shëndetësor *Mbulimin Shëndetësor Universal*. Gjithashtu edhe rishikimin e modeleve të financimit për kujdesin shëndetësor, duke mundësuar siguri financiare për të gjithë qytetarët dhe realizimin në praktikë të së drejtës së tyre për kujdes shëndetësor e mjekësor, të garantuar nga Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë³².

Në dekadat e fundit, ka pasur një rritje të qëndrueshme të jetëgjatësisë për të dy gjinitë në Shqipëri. Jetëgjatësia në lindje në Shqipëri në vitin 2013 ishte shtatëdhjetë e gjashtë (76) vjet për meshkujt dhe tetëdhjetë pikë tre (80.3) vjet për femrat³³. Në ndryshimin e jetëgjatësisë mashkull-femër ndikojnë rreziqet që lidhen me pirjen e duhanit, konsumin e alkoolit dhe aksidentet rrugore³⁴. Vlerësimet e fundit mbi jetëgjatësinë e shëndetshme për Shqipërinë tregojnë se, mesatarisht, meshkujt priten të jetojnë gjashtëdhjetë e dy pikë pesë (62.5) vjet në një gjendje shëndetësore optimale (pa sëmundje dhe me një cilësi të arsyeshme të jetës), ndërsa femrat shqiptare gjashtëdhjetë e shtatë (67) vjet.

Vdekshmëria foshnjore (për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri ka rënë ndjeshëm gjatë dekadës së fundit në të dy gjinitë. Kështu, për meshkujt ajo ka rënë nga gjashtëmbëdhjetë pikë tre (16.3) në vitin 2004, në nëntë pikë dy (9.2) në vitin 2013. Ndërsa për femrat, vdekshmëria foshnjore ka rënë nga trembëdhjetë pikë gjashtë (13.6) në vitin 2004, në gjashtë pikë pesë (6.5) në vitin 2013. Vdekshmëria neonatale ka rënë, por pesha e saj në kuadër të vdekshmërisë foshnjore është rritur gjatë viteve nga 48% në vitin 1990 në 54% në vitin 2013³⁵. Vdekshmëria e fëmijëve ka rënë në një shkallë më të madhe se vdekshmëria foshnjore në dekadën e fundit (nga 20.7 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2002 në

³¹ World Bank 2007 Shqipëria, Zhvillimi urban, migrimi dhe ulja e Varferise

³² Strategjia kombetare e shendetesise 2016 - 2020

³³ INSTAT 2014

³⁴ Organizata Boterore e Shendetesise, 2014

³⁵ INSTAT 2014

8.4 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2013). Vdekshmëria amtare (vdekje për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri ka rënë nga 22.7 në vitin 1990 në 11.8 në vitin 2013.

Tendenca në rënie e vdekshmërisë foshnjore, të fëmijëve dhe amtare është rezultat i ndërhyrjeve efektive në sistem dhe shërbimet e kujdesit shëndetësor, përmirësimit të standardeve të jetesës, rënies së nivelit të fertilitetit, rritjes së arsimit të nënës, rritjes së të ardhurave, etj. Barra totale e sëmundjes për meshkujt dhe femrat shqiptare është më e larta në rajonin e Evropës Juglindore³⁶.

Ndërkohë që sëmundjet infektive në Shqipëri kapin një përqindje të lartë të barrës së përgjithshme të sëmundjeve, barra e sëmundjeve të patransmetueshme (SJT-NCDs) nga viti 1990 në ditët e sotme është rritur me 34%³⁷. Ritmi i rritjes ka qënë i ngjashëm si për burrat dhe për gratë. Vdekshmëria për shkaqe të NCDs në Shqipëri ishte rreth 88% (86% te meshkujt dhe 90% te femrat). Sëmundjet kardiovaskulare përbënin rreth 55% të të gjitha vdekjeve³⁸ (51% te meshkujt dhe 61% femrat)³⁹.

Edhe kontributi i lëndimeve tek barra totale e sëmundjeve (në DALY) ka rënë nga 16% e barrës së përgjithshme të sëmundjeve në 2000, në 9% në vitin 2012. Aksidentet rrugore ngelen një vrasës i madh në Shqipëri, për sa i përket shkaqeve të jashtme të vdekjes. Për sa i përket shëndetit të fëmijëve, Shqipëria përballet ende me barrën dyfishtë të kequshqyerjes dhe mbipeshës.

Të gjithë treguesit e mësipërm, nëse krahasohen me treguesit mesatarë europianë shtojnë nevojën për të përmirësuar më tej gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare. Për t'iu përgjigjur këtyre nevojave, është e nevojshme të ndërmerren veprime strategjike ndërsektoriale të cilat do të mundësojnë fillimin e shëndetshëm të jetës dhe zgjedhjet e shëndetëshme të qytetarëve në jetën e përditshme.

³⁶GBD 2010

³⁷Strategjia kombetare e shëndetësisë 2016 – 2020

³⁸Organizata Botërore e Shëndetësisë 2014

³⁹Organizata Botërore e Shëndetësisë 2011

Ka një rritje të madhe të barrës së përgjithshme të sëmundjeve kronike në Shqipëri, përfshi sëmundjet e zemrës, kancerin, sëmundjet e mushkërive, sëmundjet e mëlçisë dhe diabetin. Në këtë kuadër, ka një nevojë urgjente për një qasje të integruar, si për parandalimin ashtu edhe për përmirësimin e kujdesit shëndetësor, në mënyrë që të përballohet me sukses barra e lartë e sëmundjeve kronike në Shqipëri.

Rëndësia e sistemeve të informacionit shëndetësor për formulimin e politikave të bazuara në fakte (evidencë), është një prioritet i mirëpranuar i agjendës ndërkombëtare, veçanërisht në fushën e sëmundjeve kronike, ku nevojiten veprime dhe aksione urgjente konkrete për monitorimin e shëndetit publik (OBSH, 2014). Nga kjo pikëpamje, monitorimi i sëmundjeve kronike duhet të bazohet në krijimin e regjistrave kombëtare të sëmundjeve, pavarësisht nga sfidat organizative dhe financiare. Me të vërtetë, rritja e shpejtë barrës së sëmundjeve kronike në Shqipëri duhet të nxisë të gjithë aktorët dhe institucionet për të ndërmarrë veprime konkrete dhe për të trajtuar këtë çështje shëndetësore shumë të rëndësishme.

Regjistrat kombëtarë të sëmundjeve kronike mund të sigurojnë mbledhjen afatgjatë të të dhënave që lejojnë krahasimin dhe ndarjen e informacionit për praktikën më të mira, nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe individëve që vuajnë nga këto sëmundje (në praktikën klinike të emërtuar si “pacientë”). Regjistrat mund të përqendrojnë informacionin dhe të standardizojnë protokollet kombëtare të trajtimit. Të dhënat elektronike mjekësore dhe kujdesi shëndetësor i strukturuar janë të lidhura edhe me rritjen e përfitimeve dhe përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës.

Raportimi dhe monitorimi i rregullt nëpërmjet regjistrave të sëmundjeve mund të çojë në një përmirësim të ndjeshëm në shumicën e faktorëve të rrezikut dhe treguesve shëndetësorë. Efekti mund t’i atribuohet një panorame më të plotë dhe të rregullt, si dhe kujdesit më të mirë shëndetësor në popullatë të shoqëruar me monitorim të vazhdueshëm (OBSH, 2014).

- Kujdesi shëndetësor parësor

Gjatë vitit 2020, numërohen **413 qendra shëndetësore**, të degëzuara në **2,053 ambulanca**, si dhe **46 poliklinika të specializuara**. Kontakti për pacientë në shërbimin shëndetësor parësor është dy pikë shtatë (2, 7) herë.

E shprehur ndryshe, çdo banor i RSH ka kontaktuar qendrat e kujdesit shëndetësor parësor, mesatarisht 3 herë, në vitin 2017⁴⁰.

Tabela 1. Shpërndarja e vizitave në % sipas qendrave shëndetësore, ambulancave dhe poliklinikave

	Nr. vizitave në QSH	Nr. vizitave në ambulanca	Nr. vizitave në poliklinika
2020	42.8%	20.5%	36.6%
2019	44.1%	20.2%	35.7%
2018	42%	19%	40%
2017	41%	19%	40%
2016	39%	20%	41%
2015	42%	17%	41%
2014	41%	19%	40%
2013	44%	19%	37%

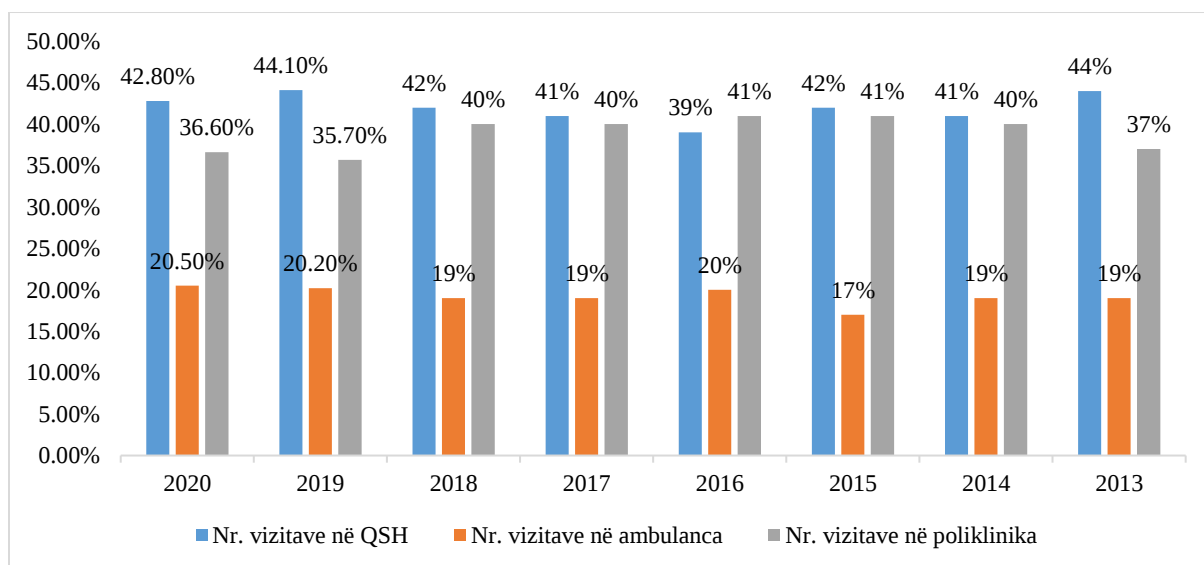


Figura 4. Numri i vizitave sipas qendrave shëndetësore

⁴⁰Treguesit e shëndetit publik, INSTAT, 24.07.2019

Tabela 2. Konsultori i gruas

Emërtimi	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nr. konsultorëve	2,046	2,014	2014	2024	2,057	2,013	1,932	1,879
Nr. mjekëve në konsultor	731	715	736	762	765	728	753	756
Nr. mamive në konsultor	2,966	2,749	3003	2827	2,965	2,614	2,682	2,682
Nr. i vizitave gjithsej	292,174	299,502	284,208	269,834	272,172	243,594	206,326	212,400
Nr. vizitave gjinekologjike	38,275	39,502	41,569	42,530	45,184	46,372	38,981	30,231
Nr. vizitave obstetrikale	253,899	260,000	242,639	227,304	226,993	197,222	16,345	182,169
Me mjek	149,949	161,152	156,631	147,044	141,717	124,994	101,938	111,288
Nr. vizitave të para obstetrikale	35,515	33,304	32,490	30,734	32,787	29,517	28,178	23,636

Tabela 3. Konsultori i fëmijëve

Emërtimi	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nr. konsultorëve	1,974	2,024	2,159	2,095	2,100	2,131	2081	2,028
Nr. i vizitave gjithsej	915,216	932,986	943,759	990,563	929,330	802,633	782,532	708,211
Vizita nga mjeku	511,735	542,490	530,701	501,523	534,059	455,987	423,412	410,153
Nr. i fëmijëve që ushqehen me gj	21,258	24,729	22,382	20,928	20,702	18,988	18,317	18,541
Nr. i fëmijëve me ushqim	4,177	5,363	4,624	5,670	5,693	5,342	4,585	4,239

- *Shërbimi spitalor dytësor*

Ky shërbim i ofrohet popullsisë nëpërmjet sektorit publik dhe privat. Në vitin 2018, rezultojnë:

Spitale publike	42
Spitale private	13
Nr. total i spitaleve	55

Mbulimi i shërbimit spitalor publik dhe jo publik është 2 spitale për njëqind mijë (100,000) banorë. Numri i shtretërve spitalorë publike dhe jopublike është 8,868 (3 shtretër për njëmijë (1,000) banorë).

3.6. Shërbimi spitalor publik

Shërbimi spitalor publik në Shqipëri ofrohet nëpërmjet:

- spitaleve rajonale të cilat ofrojnë shërbime shëndetësore bazë,
- spitaleve të specializuara, të cilat janë të përqëndruara kryesisht në Tiranë dhe qendrat e qarqeve të tjera të vendit.

Ditët mesatare të qëndrimit në spital të një pacienti janë pesë pikë katër (5,4) ditë në vit me një xhiro të shtratit trdhjetë e dy pikë tetë (32,8) herë/pacientë në vit. Shfrytëzimi i shtratit për kujdes shëndetësor, gjatë vitit 2017 është njëqind e shtatëdhjetë e gjashtë pikë tetë (176,8) ditë, të cilat përbëjnë 48,4% të ditëve kalendarike të këtij viti.

Numri i pacientëve të operuar ka një rritje prej 10% në vitin 2017 në krahasim me një vit më parë. Në shërbimin spitalor peshë të rëndësishme zë shërbimi terciar, i cili përfaqësohet nga Qendra Spitalore Universitare Tiranë (QSUT), e cila ka numrin më të lartë të shtrimeve dhe kirurgjive gjithsej në vit në të gjithë vendin. Në vitin 2017, nga numri i shtrimeve spitalore gjithsej 34, 4% janë realizuar pranë QSUT, ndërsa ndërhyrjet kirurgjikale të realizuara pranë këtij spitali zënë 46, 7% të ndërhyrjeve gjithsej.

Tabela 4. Institucionet me shtretër

Treguesit e aktivitetit	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nr. i spitaleve	44	42	42	42	42	42	42
Nr. shtretërve gjithsej	8,283	8,295	8,224	8,172	8,169	8,185	8,189
Të shtruar në institucione	260,727	257,047	276,901	275,165	273,046	279,018	282,962
Ditë – shtretër të realizuar	1,442,417	1,497,809	1,549,208	1,470,515	1,444,336	1,528,499	1,491,93
Shfrytëzimi shtratis në ditë	174,1	180,6	177,3	178,0	176,8	186,7	182,2
në %	47,7	49,5	48,6	48,7	48,4	51,2	49,9
Ditë qëndrimi mes në spital	5,5	5,9	5,6	5,3	5,4	5,5	5,3
Xhiro shtratis	31,5	31,0	31,6	33,6	32,8	33,8	34,6
Ndërhyrje kirurgjikale	55,038	62,393	51,470	52,248	57,475	64,929	63,669

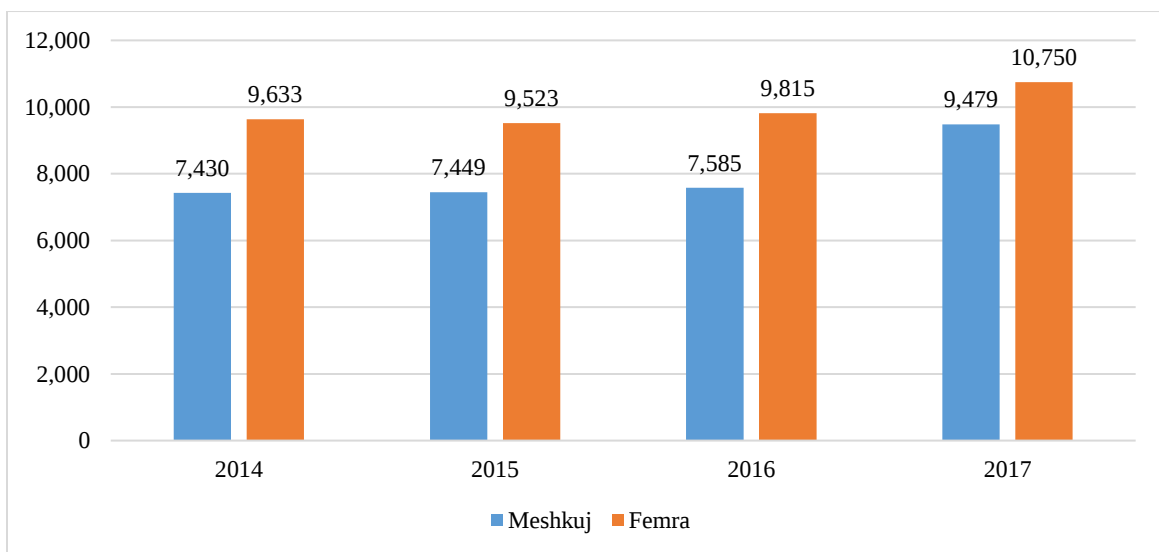


Figura 5. Shtrimet spitalore sipas gjinisë për vitet 2014 – 2017 (për 100-mijë banorë) ⁴¹.

⁴¹ INSTAT

Shërbimi spitalor terciar

Shërbimi spitalor terciar ofrohet vetëm në Tiranë nga institucionet e mëposhtme:

- Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” është qendra spitalore më e madhe në vend dhe ofron njëkohësisht shërbim shëndetësor dytësor dhe terciar.
- Spitali Obstetrik Gjinekologjik, i cili ofron shërbime dytësore dhe terciare.
- Spitali Universitar Shefqet Ndroqi
- Spitali Ushtarak, në varësi të Ministrisë së Mbrojtjes, i specializuar në traumatologji dhe që përmban Departamentin e Ortopedisë (pjesë e strukturave universitare).

Organizimi i Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë

QSUT u inagurua në vitin 1932 si “Spitali Civil i Tiranës” duke shërbyer për më shumë se 80 vite si qendra kryesore mjekësore në Shqipëri. Kjo qendër spitalore ka dy funksione kryesore, funksionin mjekësor dhe atë pedagogjik.

Kryesisht QSUT shërben si një:

1. qendër e cila ofron ndihmë mjekësore të specializuar,
2. bazë pedagogjike dhe didaktike për formimin e studentëve të mjekësisë, mjekëve specializantë, personelit shëndetësor në nivel të mesëm dhe të ulët si dhe personelit jo-mjekësor,
3. qendër kërkimore shkencore në fushën e mjekësisë.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale vendos drejtimin administrativ të QSUT, ndërsa drejtimi institucional është nën varësi të MSHMS dhe Ministrisë së Arsimit, si organe të cilat bashkërendojnë veprimtarinë e spitaleve universitare.

Organet drejtuese të QSUT janë:

- Këshilli administrativ
- Drejtoria e përgjithshme
- Komisioni mjekësor i Spitalit

- Komisioni teknik Konsultativ

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” financohet nga buxheti i shtetit dhe ka një bashkëpunim të ngushtë me institucione dhe organizata të ndryshme nga vendi dhe bota. Funksioni mjekësor i qendrës realizohet nëpërmjet ofrimit të shërbimeve mjekësore si hospitalizime, konsulta të specializuara diagnostikuese, teste laboratorike, imazherike etj.

Hospitalizimet në QSUT ndahen në dy kategori:

- Hospitalizime urgjente: raste që paraqesin komplikacione të dukshme dhe me rrezikshmëri të lartë për jetën e pacientit. Këto raste kërkojnë asistencë të menjëhershme.
- Hospitalizime të planifikuara: janë ato raste ku hospitalizimi është kryer në bazë të planifikimit në bashkëpunim me mjekun kurues.

3.7. Shërbimi spitalor privat

Në sektorin shëndetësor privat, aksesibiliteti ndaj shërbimeve shëndetësore përcaktohet nga aftësia e pacientit për të paguar. Ofruesit e shërbimeve i përgjigjen kërkesave të konsumatorëve të nxitur nga fitimi dhe sistemi mbahet në ekuilibër si pasojë e rregullimit të çmimeve përmes mekanizmit të tregut.

Në Shqipëri numërohen trembëdhjetë (13) spitale private, në të cilat ofrohen shërbime në të gjitha specialitetet mjekësore. Struktura menaxhuese është thuajse e njëjtë me atë në spitalet publike. Çdo spital privat ka në krye një drejtor të përgjithshëm, i cili raporton në bordin e mbikëqyrjes së institucionit shëndetësor. Bordi i mbikëqyrjes përbëhet kryesisht nga anëtarë të grupit investues të institucionit shëndetësor. Pas drejtorit ekzekutiv emërohet menaxheri operacional i cili mbikëqyr stafin administrativ, i strukturuar në departamente si ai i financës, burimeve njerëzore, auditit dhe kontrollit të brendshëm, për të kaluar tek koordinatorët për çdo departament mjekësor, recepsionistët, arketarët, mbikëqyrësit e turneve të natës, etj. Stafi mjekësor udhëhiqet nga drejtori mjekësor i spitalit, i cili si rregull ushtron dhe funksionin e tij si mjek në specialitetin përkatës.

Funksioni i drejtorit mjekësor ka të bëjë kryesisht me:

- Rregullimin e marrëdhënieve midis stafit mjekësor,
- Adresimin e problematikave dhe kërkesat e ardhura nga bordi i mbikëqyrjes,
- Menaxhimi i rasteve të pacientëve me gjendje të rëndë shëndetësore,
- Menaxhimi i situatave problematike dhe investigimi fataliteteve.

Pacientët mund ti drejtohen spitaleve private pa pasur referim nga mjeku i familjes apo ai specialist. Në rastet kur shprehin vetëm ankesa shëndetësore pa ditur shkakun, pacientët drejtohen tek mjeku i përgjithshëm, për të bërë një vlerësim të përgjithshëm për tu referuar tek specialisti.

Drejtuesit e departamenteve të ndryshme mjekësore kanë eksperiencë të gjatë në trajtimin e pacientëve dhe janë pjesë e grupeve kërkimore apo studimeve të ndryshme mjekësore. Vlerësimi i cilësisë së shërbimit të ofruar në spitalet private kryet në mënyrë periodike. Ky proces kryhet nëpërmjet shpërndarjes së formularëve të vlerësimit të shërbimit mjekësor për pacientët.

Spitalet private ofrojnë akses në shërbim mjekësor me orare të përshtatshme për ata pacientë të cilët e kanë të pamundur të kryejnë kontrolle mjekësore në institucione publike për shkak të orarit të kufizuar të ofrimit të shërbimit në këto institucione. Sektori mjekësor privat është më fleksibël dhe ofrohet shërbim mjekësor pas orës 16:00, edhe në fundjavë. Spitalet private mbulojnë një fluks të konsiderueshëm nevojash të pacientëve jo vetëm banues në Tiranë, por edhe në rrethe. Këto institucione kanë më pak burokraci në organizim dhe vendimmarrje duke ofruar shërbimin e dëshiruar në një kohë të shkurtër, kundrejt kostos financiare.

KAPITULLI 4

METODOLOGJIA E KËRKIMIT

4.1. Qëllimi dhe objektivat e punimit

Shtrimi i problemit:

Marrja e shërbimeve shëndetësore cilësore është e drejtë e çdo individi dhe duhet të ofrohet nga çdo institucion shëndetësor në vend. Niveli i shërbimit mjekësor të ofruar duhet të jetë i pranueshëm për çdo pacient. Vëmendje të veçantë duhet tu kushtohet infrastrukturës teknike në qendrat shëndetësore, si llojet, cilësia e aparaturave të nevojshme për diagnostikimin ose shërimin e sëmundjeve të ndryshme.

Objektivat e studimit:

Qëllimi kryesor i këtij studimi është vëzhgimi i institucioneve shëndetësore në Shqipëri dhe analizimi i nivelit të plotësimit të pritshmërive të pacientëve nga shërbimet e ofruara në këto institucione. Ky studim angazhon qytetarët si pala më e interesuar që shërbimi shëndetësor të jetë në nivel të lartë. Studimi bazohet në analizimin e të dhënave të gjeneruara nga pyetësorë të plotësuar nga pacientë, të cilët kanë marrë shërbim mjekësor në institucione shëndetësore publike dhe private. Pyetësori është strukturuar sipas standardeve të ISQUA (Shoqata ndërkombëtare për cilësinë e kujdesit shëndetësor) për përcaktimin e cilësisë ku futen: vlerësimi i pacientit për shërbimin mjekësor, kostot financiare të këtij shërbimi, komunikimi i personelit mjekësor, infrastruktura fizike dhe pajisjet mjekësore të institucioneve shëndetësore, aksesit që ka pacienti në shërbimin mjekësor dhe perceptimi i tij për ekspertizën mjekësore. Nëpërmjet këtyre elementëve, mund të krahasojmë shërbimin e ofruar nga institucionet publike dhe ato private.

Cilësia e mirë e shërbimit dhe plotësimi i pritshmërive të konsumatorëve të shërbimeve mjekësore janë thelbësore për ndërtimin e një sistemi shëndetësor të qëndrueshëm dhe aksesueshëm për të gjithë qytetarët. Vlerësimi maksimal i pacientit për një shërbim mjekësor është objektivi kryesor i institucioneve shëndetësore.

Objektivat specifike të projektit paraqiten si më poshtë:

- Realizimi i një analize gjithëpërfshirëse në lidhje me funksionimin e institucioneve shëndetësore në Shqipëri.
- Puna me vendimmarrës në nivel kombëtar e lokal në lidhje me përmirësimin e shërbimit institucioneve shëndetësore.

4.2. Metodologjia

Kampioni i kësaj pune kërkimore përbëhet nga dyqind e dyzet e dy (242) vrojtime të realizuara nëpërmjet pyetësorëve. Pyetësorët u formatuan në versionin elektronik dhe atë të printuar. Fillimisht, baza e të dhënave të mbledhura nga pyetësorët u hodh në programin MS Excel dhe më pas u realizua përpunimi i tyre me anë të programit SPSS.

Ndërtimi i pyetësorit:

Vrojtimet janë kryer nëpërmjet pyetësorit i cili përbëhet nga shtatë (7) pjesë ku:

- Në pjesën e parë marrim informacione të përgjithshme rreth të anketuarve si mosha, gjinia, arsimi. Githashtu cilësohet periudha e fundit kur i intervistuari ka marrë shërbim shëndetësor, departamentin dhe llojin e sektorit ku është marrë ky shërbim, publik ose privat.
- Pjesa dytë analizon vlerësimin e përgjithshëm të pacientit mbi cilësinë e shërbimit mjekësor të marrë.
- Në pjesën e tretë analizohen kostot e shërbimeve mjekësore të marra në varësi të sektorit publik apo privat, ku është marrë shërbimi.
- Komunikimi i personelit mjekësor, kujdesi dhe vëmendja e treguar ndaj pacientit gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor trajtohet në pjesën e katërt të pyetësorit.
- Aksesit dhe disponueshmëria e shërbimit në institucione mjekësore në Tiranë analizohet në pjesën e pestë.
- Teknologjia e përdorur në institucione mjekësore për diagnostikimin e sëmundjeve është pjesa e gjashtë që shqyrtohet në pyetësor.

- Në pjesën e shtatë analizojmë pritshmëritë dhe perceptimin e pacientëve në lidhje me ekspertizën e stafit mjekësor. Si e gjykojnë pacientët trajtimin mjekësor të marrë nga mjekët dhe ndjesia e rehatisë dhe sigurisë që përcillet gjatë marrjes së shërbimit mjekësor.

Pjesa më e madhe e pyetjeve në pyetësor janë të shkallëzimit bipolar, ose i njohur ndryshe edhe si *Shkallëzimi Likert*. Këto lloj pyetjesh formulohen në atë mënyrë që përgjigja e tyre të luhetet ndërmjet dy skajeve dhe secili pozicion shoqërohet me një numër të rendit rritës. Përgjigjia ka pesë shkallë, ku shkalla më e ulët me numrin 1 njihet si “Aspak dakord”, ndërsa shkalla më e lartë me numrin 5 njihet si “Shume dakord”, e shprehur si në vijim:

<i>Aspak dakord</i>	<i>Nuk jam dakord</i>	<i>I paqartë</i>	<i>Dakord</i>	<i>Shumë dakord</i>
1	2	3	4	5

Me qëllim arritjen e objektivave të vendosur në këtë studim, dhe marrjen e opinionit të pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit shëndetësor në sektorin publik dhe privat, janë kryer disa vërtetime në terren. Për vërtetim u përzgjedhën institucione shëndetësore të lokalizuara në Tiranë, ku numri i pacientëve është më i madh, si:

- Qendra spitalore universitare Nënë Tereza,
- Spitali i Traumës (Ushtarak)
- Poliklinika e specialiteteve Nr.3
- Qendrat shëndetësore Nr.9 dhe Nr.10
- Spitali Amerikan 1, 2, 3
- Spitali Hygeia
- Spitali Salus
- Laboratori Intermedica

Në mënyrë që të përftonim rezultate sa më konkrete, përpara shpërndarjes së pyetësorëve u krye testimi pilot i tij. Nëpërmjet testimit pilot të pyetësorit, mund të gjykonim nëse pyetjet ishin formuluar në mënyrën e duhur, ishin të kuptueshme nga pacientët, si dhe të

cilësoheshin elementët më të rëndësishëm për pacientët, të cilët përbënin bazën e vlerësimit të tyre për shërbimin shëndetësor. Për këtë testim u përzgjedhën pacientë të cilët sapo kishin marrë shërbim shëndetësor në institucione mjekësore publike dhe private.

Përzgjedhja e të anketuarve:

Në këtë studim kanë marrë pjesë treqind (300) pacientë të cilëve ju është ofruar shërbim mjekësor nga institucione publike dhe private në Tiranë. Analiza përfundimtare e të dhënave përmban dyqind e dyzet e dy (242) përgjigje, pasi pjesa tjetër nuk ishte informacion i nevojshëm për tu përfshirë në punim. Përzgjedhja e të anketuarve ishte krejtësisht rastësore. Ata i përkasin moshave, gjinive dhe nivelit arsimor të ndryshëm. Të gjithë të anketuarit duhet të ishin në moshë madhore (>18 vjeç) dhe duhet të kishin marrë të paktën një herë shërbim shëndetësor në një institucion mjekësor në Tiranë.

Shpërndarja e pyetësorëve:

Shpërndarja e pyetësorëve tek të anketuarit është kryer në mënyrë të drejtëpërdrejtë gjatë vrojtimeve, për pyetësorët e printuar, në institucione shëndetësore publike dhe private. Pyetësorët e shpërndarë në mënyrë elektronike nëpërmjet e-mailit, janë plotësuar kryesisht nga të afërm, kolegë apo njohje të këtyre të fundit, pasi shpërndarja elektronike ofron më shumë lehtësira.

Pyetjet kërkimore

1. Cilët janë faktorët që përcaktojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor?
2. A përcaktohet niveli i cilësisë së kujdesit shëndetësor nga vlerësimet e pacientit?
3. A është cilësia e shërbimit mjekësor të ofruar në spitalet private më e mirë se në spitalet publike?
4. A zgjedhin shumica e pacientëve spitalet private për të plotësuar nevojat e tyre shëndetësore?
5. Cilët faktorë ndikojnë në rritjen e cilësisë së shërbimit të ofruar në spitalet publike?
6. Cilët faktorë ndikojnë në rritjen e cilësisë së shërbimit të ofruar në spitalet private?

Hipotezat e ngritura

- H1: Vlerësimi i pacientit (KP) ndikon pozitivisht në cilësinë e kujdesit mjekësor të ofruar në spitale.
- H2: Sa më e lartë të jetë kosto e perceptuar e shërbimit mjekësor (MF) aq më e ulët do të jetë cilësia e shërbimit të marrë (CSH).
- H3: Ndërtimi i komunikimit dhe afërsia me personelin mjekësor (KPM) ndikon pozitivisht në cilësinë e shërbimit që ofrohet (CSH).
- H4: Spitalet lehtësisht të aksesueshme (AD) japin shërbime mjekësore me cilësi të lartë (CSH).
- H5: Personeli mjekësor i pajisur me njohuri të duhura teknike (CT) ofron shërbim mjekësor cilësor (CSH) në krahasim me ata, të cilët nuk e kanë këtë njohuri.
- H6: Një staf mjekësor i trajnuar dhe me përvojë (EM) mund të ofrojë cilësi më të mirë të kujdesit mjekësor (CSH) sesa një staf me më pak përvojë.
- H7: Vlerësimet e pacientit (KP) janë më të larta në spitalet private sesa në ato publike.
- H8: Cilësia e shërbimit mjekësor (CSH) është më e lartë në spitalet private se në spitalet publike.
- H9: Kosto financiare e shërbimit mjekësor (MF) në spitalet private është më e lartë në krahasim me spitalet publike.
- H10: Komunikimi me personelin mjekësor (KPM) është më i lehtë në spitalet private se në ato publike.
- H11: Spitalet private janë më lehtësisht të aksesueshme se spitalet publike.
- H12: Ekipi mjekësor në spitalet private është teknikisht më i pajisur se sa ai në spitalet publike.
- H13: Ekipi mjekësor në spitalet private është më i aftë dhe me më shumë përvojë se ai i spitalit publik.

4.3. Kufizimet studimit

Në këtë punim nuk janë vlerësuar elementë të tjerë të cilët ndikojnë në vlerësimin e pacientit, si përcaktimi i sistemit të referimit, nga është referuar pacienti, nëse ka pasur eksperiencë në departamentin e urgjencës në spitale. Nuk është gjykuar fakti nëse i anketuari ka qënë i hospitalizuar, ditët e qëndrimit në institucionin shëndetësor si vlerësimet e tij për shërbimin gjatë hospitalizimit në dy sektorët nën studim.

4.4. Mbledhja dhe përpunimi i të dhënave nga pyetësorët

Të dhënat e mbledhura u vendosën në një tabelë dhe për çdo koncept, rezultatet mesatare u llogariten duke marrë mesataren e elementëve përkatës. Analizat e Regresionit dhe analiza MANOVA (Multivariate Analysis of Variance) për të dhënat nga pyetësorët u realizuan nëpërmjet programit SPSS 25.

Analiza e informacioneve përgjithësuese

- Moshë e të intervistuarve:

Bazuar në përgjigjet e pyetësorit, rezulton se rreth 55% e të intervistuarve i përkasin grupmoshës 18–30 vjeç, dhe 22% e tyre i përkasin të grupmoshës 30–45 vjeç.

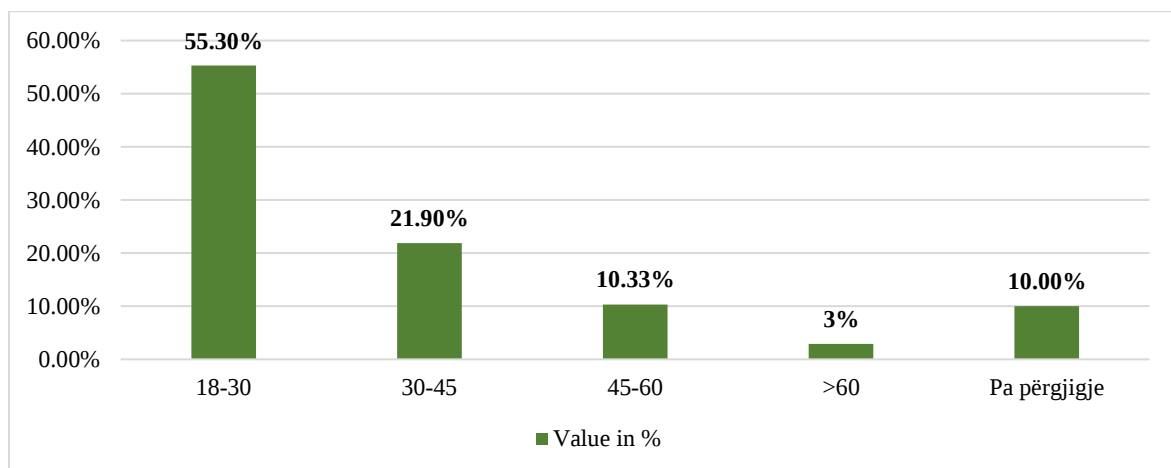


Figura 6. Moshë e të anketuarve

Vetëm 10% e të anketuarve përbëjnë grupmoshën 45–60 vjeç. Kjo tregon që kemi një sensibilizim të grupmoshave të reja për të kryer kontrole shëndetësore.

- Gjinia e të anketuarve:

Sipas pyetësorëve, rezulton se 64% e të anketuarve janë femra dhe 34% janë meshkuj. Statistikisht, kjo vjen si rezultat se femrat janë gjithnjë më të kujdesshme për kryerjen e kontroleve periodike shëndetësore.

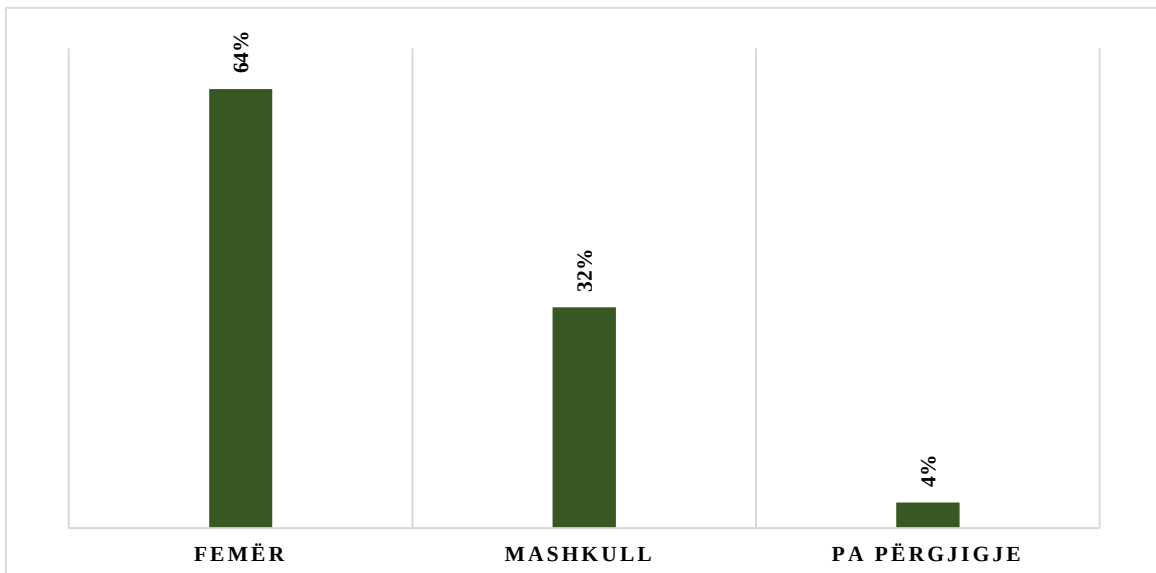


Figura 7. Gjinia e të anketuarve

- Niveli arsimor i të anketuarve

Nga anketimi rezulton se pjesa më e madhe, 70% e të intervistuarve, kanë kryer arsimin e lartë. 13% e tyre janë me arsim pasuniversitar, 9% me arsim të mesëm dhe vetëm 2% me arsim 8-vjeçar.

Bazuar në të dhënat e gjeneruara nga pyetësi rezulton se pjesa më e madhe e të anketuarve, 67%, kanë zgjedhur spitalet publike për të marrë shërbime mjekësore. 33% e tyre i janë drejtuar spitaleve private për të marrë shërbimin e nevojshëm mjekësor.

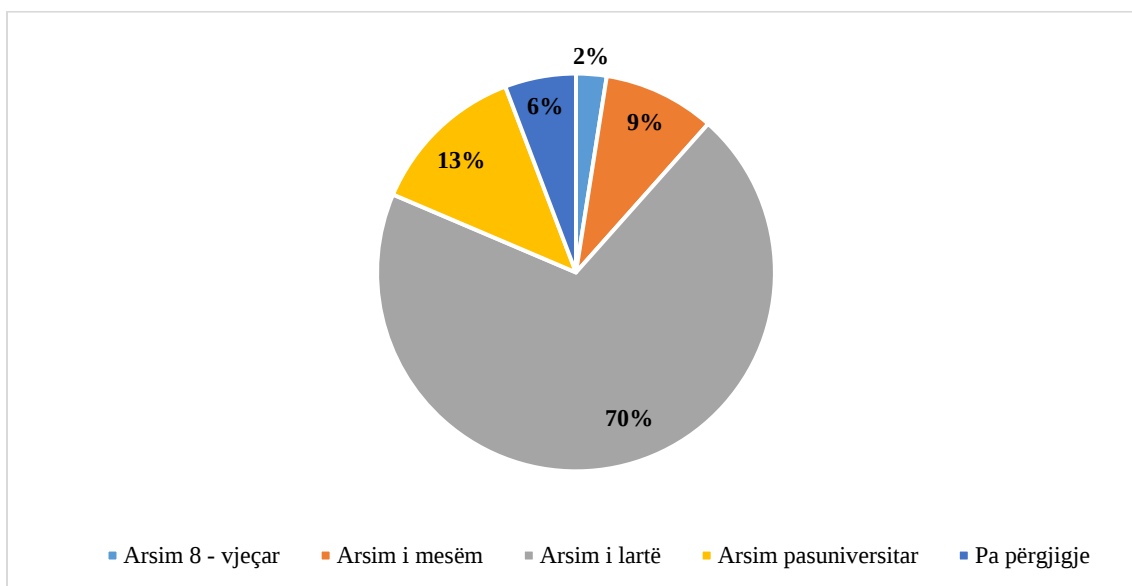


Figura 8. Niveli arsimor i të intervistuarve

- Lloji i institucionit shëndetësor ku është marrë shërbimi mjekësor

Ekzistojnë shumë arsye për këtë zgjedhje, të tilla si kosto financiare për çdo shërbim në institucionet private, besueshmëria më e madhe tek institucionet publike, pasi në të shumtën e rasteve, personeli mjekësor është i njëjti në të dy sektorët.

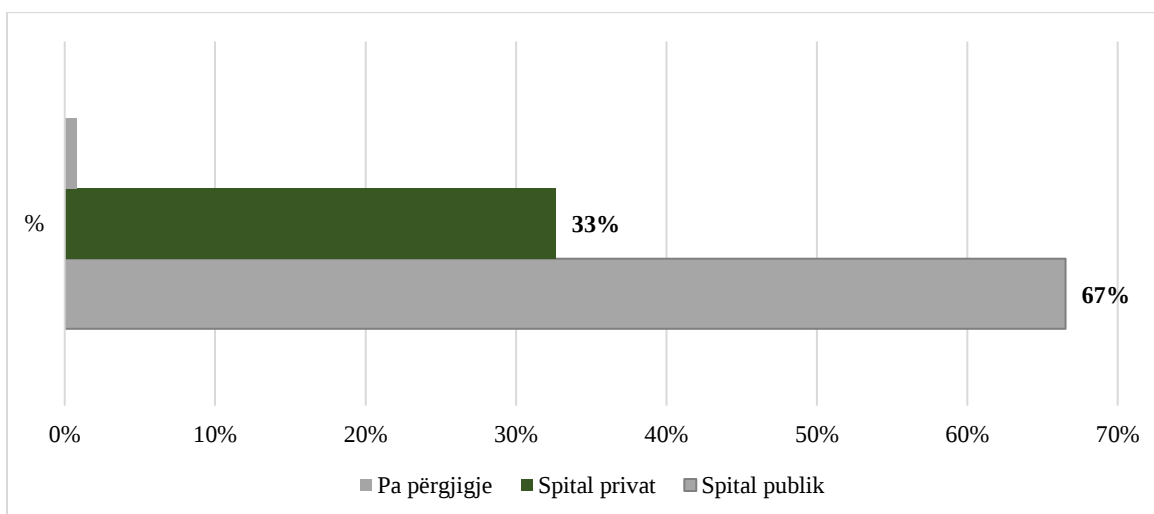


Figura 9. Institucioni shëndetësor ku është marrë shërbimi

- *Analizimi i periudhës së marrjes së shërbimit mjekësor*

Sipas rezultateve të pyetësorëve, të anketuarit kanë marrë shërbimin e fundit mjekësor:

- 48% e të anketuarve - 6 muaj më parë,
- 23% e tyre - 1 vit më parë,
- 10% e tyre - 1,5 vite më parë
- 14% e - 2 vite më parë.

Si rrjedhojë, rezultatet e gjeneruara nga analiza e pyetësorëve na ofrojnë informacion aktual rreth gjendjes së institucioneve shëndetësore dhe cilësisë së shërbimit mjekësor të ofruar në to.

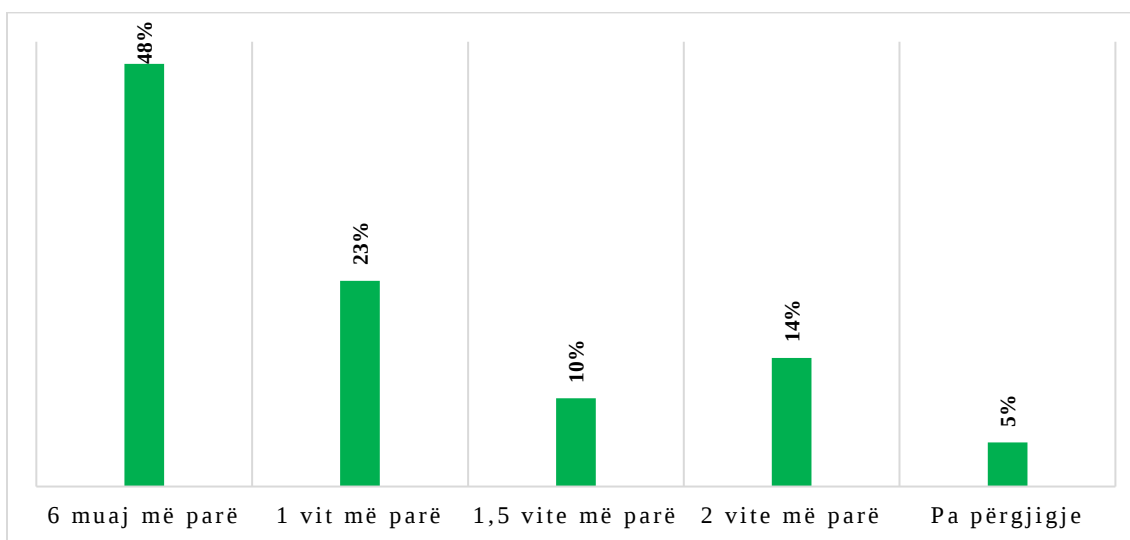


Figura 10. Periudha e marrjes së shërbimit shëndësor

- Departamentet mjekësore ku janë marrë shërbime shëndetësore

Ndryshe nga pyetjet e tjera, vetëm 24% e të intervistuarve i janë përgjigjur kësaj pyetje. Rezultatet janë të paraqitura në grafik, si mëposhtë:

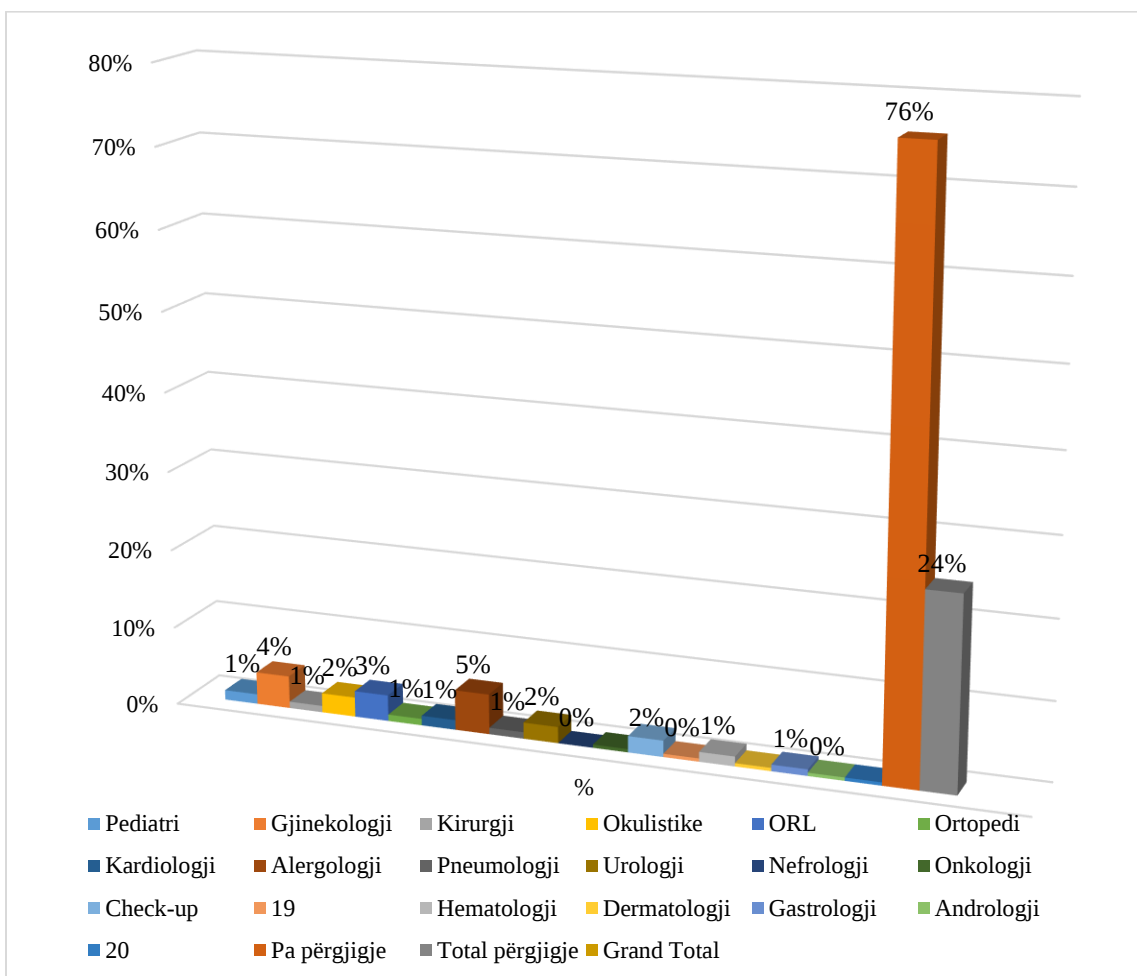


Figura 11. Departamentet mjekësore ku janë marrë shërbimet

- *Vlerësimi i përgjithshëm i pacientëve për shërbimin mjekësor të marrë, sipas llojit të spitaleve ku është marrë shërbimi*

Nga rezultatet e gjeneruara vihet re që 64% e të anketuarve kanë marrë shërbime mjekësore në spitalet publike dhe nga këta:

- 41% janë vlerësojnë si të mirë cilësinë e shërbimit
- 29% e vlerësojnë cilësinë e shërbimit të marrë si të dobët.

33% e të anketuarve kanë zgjedhur spitalet private për shërbime mjekësore, nga të cilët:

- 47% e të anketuarve vlerësojnë si të mirë cilësinë e shërbimit mjekësor

- 10% e tyre nuk e vlerësojnë cilësinë e shërbimit mjekësor të ofruar

Institucionet shëndetësore private në të cilat kanë marrë shërbimin 33% e të anketuarve duket se kanë performancë më të mirë krahasuar me institucionet shëndetësore publike. Sektori privat i shërbimeve shëndetësore ka plotësuar pritshmëritë dhe nevojat e të anketuave.

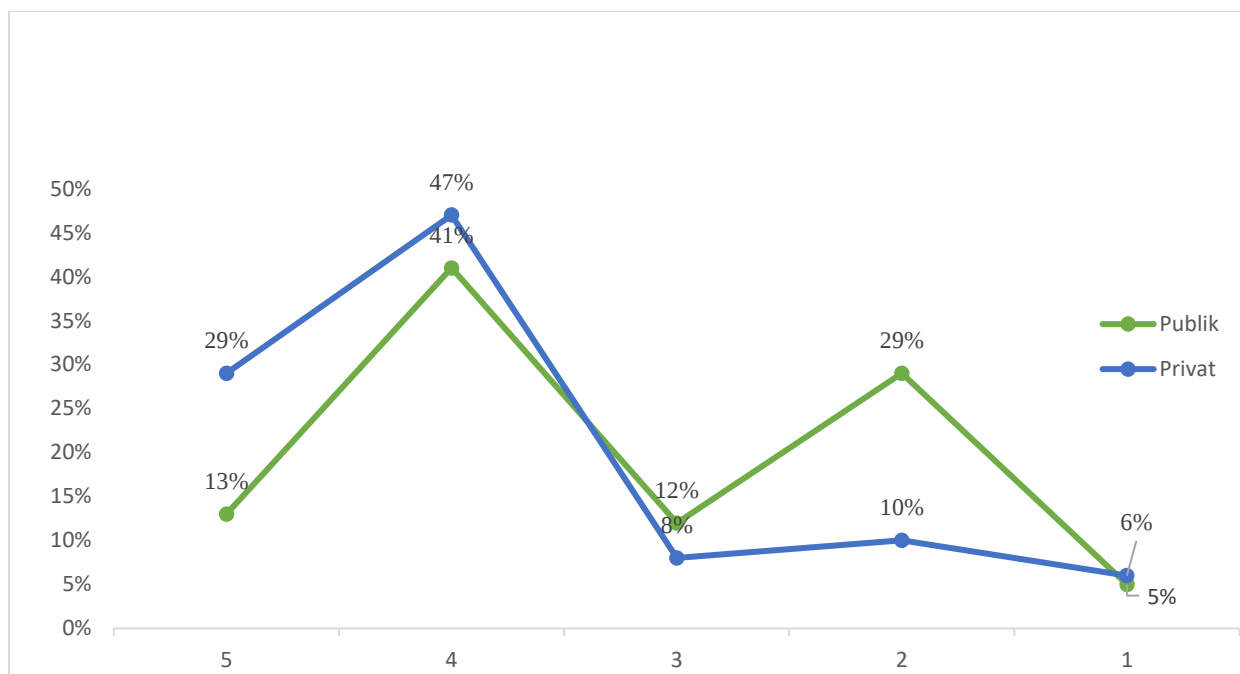


Figura 12. Vlerësimi i pacientit për shërbimin mjekësor në spitalet publike dhe në ato private

Rezultatet e anketimeve për cilësinë e shërbimit në institucionet shëndetësore private paraqiten në figurën mëposhtë.

Duke marrë parasysh që 4 dhe 5 përfaqësojnë vlerësim mbi mesatar, sektori privat ofron shërbim mjekësor më cilësor se sektori publik për 76% e të anketuarve.

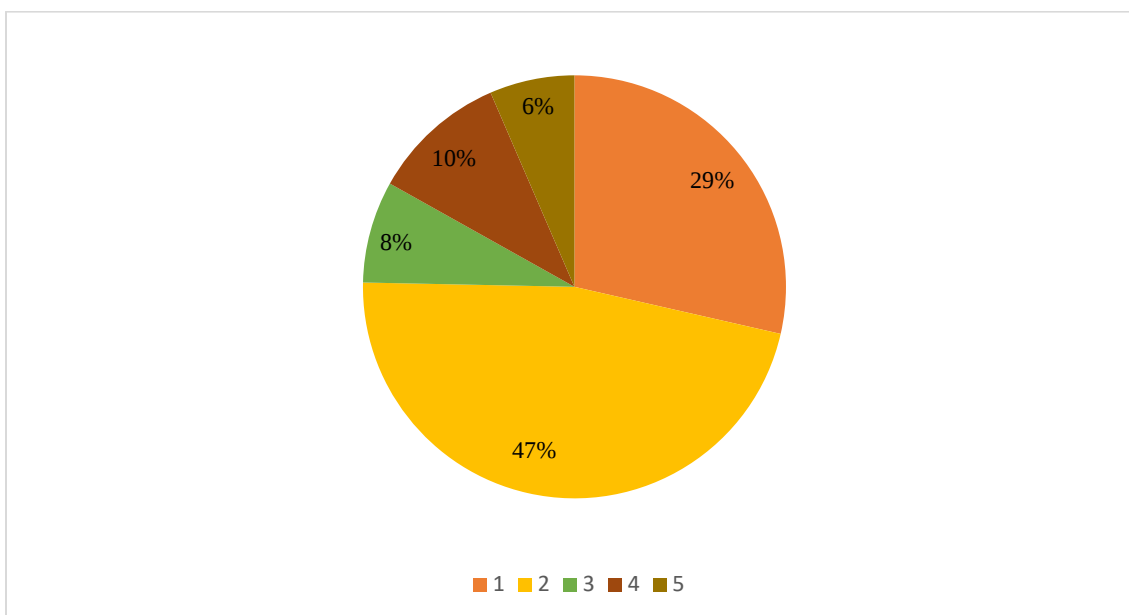


Figura 13. Vlerësimet e pacientit për shërbimin mjekësor në institucionet shëndetësore private

Në lidhje me sektorin publik, 54% e të anketuarve shprehen se niveli i cilësisë së shërbimit është mbi mesataren.

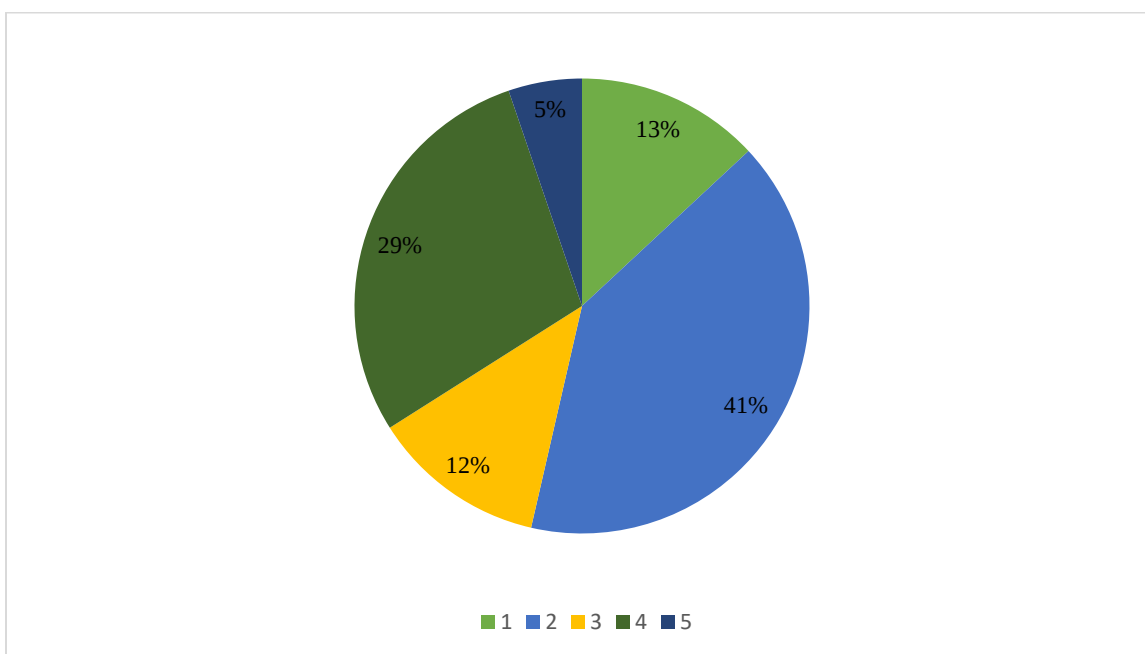


Figura 14. Vlerësimet e pacientit për shërbimin mjekësor në institucionet shëndetësore publike

- Opinionet e të anketuarve rreth gjendjes së sistemit shëndetësor në Shqipëri

35.5% e të anketuarve kanë pohuar se “Shërbimi shëndetësor është në krizë”, kundrejt 13% të cilët e kanë kundërshtuar si pohim. Reduktimi i stafit mjekësor për arsye emigrimi është theksuar në dy vitet e fundit. Mungesa e shtretërve në repartin e urgjencës apo e medikamenteve në spitale jo vetëm ul cilësinë e shërbimit mjekësor, por ul besimin dhe sigurinë tek konsumatorët e këtyre shërbimeve, nevojat e të cilëve mbeten të paplotësuara. Nisur nga të gjithë këto faktorë, tek pacientët shtohet bindja se sistemi shëndetësor po kalon një krizë.

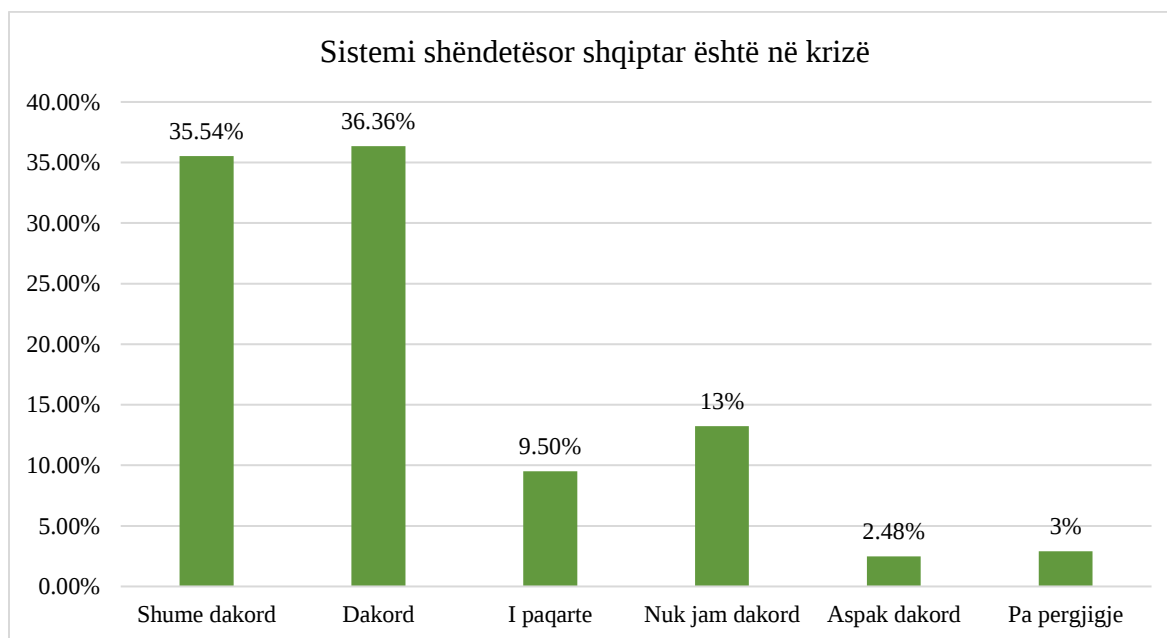


Figura 15. Opinionet e të anketuarve rreth gjendjes së sistemit shëndetësor në Shqipëri

Nëse analizojmë këtë pohim në bazë të llojit të spitalit ku është ofruar shërbimi mjekësor, kemi një rezultat pothuajse të njëjtë. 37% e të anketuarve të cilët kanë marrë shërbim mjekësor në institucione shëndetësore publike dhe 35% e atyre që kanë zgjedhur spitalet private mendojnë që sistemi shëndetësor në Shqipëri është në krizë.

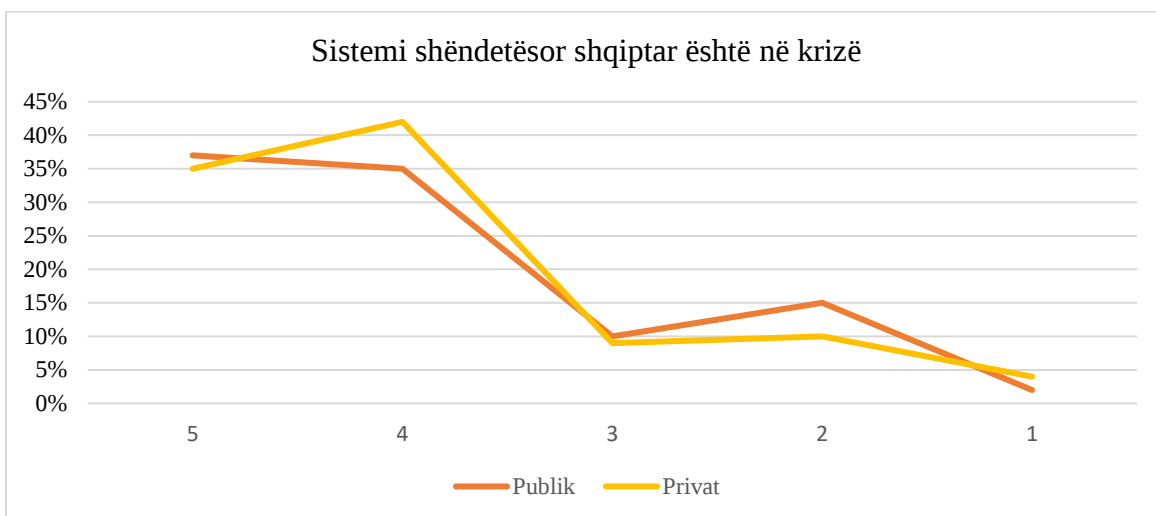


Figura 16. Opinionet e të anketuarve rreth gjendjes së sistemit shëndetësor në Shqipëri bazuar mbi llojin e institucionit shëndetësor ku është marrë shërbimi

- *Analiza e pohimit “Shërbimi mjekësor i ofruar në institucionin shëndetësor publik ishte i përkryer”*

Sipas rezultateve të gjeneruara nga analizimi i pyetësorëve, 42% e të anketuarve nuk dakortësojnë se shërbimi mjekësor i ofruar në institucionet shëndetësore është i përkryer krahasuar me 19.8% e tyre të cilët e pohojnë.

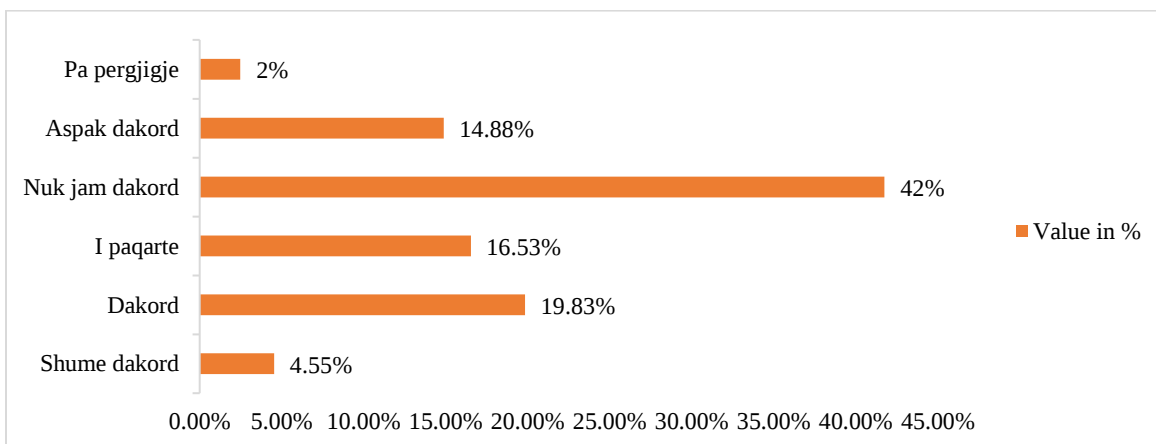


Figura 17. Shërbimi mjekësor i ofruar në institucionin shëndetësor publik ishte i përkryer

Nëse këtë pohim e analizojmë sipas spitalit ku është ofruar shërbimi mjekësor, rezultatet janë dukshëm më pozitive për institucionet shëndetësore private. Afërsisht 35% e të anketuarve shprehen se shërbimi mjekësor i ofruar në sektorin privat është thuajse i përkryer, ndërsa për shërbimin mjekësor në institucionet shëndetësore publike, 64% e të anketuarve nuk shprehen dakord me këtë pohim.

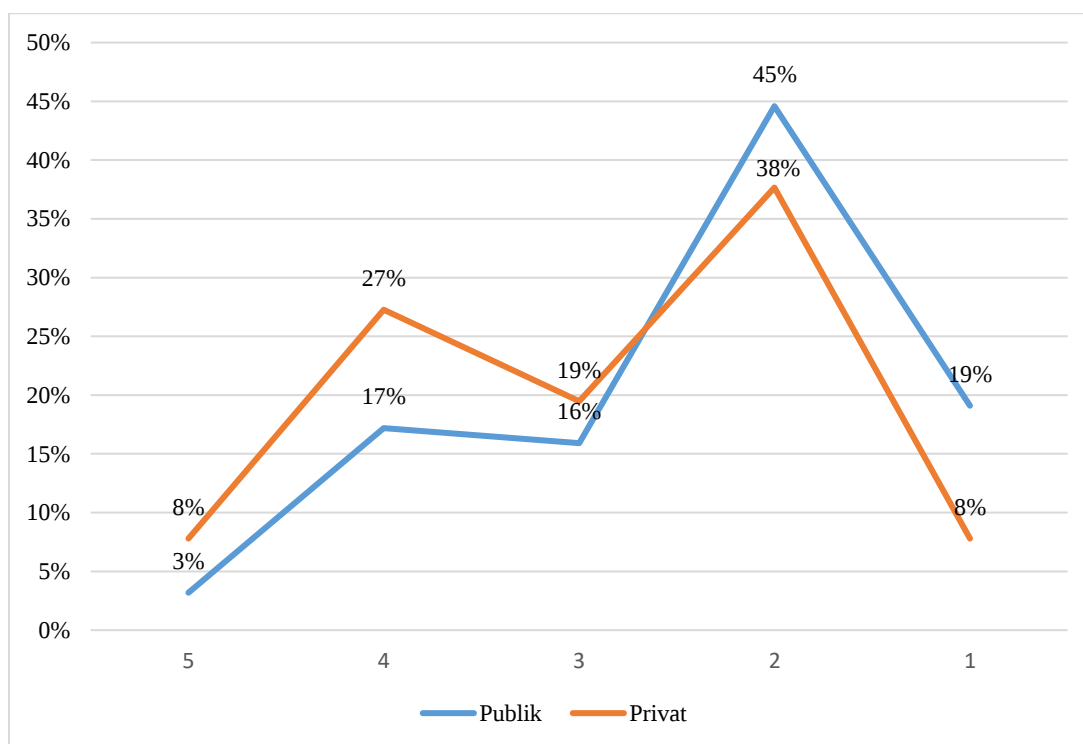


Figura 18. Shërbimi mjekësor i marrë është thuajse i përkryer sipas sektorit ku është marrë shërbimi

- Përkushtimi i personelit mjekësor

Përsa i përket angazhimit të shprehur nga stafi mjekësor gjatë dhënies së shërbimit shëndetësor, 40% e të anketuarve mendojnë se stafi mjekësor duhet të përkushtohet më shumë në trajtimin e tyre. Rezultatet janë paraqitur grafikisht si mëposhtë:

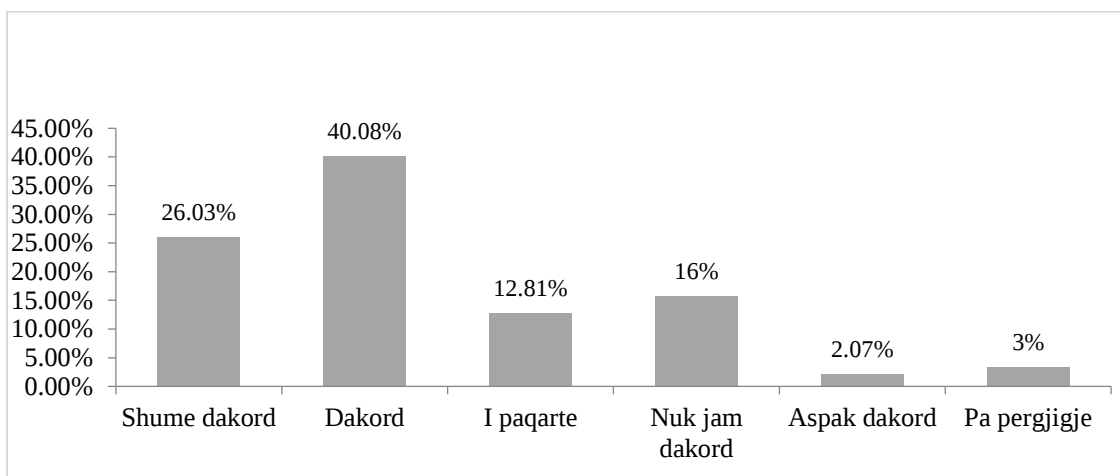


Figura 19. Mjekët duhet të përkushtohen më tepër në trajtimin tim

- *Analiza e pohimit “Shërbimi mjekësor mund të merret në çdo kohë” sipas sektorit ku ofrohet shërbimi*

Gjatë analizës së pohimit se shërbimi shëndetësor ofrohet në çdo kohë në varësi të institucionit ku është marrë shërbimi, sektori publik rezultoi me një tendencë pozitive. Aksesit ndaj shërbimit mjekësor ishte më i lehtë në sektorin publik për të anketuarit në këtë studim.

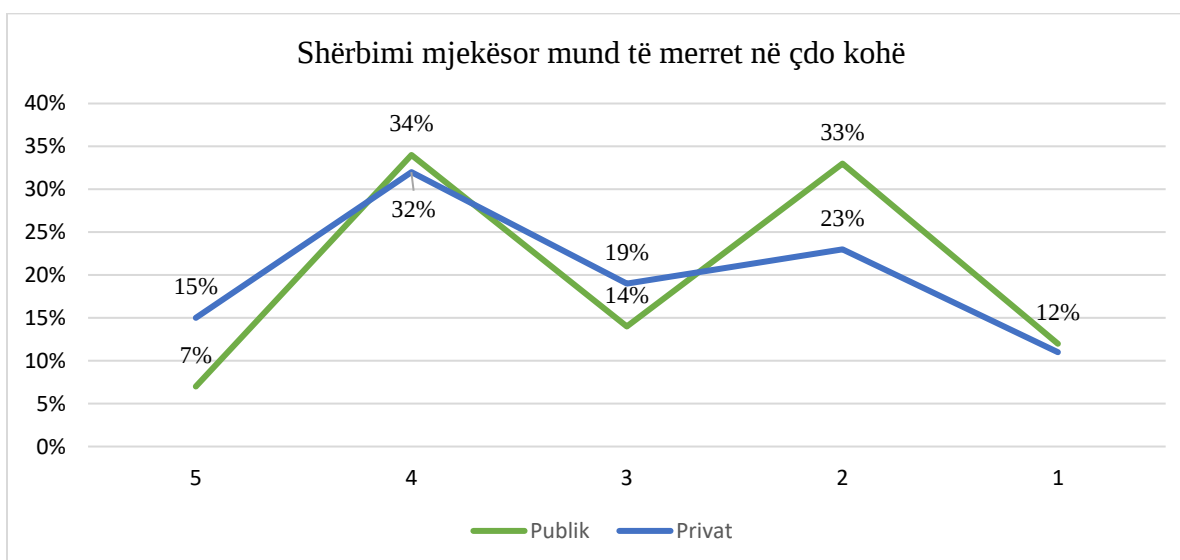


Figura 20. Shërbimi mjekësor mund të merret në çdo kohë, sipas sektorit ku ofrohet shërbimi

- *Analiza e kostove të shërbimeve shëndetësore*

Rreth 73.55% e të anketuarve janë përgjigjur se kosto monetare për të marrë një shërbim shëndetësor ishte e lartë. Rezultatet janë paraqitur si në grafikun mëposhtë:

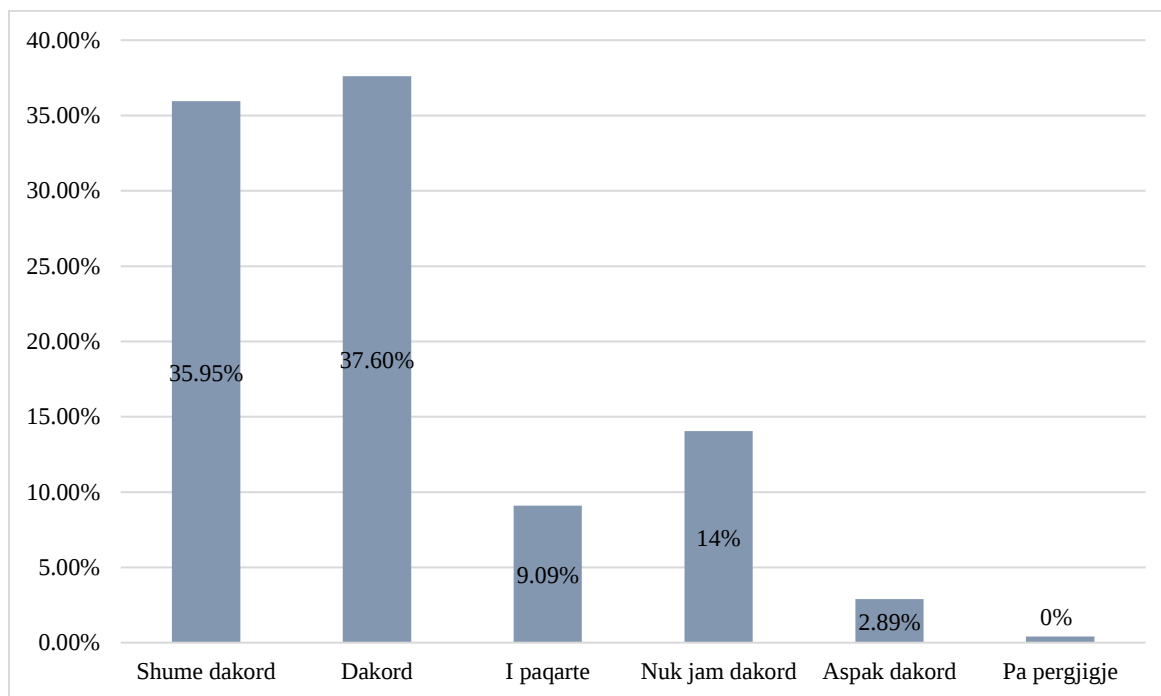


Figura 21. Shuma që duhet të paguaj për të marrë shërbim mjekësor

Në analizën e kryer mbi koston e shërbimit mjekësor në varësi të institucionit shëndetësor ku është marrë shërbimi na rezulton se në institucionet e sektorit privat 79% e të anketuarve janë shprehur se kosto e shërbimit është e lartë. Vlen për tu theksuar se 71% e të anketuarve që kanë marrë shërbim në institucionet shëndetësore publike pohojnë kosto të larta shërbimesh. Duke qënë se institucionet publike tarifojnë shërbimet mjekësore për një kategori shumë të vogël të popullsisë, atëherë supozohet se kjo kosto i referohet pagesave korruptive që jo rrallë ndodh në sektorin shëndetësor.

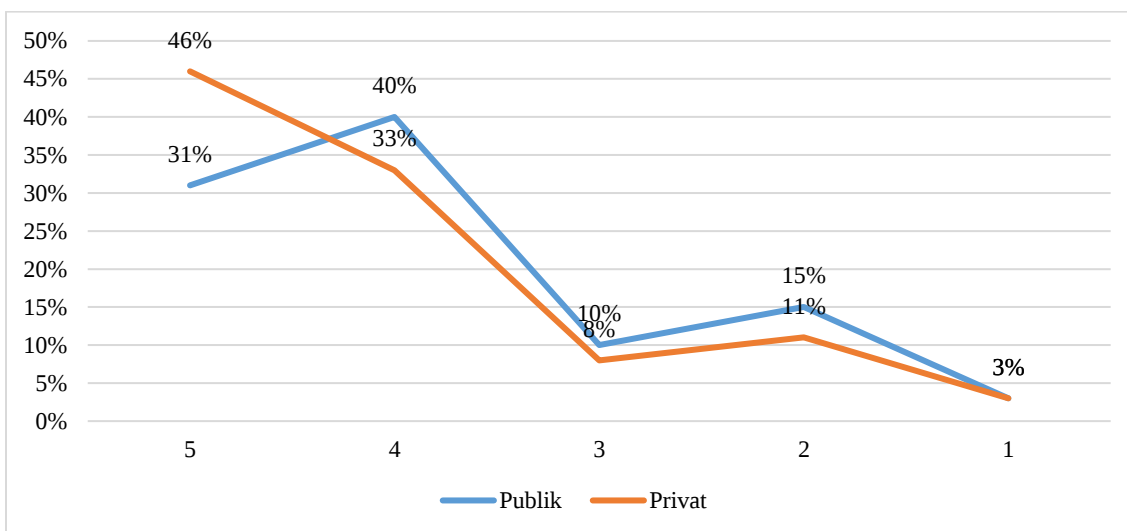


Figura 22. Kosto e shërbimit shëndetësor në varësi të sektorit ku ofrohet shërbimi

Analiza e pohimit “Kosto e shërbimit shëndetësor është e arsyeshme” në varësi të institucionit ku ofrohet shërbimi

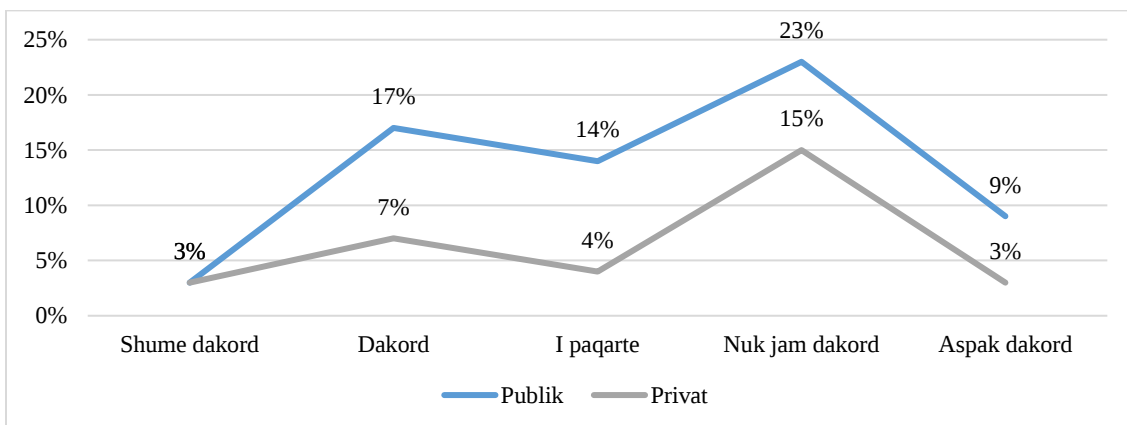


Figura 23. Kosto e shërbimit shëndetësor është e arsyeshme

Nga rezultatet e gjeneruara nga të dhënat e pyetësorëve, rezulton se kostot për shërbime shëndetësore nuk janë të arsyeshme. Vihet re që 23% e të anketuarve nuk janë shprehur dakord me tarifimin e shërbimeve në institucionet ofruese të sektorit publik krahas 17% që mendojnë se shërbimet mjekësore të ofruara në sektorin publik janë të arsyeshme.

- *Analizimi i pohimit “Ndonjëherë largohem nga institucioni shëndetësor pa marrë shërbimin e kërkuar pasi nuk mundem të paguaj për të” në varësi të sektorit*

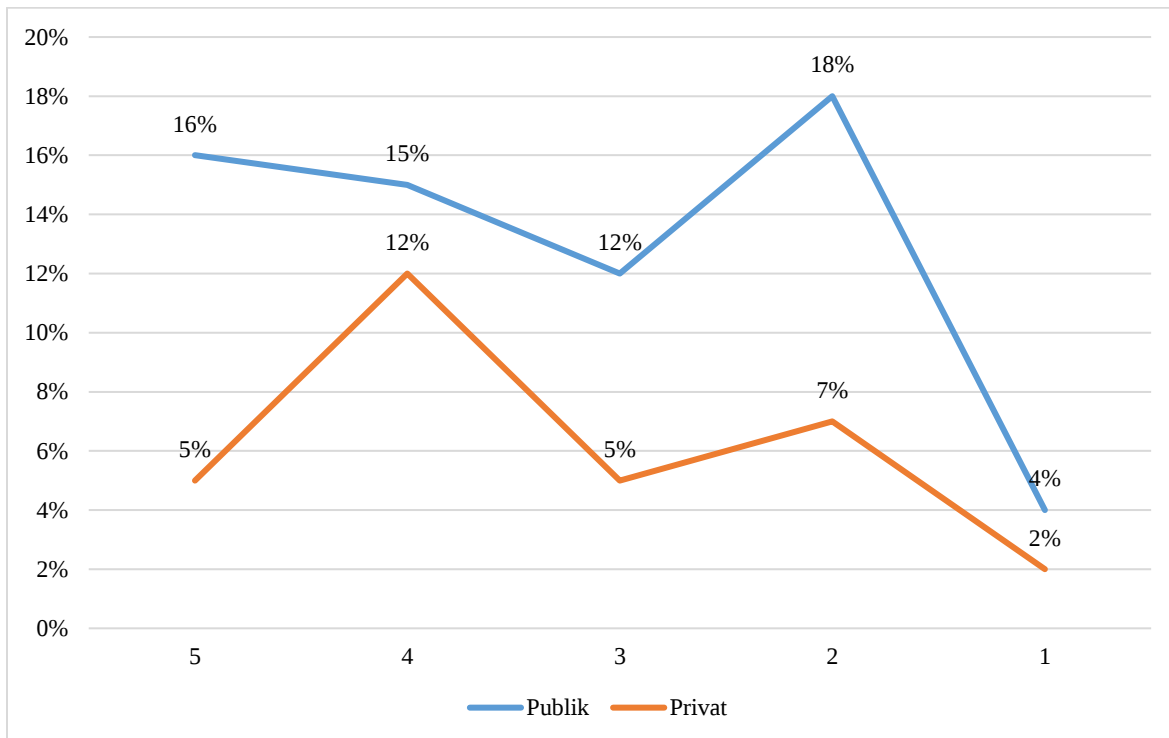


Figura 24. Shërbimi shëndetësor kushton shtrenjtë dhe largohem pa e marrë

Shërbimi shëndetësor në sektorin publik ka kosto, por sipas të dhënave, 18% e të anketuarve nuk largohen nga institucioni shëndetësor pa marrë shërbimin mjekësor, ndërsa 16% e tyre largohen. Institucionet shëndetësore në sektorin privat kanë tarifa të larta shërbimesh dhe 12% e të anketuarve largohen pa marrë shërbim pasi nuk mund ta përballojnë koston e tij.

- *Analiza e pohimit “Mjekët më informojnë mjaftueshëm rreth arsyes së kryerjes së ekzaminimeve mjekësore*

Komunikimi midis mjekut dhe pacientit po shihet si element shumë i rëndësishëm si në kuadër të përcaktimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor që ofrohet por edhe në aspektin e suksesit të trajtimit mjekësor në pacientë të ndryshëm.

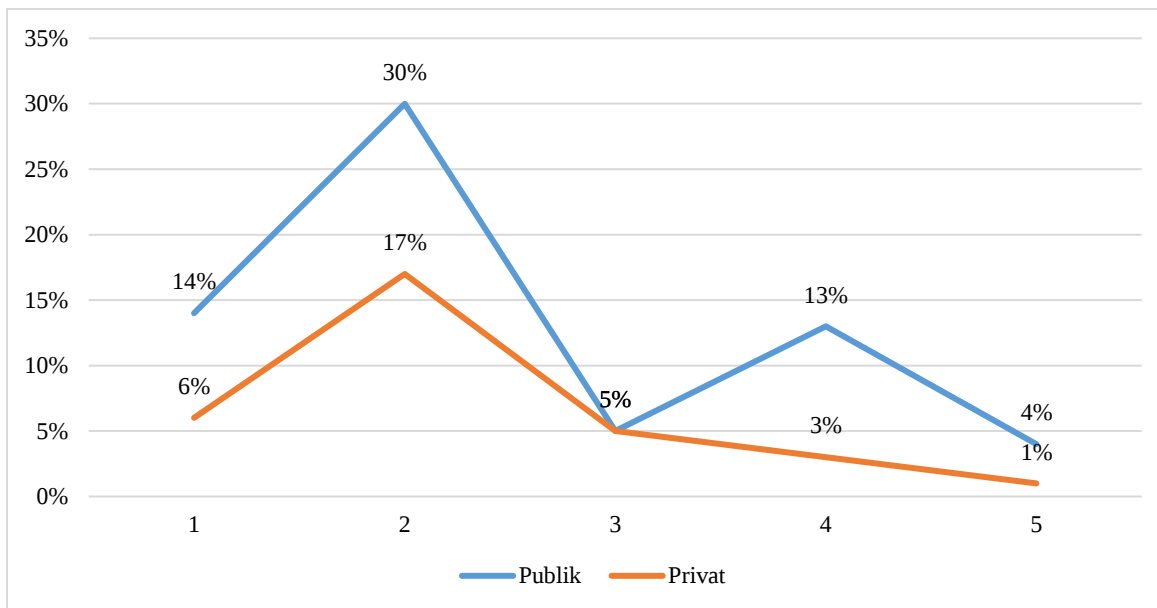


Figura 25. Mjekët më informojnë mjaftueshëm rreth arsyes së kryerjes së ekzaminimeve mjekësore

Nëpërmjet komunikimit me mjekun apo infermierët, pacientit veç informacionit real mbi gjendjen shëndetësore i përcillet siguri mbi besueshmëri. Pacienti ndjen se ka ardhur në vendin dhe po ndiqet nga personeli mjekësor i duhur.

Sipas rezultateve të pyetësorëve, shkalla e informimit të pacienteve është shumë më e lartë në institucionet shëndetësore publike sesa ato private.

Variablat e përcaktuar sipas metodave statistikore paraqiten në tabelë:

Variabla të varur	Variabla të pavarur
Cilësia e shërbimit mjekësor (CSH)	Vlerësimet e pacientit për cilësinë e shërbimit (KP)
	Mundësitë financiare (MF)
	Komunikimi me personelin mjekësor (KPM)
	Akcesi; disponueshmëria e institucioneve shëndetësore (AD)
	Cilësitë teknike; Aparaturat dhe pajisjet diagnostikuese (CT)
	Ekspertiza mjekësore (EM)

Në bazë të këtyre variablave janë ndërtuar këto modele:

$$CSH = \alpha + \beta_1 * KP + \beta_2 * MF + \beta_3 * KPM + \beta_4 * AD + \beta_5 * CT + \beta_6 * EM$$

$$Cilësia\ e\ Shërbimit = \alpha + \beta_1 * Vlerësimet\ e\ Pacientit + \beta_2 * Mundësitë\ financiare + \beta_3 * Komunikimi\ me\ Personelin\ Mjekësor + \beta_4 * Aksesit\ Disponueshmëria + \beta_5 * Cilësitë\ Teknike + \beta_6 * Ekspertiza\ Mjekësore$$

Në analizën e regresionit janë ndjekur këto supozime:

- Termat e gabimit kanë shpërndarje normale.
- Nuk ka problem të Heteroestadicitetit, pra variabli i varur ka shpërndarje të barabartë për të gjitha variablat e pavarur.
- Nuk ekziston autokorrelacion në të dhënave e përdorura në model.
- Nuk paraqiten probleme të Multikolinaritetit, pra variablat e pavarur nuk janë shumë të korreluara mes tyre.
- Përpara kryerjes së Analizës së Regresionit, përjashtimet (outliers) janë eliminuar në mënyrë që të mos ndikojnë rezultatin, më anë të 1.5 IQR.

Termat e gabimit të analizës së regresionit kanë shpërndarje normale duke konfirmuar që supozimi i parë është i vërtetë.

Gjithashtu vlerat e gabimeve kanë shpërndarje të rastësishme mbi vlerat e parashikuara të “cilësisë së shërbimit”, për të gjitha variablat e pavarur duke konfirmuar në këtë mënyrë dhe supozimin e dytë.

Supozimin e tretë, nuk është e nevojshme që ta vërtetojmë, pasi të dhënat e përdorura në këtë studim janë cross-sectional. Nisur nga vlerat e llogaritura për Variance Inflation factor (VIF) për të gjitha parashikimet është konstatuar se vlerat luhaten mes 1 dhe 5 ($5 > VIF > 1$), pra mund të konkludojmë se ekziston një problem multi – kolineariteti por në nivele të moderuara. Në këto kushte mund të konsiderojmë që supozimi i katërt qëndron. Të dhënat e përdorura dhe përcaktimi i variableve të modelit është bërë duke përdorur teknikat statistikore të vlerësimit të rëndësisë së variableve të përfshirë në model.

Fillimisht, vendosen të gjitha variablat në model, dhe më pas hiqen hap pas hapi të gjitha derisa të gjitha variablat e vendosura të jenë të rëndësishme në nivelin 0.05.

Në tabelën mëposhtë është paraqitur vlerësimi i të gjitha modeleve në SPSS.

Tabela 5. Vlerësimi Modelit 1

$$CSH = 0.841 + 0.338 * KP - 0.113 * MF + 0.098 * KPM + 0.102 * AD + 0.079 * CT + 0.028 * EM$$

Predictor	Beta	Standard Error	Vlera t	P	VIF
Vlerësimet e pacientit	0.338	0.053	6.4	<0.001	1.65
Mundësitë financiare	-0.113	0.052	-2.15	0.03	1.64
Komunikimi me personelin mjekësor	0.098	0.087	1.13	0.26	2.16
Akcesi disponueshmëria	0.102	0.068	1.5	0.13	1.9
Cilësite teknike	0.079	0.042	1.86	0.06	1.58
Ekspertiza mjekësore	0.028	0.074	0.376	0.71	2.08

Disa nga parashikimet janë të parëndësishme në vlerësimin fillestar. Parashikimi për variablin EM (ekspertiza mjekësore) bie i pari dhe për këtë arsye modeli rivlerësohet. Disa nga parashikimet mbeten të parëndësishme dhe në momentin që bie variabli KPM (komunikimi me personelin mjekësor) bëjmë një tjetër vlerësim të modelit. Prej këtij na rezulton se variabli AD (akcesi; disponueshmëria) është vetëm marxhinalisht i parëndësishëm (marginally insignificant) dhe vlera e $p > 0.05$.

Si rrjedhojë, mbetet modeli i vlerësuar në të cilin të gjitha parashikimet janë të rëndësishme. Interpretimi i alfa-s në model nuk ka kuptim, megjithatë duhet të shtohet në modelin me qëllim llogaritjen dhe të vërehet ndikimi unik i variablave të pavarur në variabël të 0.05. Gjithashtu vërejmë që në këtë model ndikimin më të madh e ka dimensionin i vlerësimeve të pacientit pasi koeficienti B është më i madh.

Alpha tregon vlerën e variabël të varur, cilësia e shërbimit (CSH) kur vlera e të gjithë variablave të pavarur është zero, gjë e cila është e pamundur në datasetin tonë, prandaj interpretimi i alfa në këto modele nuk ka kuptim. Vlera e të gjithë variablave të varur varion nga 1 në 5, prandaj variabli cilësia e shërbimit (CSH) është i pavarur.

Tabela 6. Vlerësimi Modelit 2

$$CSH = 1.445 + 0.378 * KP - 0.169 * MF + 0.122 * CT$$

Predictor	Beta	Standard Error	Vlera t	Vlera P	VIF
Vlerësimet e pacientit	0.378	0.05	7.49	<0.001	1.48
Mundësitë financiare	-0.169	0.047	-3.63	<0.001	1.28
Cilësitë teknike	0.122	0.037	3.27	0.001	1.22

Rezultoi se variablat PS (vlerësimet e pacientit) dhe CT (cilësitë teknike) janë të rëndësishme në 0.001 ndërsa variabli CT është i rëndësishëm në 0.01.

Hipoteza H1 (vlerësimet e pacientit ndikojnë pozitivisht në cilësinë e kujdesit mjekësor të ofruar), H2 (sa më e lartë të jetë cilësia e perceptuar e shërbimit mjekësor MF, aq më e ulët do jetë cilësia e shërbimit të marrë) dhe H5 (personeli mjekësor i pajisur me njohuri të duhura teknike CT siguron një cilësi më të mirë të kujdesit mjekësor, në krahasim me pjesën tjetër të stafit që nuk e ka këtë njohuri) mbështeten nga Modeli 2.

Duhet cilësuar se variablat KPM (komunikimi me personelin mjekësor), AD (aksesi; disponueshmëria) dhe EM (ekspertiza mjekësore) mund të jenë të parëndësishme për shkak të multikolinearitetit.

Pasi realizohet një tjetër analizë regresioni me këto variabla që bien, mund të vlerësohet ekuacioni si mëposhtë:

Tabela 7. Vlerësimi Modeleve 3 dhe 4

$$CSH = 0.279 + 0.276 * KPM + 0.309 * AD + 0.126 * EM$$

$$CSH = 0.340 + 0.351 * KPM + 0.339 * AD$$

Predictor	Beta	Standard Error	t value	P Value	VIF
Model 3					
Komunikimi me personelin mjekësor	0.276	0.091	3.03	0.003	1.89
Akcesi; disponueshmëria	0.309	0.068	4.56	<0.001	1.5
Ekspertiza mjekësore	0.126	0.079	1.59	0.114	1.88
Model 4					
Komunikimi me personelin mjekësor	0.351	0.078	4.5	<0.001	1.38
Akcesi; disponueshmëria	3.39	0.065	5.2	<0.001	1.38

Pasi realizohet një tjetër analizë regresionit me këto variabla që bien dhe vlerësohet ekuacioni si mësipër. Variabli KPM (komunikimi me personelin mjekësor) rezulton i

rëndësishëm në 0.01 dhe variabli AD (akcesi; disponueshmëria) është i rëndësishëm në 0.001, ndërsa variabli EM (ekspertiza mjekësore) nuk rezultoi i rëndësishëm dhe ra.

Hipotezat H3 (sa më i lehtë të jetë komunikimi mes doktorit dhe pacientit) KPM aq më e mire është cilësia e shërbimit mjekësor që ofrohet) dhe H4 (institucionet mjekësore lehtësisht të aksesueshme japin shërbime mjekësore me cilësi të lartë) mbështeten nga Modeli 4. Ndërsa Hipoteza H6 (një staf mjekësor me përvojë EM mund të ofrojë cilësi më të mirë të kujdesit mjekësor sesa një staf pa përvojë) nuk mbështetet.

Analiza MANOVA (Multivariate Analysis of Variance) është zgjedhur për krahasimin e institucioneve shëndetësore publike me ato private në termat e dimensioneve të ndryshme.

Kushtet që kjo analizë kërkon të plotësohen janë si mëposhtë:

- Duhet të përjashtohen vlerat ekstreme (outliers) nga vëzhgimi. Në total janë shtatë (7) outliers prandaj mostra finale është 235.
- MANOVA kërkon që të dhënat e gjeneruara nga pyetësorët të vijnë nga popullsi normale, kusht i cili plotësohet në të dhënat tona.
- Kushti i tretë është që matrica e variancë – kovariancë duhet të jetë e njejtë për secilin grup. Nga testi Box's M^{42} u arrit në përfundimin që matricat e kovariancës ndryshojnë në institucionet shëndetësore publike dhe ato private ($F=1.894$, Vlera $P=0.003$). Përsa kohë ky parim shkelet, mund të përdoret Pillai's Trace⁴³.
- Testi MANOVA kërkon që dimensionet mos të paraqesin probleme të Multikolinaritetit, të jenë shumë të korreluara. Shumica e korrelacioneve < 0.5 në magnitude (ignore sign). Roy's largest⁴⁴ root mund të përdoret nëse mendojmë që supozimi është shkelur.

⁴²Box's M test (Testi Box's Test për Ekuivalencën e Matricave të Kovariancës) është një test parametrash i përdorur për të krahasuar variacionin në mostra me shumë variabla. Ai teston nëse dy ose më shumë matrica covariancë janë homogjene.

⁴³Pillai's Trace përdoret për të kapërcyer problemet që lindin në rastet kur matricat e kovariancës janë të ndryshme. Metode statistikore që përdoret për vlerat pozitive nga 0 – 1. Vlerat në rritje nënkuptojnë që efektet ndikojnë me shumë në model.

⁴⁴Roy's largest root përdor vetëm variancën e atij dimensionit që bën diferencimin e grupit.

Tabela 8. Vlerësimet nëpërmjet metodës MANOVA

Kriteri	Statistics	F Value	Numerator DF	Denominator DF	P Value	Partial Eta Square
Wilk's Lambda	1.051	35.61	14	450	<0.001	0.526
Hotelling's Criterion	0.007	342.23	14	448	<0.001	0.914
Pillai's Trace	127.76	2035.04	14	446	<0.001	0.985
Roy's GCR	127.70	4104.57	7	225	<0.001	0.992

Rezultatet janë materialisht të ndryshme për kriterin Wilk's Lambda në krahasim me kriteret e tjera. Kjo ndodh për arsye se në këtë analizë jo të gjitha kriteret e metodës MANOVA përmbushen. Efekti është më i vogël në Wilk's Lambda⁴⁵ se në kriteret e tjera. The partial eta squared është 0.985 për kriterin Pillai's Trace. Roy's GCR ka të njëjtat rezultate. Duke qënë se Partial Eta square është > 0.25 për të gjitha kriteret, efekti është më i madh.

⁴⁵Lambda e Wilksit është një lloj statistike e cila teston të gjithë funksionin diskriminuar. Përdoret në rastet kur duhen testuar nëse faktoret diskriminojnë ose jo grupet

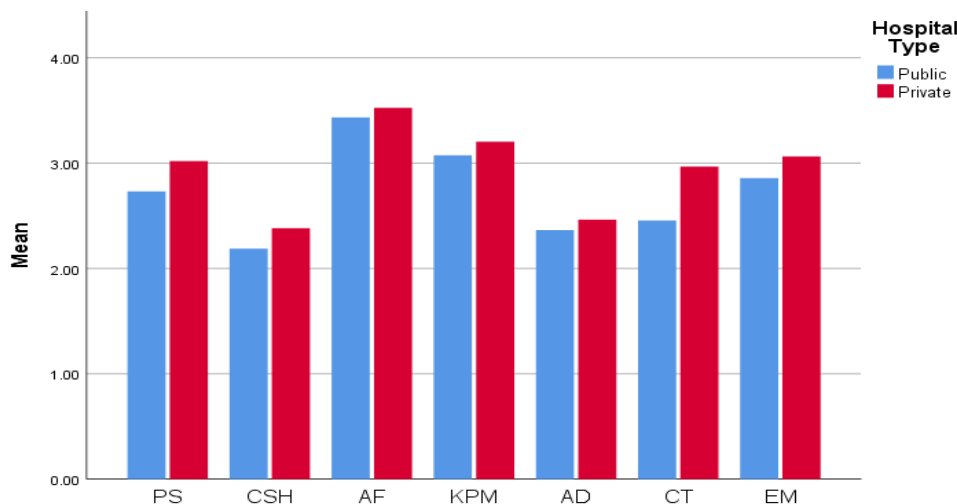


Figura 26. Vlerat mesatare të shtatë (7) dimensioneve sipas spitaleve publike dhe private

Dhe në vijim edhe rezultatet e testit MANOVA për të dy llojet e spitaleve, të shtrira në të gjitha dimensionet.

Nga rezultatet në tabelën 9 vërehet që Partial Eta Square është $> 0,025$ për çdo dimension, duke treguar madhësinë e efektit të tipit të institucionit shëndetësor në shtatë (7) përmasa të ndryshme të performancës. Të gjitha madhësitë e efektit janë > 0.90 duke përjashtuar variablin EM (ekspertizën mjekësore) për të cilën madhësia e efektit është 0.882. Të gjitha lidhjet janë të rëndësishme në 0.001, që nga Vlëra $P < 0.001$ për çdo dimension.

Për këtë arsye, institucionet shëndetësore private kanë performancë më të mirë në të shtatë (7) dimensionet, krahasuar me institucionet shëndetësore publike. Si rrjedhojë, hipotezat H7 (vlerësimet e pacientit janë më të larta në institucionet shëndetësore private se në ato publike) dhe H13 (Ekipi mjekësor në spitalet private është më i aftë se në spitalet publike) vërtetohen.

Vihet re se variablat më të rëndësishëm rezultojnë se janë:

- Komunikimi me pacientin KPM,
- Mundësitë financiare MF;

- Aksesit dhe disponueshmëria e shërbimit shëndetësor AD;
- Cilësitë teknike, aparatura diagnostikimi CT
- Vlerësimi i pacientit.

Nëse Vlera P <0.05 institucionet shëndetësore private dhe publike nuk ndryshojnë nga njëra tjetra.

Tabela 9. Rezultatet e testit MANOVA për të dy llojet e spitaleve, në të gjitha dimensionet

Dimensioni	Type III sum of squares	F Value	Significance	Partial Eta Square
Vlerësimet e pacientit	1858.23	1446.41	<0.001	0.926
Cilësia e shërbimit	1178.96	1277.26	<0.001	0.917
Mundësitë financiare	2783.70	2089.46	<0.001	0.948
Komunikimi me personelin mjekësor	2253.55	3540.71	<0.001	0.969
Akcesit; Disponueshmëria	1333.47	1453.71	<0.001	0.932
Cilësitë teknike	1612.15	862.90	<0.001	0.927
Ekspertiza mjekësore	1988.26	2409.38	<0.001	0.882

Tabela 10: Vlerësimi i modelit ekonometrik me metodën Stepwise Regression

Predictor	Beta	Standard Error	t value	P Value	VIF
Model 1 Estimation					
PS	0.338	0.053	6.4	<0.001	1.65
AF	-0.113	0.052	-2.15	0.03	1.64
KPM	0.098	0.087	1.13	0.26	2.16
AD	0.102	0.068	1.5	0.13	1.9
CT	0.079	0.042	1.86	0.06	1.58
EM	0.028	0.074	0.376	0.71	2.08
Model 2 Estimation					
PS	0.378	0.05	7.49	<0.001	1.48
AF	-0.169	0.047	-3.63	<0.001	1.28
CT	0.122	0.037	3.27	0.001	1.22
Model 3 Estimation					
KPM	0.276	0.091	3.03	0.003	1.89
AD	0.309	0.068	4.56	<0.001	1.5
EM	0.126	0.079	1.59	0.114	1.88
Model 4 Estimation					
KPM	0.351	0.078	4.5	<0.001	1.38
AD	3.39	0.065	5.2	<0.001	1.38

Duke qënë se në Modelin 1 ne kemi të gjitha parashikimet (predictors), ekuacioni shprehet:

Model 1 $CSH = 0.841 + 0.338 * PS - 0.113 * AF + 0.098 * KPM + 0.102 * A$
 $+ 0.079 * CT + 0.028 * EM$

Disa nga parashikimet janë të parëndësishme në vlerësimin fillestar. Parashikimi për variablin **EM** (ekspertiza mjekësore) bie i pari dhe për këtë arsye modeli rivlerësohet. Disa nga parashikimet mbeten të parëndësishme dhe në momentin që bie variabli **KPM** (komunikimi me personelin mjekësor) bëjmë një tjetër vlerësim të modelit. Na rezulton se variabli **AD** (akcesi; disponueshmëria) është vetëm marxhinalisht i parëndësishëm (marginally insignificant) dhe vlera e $p > 0.05$. Si rrjedhojë mbetet modeli i vlerësuar në të cilin të gjitha parashikimet janë të rëndësishme në 0.05.

Model 2
$$CSH = 1.445 + 0.378 * PS - 0.169 * AF + 0.122 * CT$$

Rezultoi se variablat PS (vlerësimet e pacientit) dhe CT (cilësitë teknike) janë të rëndësishme në 0.001 ndërsa CT është i rëndësishëm në 0.01. Hipotezat H1, H2 dhe H5 mbështeten nga Modeli 2. Duhet cilësuar se variablat KPM (komunikimi me personelin mjekësor), AD (akcesi; disponueshmëria) dhe EM (ekspertiza mjekësore) mund të jenë të parëndësishme për shkak të multikolinearitetit. Pasi realizohet një tjetër analizë regresionit me këto variabla që bien dhe vlerësohet ekuacioni si mëposhtë:

Model 3
$$CSH = 0.279 + 0.276 * KPM + 0.309 * AD + 0.126 * EM$$

Në Modelin 3, variabli KPM (komunikimi me personelin mjekësor) rezulton i rëndësishëm në 0.01 dhe AD (akcesi; disponueshmëria) në 0.001, ndërsa variabli EM (ekspertiza mjekësore) nuk rezultoi i rëndësishëm dhe ra.

Modeli 4 i paraqitur mëposhtë është vlerësuar pas rënies së EM (ekspertizës mjekësore).

Model 4
$$CSH = 0.340 + 0.351 * KPM + 0.339 * AD$$

Hipotezat H3 dhe H4 mbështeten nga ky model, ndërsa H6 nuk mbështetet.

KAPITULLI 5

PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

5.1. Përfundime

Cilësia e shërbimit shëndetësor po merr rëndësinë dhe vëmendjen e duhur nga drejtuesit e institucioneve mjekësore dhe hartuesit e politikave shëndetësore publike dhe private. Cilësia e shërbimit po shndërrohet, edhe pse ngadalë, në një element kryesor dhe mjaft të rëndësishëm drejtimi gjithashtu po luan rolin e një indikatorit me mjaft vlerë në aspektet menaxhuese. Përpjekjet për gjetjen e instrumenteve të përshtatshëm për vlerësimin e cilësisë janë të shumta, por ato janë ndeshur vazhdimisht me hezitimet e skeptikeve dhe kundërshtimet e vijueshme për vënien e tyre në zbatim. Gjatë realizimit të këtij anketimi na rezultoi se mbi 60% e të sëmurëve iu drejtohen spitaleve publike për arsye shëndetësore, ndaj rezultatet lidhen drejtpërsëdrejti me sistemin mjekësor publik. Viti që kaluam na bëri të reflektojmë dhe të thellohem pak më tepër kur çështja vjen tek shëndeti. Sistemi ynë shëndetësor ka mangësi të mëdha jo vetëm në menaxhimin dhe financimin e shërbimeve mjekësore por edhe në burime njerëzore, infrastrukturë fizike, pajisje mjekësore, në sistemin e referimit etj.

Cilësia e shërbimit mjekësor dhe vlerësimet e pacientit

Vlerësimi i pacientit lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore duhet të trajtohet me kujdes, pasi ka shumë arsye të cilat ndikojnë në një rezultat të kënaqshëm. Në to përfshihet mosha e pacientëve, niveli arsimor, gjinia (femrat janë cilësuar gjithnjë si kritiket më të mëdha) dhe niveli kulturor i pacientëve. Shpeshherë pacientët hezitojnë të shprehin vlerësime negative në lidhje me shërbimin shëndetësor që kanë marrë. Ata mendojnë se ky vlerësim mund të shkaktojë një reagim negativ tek mjekët dhe rrjedhimisht humbjen e kontaktit me mjekun.

Nga analizimi i rezultateve të 242 pyetësorëve të plotësuar me pacientë në institucionet shëndetësore të sektorit publik dhe privat rezultoi se niveli i përgjithshëm i cilësisë së

shërbimit nuk është i kënaqshëm. 64% e pacientëve pjesëmarrës në studim, shprehin nivel mesatar të cilësisë së shërbimit. Sektori shëndetësor publik dhe privat ofron shërbime mjekësore mesatarisht cilësore, ku 77% e të anketuarve, mendojnë se sistemi shëndetësor shqiptar po kalon një periudhë krize dhe ka nevojë për përmirësime. Megjithatë ka shumë vlerë të përmendet fakti që departamentet e urgjencës në të dy sektorët, publik dhe privat ofrojnë shërbim të kënaqshëm dhe në kohën e duhur për të gjithë pacientët.

Kostot financiare të shërbimeve mjekësore

Sistemi spitalor publik funksionon nëpërmjet një zinxhiri të gjatë referimesh ku hallka e parë është mjeku i familjes i cili rekomandon dhe adreson pacientin tek mjeku specialist duke caktuar në sistem një datë për konsultim. Për mjekët specialistë në poliklinika specialitetesh, konsulta caktohet pas 7-14 ditësh. Në rastet problematike, kur mjeku specialist të referon për konsultë në sistem spitalor, atëherë koha e pritjes varion nga njëzet e tetë (28) deri në dyzet (40) ditë. Për ekzaminimet imazherike si ekografi apo skaner/rezonanca magnetike planifikimi është pak më i ndërlikuar. I gjithë ky rrugëtim nga mjeku në mjek bëhet për arsye ekonomike. Në këtë rast, pacienti nuk paguan për këto shërbime pasi janë pjesë e skemës së sigurimeve shëndetësore për të cilat individit paguan rregullisht. Ky lloj sistemi bëhet shkak për abuzime dhe krijime të situatave të ndryshme korrupsioni aktiv dhe pasiv. E gjithë kjo skemë është kohë shteruese, sidomos për ata individë të cilët janë të punësuar. Për këtë arsye, individët drejtohen tek spitalet private.

Pacienti i drejtohet spitaleve private pa pasur nevojën e një referimi, ku takimi lihet nëpërmjet telefonit dhe koordinatori e departamentit përkatës të cakton vizitën me mjekun specialist, kundrejt pagesës.

Në sistemin shëndetësor publik, pacienti në shumicën e rasteve zgjedh të paguajë jo-ligjërish mjekun e familjes për të përshpejtuar takimin me specialistin apo vetë mjekun specialist për të lënë orarin më të afërt për një ekografi zemre, nëse e marrim si shembull, e të tjera situata të ngjashme.

Gjatë anketimit 80% e pacientëve u shprehën se gjithmonë u është dashur të paguajnë në një formë apo në një tjetër për të marrë shërbime mjekësore. Për pacientët që zgjedhin të

kurohen në spitale publike ka humbur besimi se mund të shërbehen pa paguar diçka. Gjithashtu, 63% e rasteve e kanë të pamundur të paguajnë ekzaminimin në spitale private ndaj zgjedhin të largohen pa e marrë atë shërbim, apo ta shtyjnë në kohë ekzaminimin sado i rëndësishëm të jetë.

Komunikimi i personelit mjekësor

Stafi mjekësor dhe infermieror duhet të ndërtojë një marrëdhënie mirëkuptimi përsa i përket komunikimit me pacientët. Kjo gjë rrit sigurinë dhe vetëbesimin tek pacientët, si dhe besueshmërinë ndaj mjekut dhe infermiereve rreth trajtimit të patologjisë së pacientit. Nga 66% e pacientëve të anketuar, 45% e tyre shprehen se doktorët në spitalet publike shpjegojnë me saktësi arsyen se pse duhet të kryhen ekzaminime shtesë gjatë vizitës, ndërsa në spitalet private kjo gjë mungon. Pra mjeku nuk i komunikon pacientit arsyet e referimit të ekzaminimeve laboratorike. Për sa i përket përkushtimit që tregon mjeku ndaj pacientit ndaj vizitës, rezultati ishte zhgënjyes për të dy spitalet. Të anketuarit nuk kishin ndjerë përkushtimi e mjekut as në spitalet publike, as në ato private. Gjithashtu 50% e të anketuarve u shprehen se në spitalet publike ata mund të shpreheshin më lirshëm se në spitalet private, pasi, personeli mjekësor përdor terma shkencore mjekësore të cilat, pacientët e kanë të vështirë për ti kuptuar. Megjithatë rezultati ishte pozitivisht i njëjtë për të dy spitalet kur flitej për humanizmin e doktorëve.

Akcesi ndaj shërbimit shëndetësor

Nëse flasim për akses ndaj shërbimit shëndetësor në qendrat shëndetësore, në dhjetë prej tyre ofrohet shërbim njëzet e katër orë në shtatë ditë të javës. Ekziston një qendër shëndetësore për çdo njësi bashkiake në Tiranë. Përsa i përket poliklinikave, orari zyrtar i tyre është 07:30-16:00, nga dita e hënë në të shtunë.

Spitalet publike ofrojnë shërbimin e urgjencës për qytetarët njëzet e katër orë, me disa mjekë të përgjithshëm apo specialistë të cilët ofrojnë kujdes mjekësor për këto që ka nevojë.

Klinikat diagnostikuese private ofrojnë shërbim për qytetarët në lidhje me ekzaminime laboratorike vetëm gjatë orarit 07:00 – 16:00, ndërsa ekzaminimet imazherike janë të disponueshme edhe gjatë pasdites. Spitalet private ofrojnë shërbim për qytetarët 24/24 për shtatë ditë të javës, kryesisht nga departamenti i urgjencës, në të cilin ofrohen të gjitha llojet e shërbimeve të kërkuara.

Si rezultat, mund të themi se përgjithësisht në zonat urbane ka akses në shërbim mjekësor. Por vlen të përmendim, që problemet e sistemi i transportit në Shqipëri shkaktojnë vonesa të shumta, gjë që në një situatë me kushte të vështira atmosferike, aksesin ndaj qendrave shëndetësore bëhet thuajse i pamundur. Oraret gjatë të cilave ofrohet shërbim në institucionet publike nuk janë të përshtatshme për të gjithë popullatën. Kjo ndodh për shkak të punës apo angazhimeve të ndryshme. Megjithatë, shërbimi shëndetësor nuk mungon.

Infrastruktura teknike dhe mjekësore

Edhe pse gjatë dy viteve të fundit, qeveria shqiptare ka kryer investime të shumta në shëndetësi, kryesisht në infrastrukturë, gjendja e institucioneve shëndetësore publike mbetet e dobët.

Qendrat shëndetësore, spitalet, maternitetet ushtrojnë veprimtarinë e tyre në ndërtesa relativisht të vjetra, të cilat janë pronë e shtetit. Qeveria Shqiptare dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ka përmirësuar infrastrukturën në disa QSH, të cilat janë restauruar plotësisht. Megjithatë, gjendja infrastrukturore e shumicës prej tyre nuk është e mirë. E njëjta gjë vlen edhe për maternitetet, për disa reparte në Spitalin Ushtarak dhe QSUT.

Kabinet mjekësor në QSH janë të vogla dhe të parehatshme. Mjekët mund të presin për konsulta njëkohësisht tre (3) deri në pesë (5) qytetarë, të cilët duan të marrin shërbim shëndetësor. Mjeku ndan të njëjtin kabinet me infermierët dhe dosjet me të dhënat mjekësore të pacientëve arkivohen po në të njëjtën zyrë. Dosjet janë manuale. Nuk ka skeda elektronike. Në qendra shëndetësore përdoren ende regjistra manualë për pacientët që

kryejnë konsulta. Nuk përdoret regjistrimi kompjuterik dhe rrjedhimisht ky informacion nuk rezulton në një databazë të dedikuar.

Recepsioni është bërë funksional vitet e fundit në shumicën e qendrave shëndetësore dhe në poliklinika. Por duhet theksuar se ai është pozicionuar në një hapësirë të ngushtë pa sallë pritjeje për të sëmurët. Shpeshherë krijohet një radhë e gjatë pacientësh për të marrë informacion nga recepsioni apo për të vulosur ekzaminimin me vulën e QSH apo poliklinikës. Nuk ka një rregullore dhe standard të miratuar nga organet përgjegjëse, në lidhje me menaxhimin e hapësirave në qendra shëndetësore apo poliklinika në mënyrë që ato të shfrytëzohen funksionalisht. Pasi në këto dy institucione krijohen më së shumti situata kaotike.

Nëse pacienti duhet referuar për shërbim më të specializuar ai shoqërohet me rekomandimin apo epikrizën përkatëse pranë shërbimit të specializuar ambulator. Në rastet kur vënia e diagnozës mbyllet në këto dy hallka, i sëmuri kthehet te mjeku i familjes dhe merr mjekimin e përshtatshëm nga mjeku specialist. Kthimi tek mjeku i familjes kryhet kryesisht që pacienti të përfitoj nga skema e rimbursimit të medikamenteve.

Në rast të kundërt ai referohet më tej në shërbimin spitalor, duke e mbyllur nevojën e trajtimit më të specializuar tek niveli terciar pranë poliklinikës së shërbimeve të specializuara.

Mjekët në QSH nuk disponojnë shumë aparatura të përshtatshme për ekzaminim. Stetoskopi dhe aparati i tensionit shpeshherë përdoret nga shumë mjekë apo infermierë me radhë. Në rast se dyshohet se mund të kesh luhajtje të nivelit të sheqerit në gjak nevojitet të drejtohesh tek farmacia përballë godinës pasi në qendra shëndetësore, ky aparat mungon. Në rast se je shtruar për një problem të zemrës në spital dhe njëkohësisht ke probleme me sheqerin, aparatën e siguron pacienti.

Spitalet publike në Shqipëri nuk arrijnë të sigurojnë medikamente specifike që i nevojiten pacientit gjatë periudhës së hospitalizimit. Pacientët e mbulojnë vetë këtë shpenzim, duke ju drejtuar edhe tregut informal të barnave kundrejt kostos së lartë pasi zakonisht këto mjekime specifike janë të kushtueshme.

Gjithashtu, akomodimi në spitalet publike mund kryhet në dhoma me dy ose tre pacientë të tjerë, pa pasur ndarëse apo hapësirë të mjaftueshme nga një pacient i hospitalizuar tek tjetri. Periudha e hospitalizimit përpara ndërhyrjes, varion sipas listës së planifikimeve mjekësore. Ky planifikim kryhet sipas shkallës së vështirësisë së diagnozës mjekësore. Rastet problematike me rrezik për jetën e pacientit kanë përparësi.

Nga ana tjetër, spitalet private ofrojnë kushte optimale hotelerie në rastet e hospitalizimit. Edhe nëse akomodoresh në dhoma dyshe, krijohen kushte privatësie për çdo pacient. Në këto spitale nuk ka mungesa në aparatura si ekg, aparate tensioni, diabeti, apo oksimetër. Pacienti shoqërohet nga personel i dedikuar për të kryer ekzaminime specifike.

Megjithatë të anketuarit referojnë raste abuzimesh në spitalet private, si referime apo hospitalizime jo të domosdoshme. Por këto deklarata gjykohen gjithnjë në kuadër të perceptimeve të pacientit.

Higjiena në spitale është një tjetër aspekt për tu diskutuar. Gati 30% e kushteve bazike të protokollit të higjienës zbatohet në spitalet publike, ndërsa në spitalet private ky indikator bazik i shëndetit kontrollohet dhe zbatohet bazuar tek standardet e posaçme të vendosura. Shqetësuese, në institucionet shëndetësore publike, është shkalla e papastërtisë së tualeteve, si pasojë e mungesës së ujit dhe sapunit.

Në institucionet shëndetësore publike mungojnë numra kontakti të personave tek të cilët mund të adresosh këto problematika.

Në qendra shëndetësore apo spitale nuk ka materiale informuese të printuar rreth sëmundjeve, apo kujdesit që duhet pasur, rreth shkaqeve, rrethanave që çojnë në sëmundshmëri etj.

Këtu përjashtojmë vetëm kalendarët e vaksinimit të fëmijëve apo posterat dhe fletëpalosjet e vendosura në konsultore nëpër qendra shëndetësore.

Vlen për tu theksuar se përpara pandemisë globale të Covid-19, mjekët nuk vendosnin maske apo vishin doreza gjatë një ekzaminimit mjekësor. Gjithashtu, në vizitat periodike për pacientë të ndryshëm, mjeku i tyre fokusohet vetëm tek ai problem shëndetësor që pacienti ka primar ose kronikë. Kontrolli i mushkërive, fytit, veshëve zakonisht nuk kryhet.

Gjatë anketimit u vërejt se një mangësi e theksuar në sistemin shëndetësor është aplikimi dhe përdorimi i teknologjisë së fundit për diagnostikimin dhe kurimin e pacientëve. Shumica e aparaturave mjekësore që përdoren në sistemin publik shëndetësor janë të vjetërsuara. Tashmë me evoluimin e shkencës dhe teknologjisë, aparaturat e skanerëve apo grafive lidhen nëpërmjet sistemit kompjuterik, grafitë nuk shkaktojnë rreze dhe imazhet shfaqen direkt në tablet apo kompjuter. Avantazhet e këtyre aparaturave janë se nuk kanë pasoja për pacientët, si rrezet, dhe ju duhet shumë pak kohë për nxjerrjen e rezultateve. Është e dukshme që këto aparatura tek ne mungojnë. Madje edhe në spitalet private, ndonëse pajisjet diagnostikuese janë më të mira, nuk janë pajisje bashkëkohore që përdoren sot në botë. Megjithatë, në këtë studim krahasues midis dy sektorëve shëndetësor, niveli i teknologjisë është ai që i diferencon më së shumti ata nga njeri tjetri. Ky rezultat duhet trajtuar me kujdes nga menaxherët e spitaleve private dhe publike për të gjetur mënyrat e duhura për nxitjen e konkurrencës.

Ekspertiza mjekësore

Personeli mjekësor luan rolin më të rëndësishëm dhe mban peshën më të madhe kur flasim për performancë të sektorit të shëndetësisë apo sistemin shëndetësor të qëndrueshëm. Bluzat e bardha cilësohen si heronjtë e heshtur, ku fatkeqësisht, puna tyre matet vetëm statistikisht me rastet e humbjeve të jetëve. Performanca e personelit mjekësor është një ndër elementët që lidhet pozitivisht me vlerësimet e pacientit. Në këtë pjesë shprehet gatishmëria që personeli mjekësor shpreh për të ndihmuar pacientët. Vlerësimi i ekspertizës mjekësore nga pacientët apo studiuesit është dhe do të mbetet relative dhe e diskutueshme. Askush nuk mund ta vlerësojë ekspertizën mjekësore pasi nuk ka njohuritë e duhura. Ajo çka ne vlerësojmë dhe i referohemi në këtë rast është besimi dhe perceptimi që ka pacienti për vizitën mjekësore të kryer.

Pavarësisht punës së palodhur, turneve të tej zgjatura dhe përballimit të fluksit të madh të pacientëve çdo ditë, 40% e të anketuarve në të dy sektorët shprehin pakënaqësi në lidhje

me trajtimin e tyre nga mjekët. Ata mendojnë se mjekët nuk thellohen aq sa duhet në mjekimin e tyre.

Shumë nga të anketuarve u shprehen se mjekët në sektorin publik nuk shfaqin interes ndaj tyre por njëkohësisht ata hezitojnë të drejtohen në institucione mjekësore private pasi shpeshherë referohen për ekzaminime të kota, për arsye përfitimi ekonomik.

Në shumë spitale e klinika private ndiqet politika e përfitimit nga referimi i ekzaminimeve ku mjekët paguhen në varësi të ekzaminimeve mjekësore që ata rekomandojnë. Gjithashtu vihet re se një pjesë e konsiderueshme e personelit mjekësor është i njëjtë në institucione shëndetësore publike dhe private.

Ekzitojnë ndryshime të theksuara në të gjitha elementët përbërës të cilësisë së shërbimit të ofruar në institucionet shëndetësore private dhe publike. Ka një trend lehtësisht pozitiv në të gjithë elementët e shërbimit mjekësor të ofruar nga institucionet shëndetësore private në krahasim me ato publike. Ndonëse spitalet private janë vlerësuar pozitivisht, pritshmëria e pacientëve për këtë sektor ka qënë shumë e lartë duke thelluar negativisht hendekun mes tyre. Kjo nënkupton se pacientët prisnin nivele shumë të larta shërbimi nga ajo që realisht i është ofruar. Për sa i përket spitaleve publike, pritshmëria e pacientëve për këtë sektor ishte e ulët, duke bërë që investimet dhe ndërhyrjet e kryera së fundmi nga qeveria shqiptare, të surprizojnë pozitivisht individët. Kjo gjë solli pacientë më të kënaqur dhe me një ndjenjë optimizmi për të ardhmen, edhe pse mangësitë dhe kushtet e përgjithshme lënë ende mjaft për të dëshiruar.

Zgjedhja e institucioneve shëndetësore për pacientët mbetet e kushtëzuar nga mundësitë e tyre ekonomike, kultura e tyre e përgjithshme mjekësore, mundësia e lëvizjes etj.

5.2. Rekomandime

Në Shqipëri, institucionet që ofrojnë shërbim shëndetësor publik dhe privat kanë karakteristika të ndryshme. Duke njohur kushtet aktuale të spitaleve publike, pacientët nuk presin ndryshime rrënjësore në këtë sektor, apo përmirësime shumë të dukshme, duke filluar nga gjendja fizike e godinave, situata higjieno-sanitare, pajisjet, reduktimi burokracive etj. Duke pasur parasysh se këto institucione nuk përmbushin dot nevojat bazike të pacientëve, rekomandojmë masa si me poshtë:

- Ndërhyrja e shtetit duke shtuar investimet për këtë sektor në elementët përbërës të cilësisë së shërbimit shëndetësor.
- Shtimi i kontrollit dhe monitorimi i vazhdueshëm nga ana e qeverisë dhe institucioneve përgjegjëse për zbatimin e rregullave dhe standardeve të miratuara për ofrimin e kujdesit shëndetësor.
- Kryerja në mënyrë periodike e një vlerësimi efektiv të gjendjes dhe cilësisë së shërbimit që ofrojnë spitalet publike. Të hartohen pyetësorë, apo kryen intervista me pacientë, përdorues të shërbimeve shëndetësore. Në këtë mënyrë mund të evidentohen të gjitha dobësitë e sistemit shëndetësor aktual, si dhe pikat e tij më të forta.
- Nga studimi ynë rezultoi se një element i rëndësishëm ndikues në vlerësimin e pacientit ishte aftësia komunikuese e stafit mjekësor. Menaxherët e spitaleve duhet të organizojnë trajnime, seminare dhe workshop-e në lidhje me mënyrat e krijimit të komunikimit të duhur të stafit mjekësor me pacientët.
- Organizimi i një fushate marketingu, informues rreth shërbimeve spitalore publike. Marketimi i risive në shërbime, infrastrukturë fizike dhe mjekësore, kërkim shkencor etj. Krijimi i partneriteteve me organizata të huaja, investuese, jo qeveritare të cilat mund të asistojnë në përmirësime të shumë elementeve të sistemit shëndetësor.

Infrastruktura mjekësore dhe fizike

- Qeveria Shqiptare duhet të marrë masa për të kryer investime për riparimin e infrastrukturës ekzistuese në godinat e institucioneve shëndetësore publike në mënyrë që ato të plotësojnë kërkesat thelbësore shëndetësore. Praktika dhe gjendja në klinikat dhe spitalet private në vend, mund të shërbejë si pikë referimi.
- Është e nevojshme vendosja e standardeve të higjenës në institucione shëndetësore publike dhe monitorimin me qëllim zbatimin e tyre.
- Vendosja e materialeve informuese mbi sëmundjet, shkaqet dhe mënyrat e parandalimit.
- Identifikimi i pajisjeve mjekësore të nevojshme për ofrim kujdesi shëndetësor dhe pajisja e institucioneve shëndetësore publike me to.
- Trajnimi i stafit për përdorimin e këtyre pajisjeve
- Prokurimi dhe blerja e medikamenteve bazë për çdo institucion mjekësor publik në vend si dhe furnizimi i tyre.
- Monitorimi i përdorimit dhe konsumit të medikamenteve brenda institucioneve shëndetësore.
- Monitorimi dhe kontrolli i shitjes nga farmacitë i medikamenteve të pa miratuara nga autoritetet përkatëse.

Ekzaminimet klinike

- Duhet siguruar privatësia e pacientëve gjatë konsultimeve me mjekun, nëpërmjet krijimit të kushteve për ekzaminimin e pacientëve pa praninë e të tjerëve.
- Trajnimi i stafit mjekësor rreth rëndësisë së krijimit të kushteve për privatësi si dhe njohja me standardet rreth kësaj pike.
- Rritje e fushatave ndërgjegjëse mbi shëndetin, dhe masat parandaluese për sëmundshmërinë sidomos nga sëmundjet infektive.
- Kryerja e anketimeve dhe vëzhgimeve të shumta mbi protokollin që mjekët ndjekin gjatë vizitave dhe hapat që shmangen prej tyre.

- Hartimi i një procedure nga një grup profesionistësh mjekësorë për kryerjen e ekzaminimeve
- Trajnimi i mjekëve dhe infermierëve rreth kryerjes së saktë të ekzaminimit pa anashkalimin e asnjë kontrolli, sipas procedurës së hartuar.
- Rritja e numrit të mjekëve të përgjithshëm të familjes.
- Rritja e nivelit të përgjithshëm të pagave të personelit mjekësor, kategorizuar sipas specialitetit, eksperiencës së personelit mjekësor.
- Krijimi i kushteve të favorshme për ushtrimin e profesionit të mjekut, me qëllim frenimin e eksodit të personelit mjekësor, shumë i theksuar në dy vitet e fundit.
- Kërkimi dhe aplikimi i praktikave botërore të suksesshme në këtë sektor.
- Mundësimi dhe realizimi i shkëmbimeve i përvojave profesionale me specialistë pranë spitaleve në vende të ndryshme në rajon, në BE, apo në botë që zotërojnë një sistem shëndetësor të qëndrueshëm
- Menaxherët e spitaleve duhet të ndërgjegjësojnë stafin mjekësor për rëndësinë e informimit të pacientëve
- Sqarimi dhe komunikimi sa më i saktë nga ana e mjekëve për sa i përket i diagnozës së sëmundjes, terapisë së medikamenteve të rekomanduar dhe arsytet e këtij rekomandimi. Komunikimi me pacientët është i rëndësishëm në cilësinë e shërbimit mjekësor të ofruar.
- Realizimi i saj kërkon një rritje të autonomisë dhe shkallës së përgjegjësisë së specialistëve në institucionet shëndetësore në mënyrë që të rritet besimi i pacientëve ndaj specialistëve.
- Rishikimi i protokolleve klinike duke shtuar inputin e specialistëve.
- Nevojitet përmirësimi i sistemit të brendshëm të cilësisë në institucionet shëndetësore

Teknologjia dhe aparaturat mjekësore

Sistemi i informacionit shëndetësor në Shqipëri ka nevojë për reformim dhe rinovim, që të bëjë të mundur menaxhimin dhe vlerësimin e përshtatshëm të sistemit shëndetësor shqiptar.

Këtu përfshihet monitorimi i ndërhyrjeve parandaluese dhe i hapave kryesore në rinovimin ose reformimin e kujdesit shëndetësor. Statistikat më të mira, anketat shëndetësore periodike dhe përmirësimi i të dhënave administrative të kujdesit shëndetësor do të bëjnë të mundur hartimin e programeve për rritjen e cilësisë së sistemit shëndetësor shqiptar, si dhe do të ndihmojnë në vendosjen e prioritetëve dhe politikave shëndetësore bazuar në fakte. Në Shqipëri, ka pak informacion lidhur me tendencat e stilit të jetesës dhe determinantë të tjerë të shëndetit në popullatën e përgjithshme. Prandaj, ka shumë nevojë për anketa shëndetësore periodike dhe studime të hollësishme të herëpashershme të tipit të anketave të ekzaminimit shëndetësor. Këto studime mund të kryhen në bashkëpunim të ngushtë me universitetet dhe institucionet e tjera të kërkimit shkencor, për të rritur më tej kapacitetet epidemiologjike të komunitetit shkencor në Shqipëri. Nevojitet një sistem solid i shëndetit publik që të mbrojë nga rreziqet shëndetësore dhe të promovojë sjellje të shëndetshme në popullatën shqiptare. Një sistem solid i kujdesit shëndetësor, me personel të mjaftueshëm dhe të trajnuar, duhet të ofrojë akses të barabartë në kujdesin shëndetësor për të gjithë pacientët. Nevojitet një angazhim i veçantë për të luftuar ndryshimet e papranueshme në shëndet dhe në aksesin ndaj shërbimeve kurative dhe parandaluese, të cilat janë të pranishme në vendin tonë.

Për përmirësimin e kësaj situate rekomandojmë hapat e mëposhtëm:

- Krijimi i fondeve të posaçme në buxhetet e spitaleve për investime në teknologji.
- Ndërtimi i një rrjeti kompjuterik për të gjithë sistemin shëndetësor publik, ku të kenë mundësi aksesit të gjithë mjekët. Kjo ndihmon në eliminimin e radhëve të gjata të pritjes prapa dyerve të mjekëve me fleta në duar, me shkrim dore. Një rrjet kompjuterik dhe sistem i integruar ju vjen në ndihmë mjekëve, infermierëve, menaxherëve, koordinatorëve dhe përdoruesit fundor të shërbimeve, pacientit!
- Nevoja e kryerjes së hulumtimeve dhe evidentimi i aparaturave mjekësore të fundit në lidhje me diagnostikimin dhe kurimin e sëmundjeve.

- Investimi në blerjen e këtyre aparaturave fillimisht për departamentet prioritare që shfaqin rrezikshmëri për jetën e pacientëve.

Ekspertiza mjekësore

- Mjekët përbëjnë hallkën kryesore dhe më të fortë të një sistemi shëndetësor, ndaj një prioritet i politikave të zhvillimit të sistemit duhet të jetë vëmendja dhe investimi tek profesionistët e shëndetësisë.
- Krijimi i grupeve të ndryshme të ekspertëve dhe mbledhjeve periodike për ndarjen e eksperiencave mjekësore dhe rasteve të vështira.
- Organizimi i mbledhjeve periodike të stafit menaxhues me stafin mjekësor me qëllim evidentimin e mangësive të sistemit shëndetësor.
- Trajnimi i stafit mjekësor në lidhje me praktikat më të fundit për trajtimet mjekësore të pacientëve sipas kategorisë së sëmundjes.
- Ofrimi i programeve të certifikimeve të ndryshme bazuar në specialitetin mjekësor për çdo mjek në sistem shëndetësor.

Vendosja e pacientit në qendër të çdo politike menaxhuese

- Është e nevojshme që nevojat shëndetësore të popullatës të kuptohen më mirë me qëllim caktimin e prioriteteve për çdo shërbim që do ofrohet. Kjo mund të realizohet nëpërmjet analizimit më të mirë të të dhënave të marra nga qendrat shëndetësore, si pika e parë e kontaktit me pacientët.
- Autoritetet lokale duhen përfshirë më tepër në identifikimin e nevojave të pacientëve, i cili mund të realizohet duke rritur shkallën e përgjegjësisë së autoriteteve
- Adresimi i problemeve shëndetësore prioritare nënkupton integrimin e ndërhyrjeve komunitare dhe individuale. Një mënyrë është duke krijuar grupe interesi dhe më pas trajnimi mbi vetë-menaxhimin e sëmundjeve nga pacientët. Kjo gjë nënkupton që pacienti të kontaktoj me mjekun sa herë është e nevojshme.

Krijimi i një sistemi shëndetësor mbështetës

- Menaxherët e institucioneve shëndetësore duhen trajnuar me qëllim rritjen e shkallës së vendimmarrjeve të përgjithshme, menaxhimin e buxheteve, burime njerëzore dhe investimin në infrastrukturë
- Rritjen e pagesës për orë për mjekët specializantë
- Modifikimi i rregullores për çdo kategori institucionesh shëndetësore duke modifikuar dhe i përshtatur sipas zonave (rurale apo urbane) ku ata operojnë.

Por edhe duke përmirësuar politikat e brendshme dhe trajnimin e stafit, cilësia e shërbimit të ofruar varet dhe nga kushtet sociale dhe gjeografike.

Në sektorin privat, spitalet përballen me sfida shumë të mëdha në lidhje me plotësimin e nevojave të pacientëve. Spitale dhe klinikat private janë zgjedhje dytësore apo suplementare për të marrë shërbimin që mungon apo nuk ofrohet në institucionet shëndetësore publike.

Ndryshe nga spitalet publike, ato private kryejnë vlerësime të shpeshta të cilësisë së shërbimit, dhe kanë gjithnjë një pyetësor e një kënd ku pacientët mund të shprehin përshtypjet e tyre. Stafi mjekësor dhe jo mjekësor dhe menaxherët e spitaleve private duhet të përmbush gjithnjë pritshmërinë e lartë të pacientëve që shkojnë për marrë shërbime shëndetësore. Nga rezultatet e punimit vlerësimi i pacientit për këto spitale nuk është në nivele të kënaqshme. Pacientët shprehin se raporti i cilësisë së shërbimit që ofrohet në raport me koston e shërbimit mjekësor është i ulët. Përsa i përket elementëve të tjerë, spitalet private dhe struktura menaxhuese e tyre duhet të shërbejë si shembull për tu ndjekur nga institucionet shëndetësore publike.

Rekomandimet për përmirësime në sektorin privat janë si mëposhtë:

- Ofrimi i shërbimit në kohën e premtuar dhe të duhur. Edhe pse kjo gjë nuk është gjithnjë e realizueshme në institucionet shëndetësore për shkak të natyrës së sektorit dhe të papriturave të shumta, spitalet private duhet të ofrojnë shërbimin në kohën e

premtuar. Duhet shmangur vonesat pasi është vënë re që krijojnë pakënaqësi tek individët

- Stafi mjekësor duhet të përcjellë siguri dhe besueshmëri ndaj pacientit nëpërmjet krijimit të një marrëdhënie ndërpersonale me pacientët për të shmangur krijimin e idesë se referimet e mjekëve në spitale private janë fiktive dhe për arsye përfitimi financiar. Profesionit i mjekut karakterizohet nga humanizmi, ai duhet të ndjekë pacientin deri në rikuperimin e plotë të tij.
- Nëse stafi përgjigjet me mirësjellje duke plotësuar me përpikëri të gjitha hapat në ofrimin e shërbimit, vlerësimi i pacientit do të rritet.

Bibliografia

1. Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M., (2002), Hospital Staffing, Organization and Quality of Care;
2. Anderson, L.A., Zimmerman, M.A., (1993), Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction. Patient Education and Counseling;
3. Barr, J., Banks. (2002), Public Reporting of Hospital Patient Satisfaction: A review of Survey Methods and Statistical Approaches, prepared for the Rhode Island Department of Health, Health Quality Performance Measurement and Reporting Program, by Qualidgm, Middletown, Connecticut;
4. Bates, D.W., Cohen, M.S., Leape, L.L., Overhage J.M., Shabot, M.M., Sheridan, T., Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. Jam Med Inform Assoc. 2001;8;299-308;
5. Bodenheimer, T. (2008), Coordinating care - a perilous journey through the health care system." New England Journal of Medicine 358(10): 1064-1071;
6. Boerma, W., Kringos, D., (2015), Building primary care in a changing Europe;
7. Boerma, W.G.W., Fleming, D.M., (1998), The role of general practice in primary health care. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe;
8. Boerma, W.G.W., Van der Zee J., Fleming. DM., (1997), Service profiles of general practitioners in Europe. British Journal of General Practice;
9. Boller, C., Wyss, K., (2003), Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organization;
10. Chang, J.T., Hays R.D., Shekelle P.G., (2006), Patient's global rating of their health care is not associated with the technical quality of their care. Journal of General Internal Medicine;
11. Cheng, S.H., Yang M.C., Chiang T.L., (2003), Patient Satisfaction and Recommendation of as Hospital: Effects of Interpersonal and Technical Aspects of Hospital Care;
12. Clarke, S.P., (2004), International collaborations in nursing research: The experience of the International Hospital Outcomes Study;
13. Coalition for Sustainable Democracy (2014): Monitoring of the primary health care system in Albania. Tirana;
14. Coiera, E., Jayasuriya, R., Hardy, J., Bannan, A., Thorpe, MEC, Communication loads on clinical staff in the emergency department;

15. Coyle, J., (2010), Exploring the meaning of dissatisfaction with Health Care. The importance of personal identity threat;
16. Donabedian, A., (1987), Five essential questions frame the management of Quality in Health Care. *Health Management Quarterly*. *International Journal of Quality in Health Care*;
17. Donabedian, A., (1988), The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260 (12);
18. Donabedian, A., (1990), The seven pillars of quality;
19. Dr. Beci, A., Dr. Belishova, A., Kola A., Kush paguan. *Financimi shërbimeve shëndetësore në Shqipëri*;
20. Edward A., & Elwyn G., (2001), Understanding risk and lesson for clinical risk communication about treatment preference. *International Journal for Quality in Health Care*;
21. Fitzpatrick, R., (1991), Surveys of patient satisfaction I: Important General Considerations, *BMJ*, 302 (6781), 887-9;
22. Fletcher, R.H, (1984). Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Medical Care*, 22:403–411;
23. Foundation for sustainable development (2014): Quality as the missing link between access to healthcare and improved patient outcomes. *Express Newsletter*;
24. Gulmans J.M., Vollenbroek-Hutten, & Van Gemert-Pijen, (2008), Evaluating patient care communication in integrated care settings: Application of a mixed method. *International Journal for Quality Satisfaction*. *International journal for quality in health care*;
25. Hall, J., A., Doman, M., C., (1990), Patient Sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7);
26. Hofmarcher, M., Oxley, H., Rusticelli, E., (2007), Improved health system performance through better care coordination;
27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241609/>
28. Hulka, B., Zyzanski, S.J., Cassel, J.C., (1974), Scale for the measurement of "satisfaction" with medical care: modifications in content, format and scoring;
29. Hulka, B., Zyzanski, S.J., Cassel, J.C., and Thompson, S.J., (1970), Scale for the Measurement of Attitudes toward Physicians and Primary Medical Care;
30. Hung, D.Y., (2007), improving the delivery of preventive care services. *Managed Care Interface*, 20:38–44;

31. Instituti i Shëndetit Publik (2014): Raporti Kombëtar i Shëndetit – Gjendja shëndetësore e popullsisë në Shqipëri. Tirana;
32. Instituti i Statistikave INSTAT <http://www.instat.gov.al/>;
33. Johansson Peter, Magnus Oleni, Fridlund Bengt, (2002), Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: Linköping University, Sweden. Scan journal caring science;
34. Kidd, J., Patel, V., Peile, E., Carter, Y., (2005), Clinical and communication skills, British Medical Journal, 330(7488);
35. Kuhn, K.A., Guise, D.A., From hospital information systems to health information systems: problems, challenges, perspectives. Methods Inf Med. 2001;40:275-87;
36. Lafortune, G., Balestat, G., (2007), Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications;
37. Lee, A., (2007), Improving health and building human capital through an effective primary care system. Journal of Urban Health, 84:i75–i85;
38. Leiyu Shi, (2008). Health services research methods, 2nd edition. Design in health services research, New York, USA;
39. Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., Mossialos, E., (2009), Primary care in Europe;
40. Matthys, B., (2013), Assessment of quality of care in primary health care facilities in two pilot regions of project Sino. Study report. Basel: Swiss TPH;
41. Mechado j. Pinto: Un novo concito de saude, rev. Ass. Med. Minagerais, 1969, from: effectiveness and cost in public health, 2/5 may, 1970;
42. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale www.shendetesia.gov.al/;
43. Ministry of Health Albania/USAID (2014): Basic Package of Services in Primary Health Care. Tirana;
44. Monitoring of the primary health care system in Albania. Washington (DC): United States Agency for International Development; 2014;
45. Organizata Botërore e Shëndetësisë, raporti 2008;
46. Organizata Botërore e Shëndetësisë, raporti 2011;
47. Organizata Botërore e Shëndetësisë, raporti 2014;
48. Paketa e shërbimeve bazike shendetesore (2009), Tirana: Ministria e Shendetesise dhe Mbrojtjes Sociale te Shqiperise;
49. Parchman, M.L., Culler, S., (1994), Primary care physicians and avoidable hospitalizations, Journal of Family Practice, 39:123–128;
50. Primary healthcare in Albania; Rapid Assessment, WHO 2018;

51. Raporti vjetor FSDKSH;
https://www.fsdksh.com.al/images/2019/Botime_09092019/Raport_Vjetor_2018_09092019/RaportiVjetor2018Shqip15112019Rz.pdf;
52. Rogers, W., Veale, B., (2003), Primary Health Care and general practice, A scoping report;
53. Roland, M., Marshall, M., (2004), Measuring the quality of primary medical care. Oxford, Oxford University Press: 464–469;
54. Sans-Corrales M., (2006), Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs;
55. Sen, A., (1999), Development as Freedom, New York: Alfred Knopf;
56. Shi (2003), Franks, (1998), Villalbi (1999), PAHO (2005) Weinick, 2000; Forrest, (1998), Continuity of care; evidence of its contribution to quality of care and better outcomes. Lower all-cause mortality;
57. Simoens, S., Giuffrida, A., (2004), The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. Applied Health Economics and Health Policy;
58. Starfield, B., (1992), Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press;
59. Starfield, B., (1994), Is primary care essential?, The Lancet;
60. Stefa, J., Bara, P., Roshi, E., Burazeri, G., Shëndeti Publik;
61. Strasser, S., Davis, R., (1999), Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press;
62. Strategjia kombëtare e shëndetësisë 2016-2020, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale;
63. Strengthening people – centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016;
64. Tamburlini, G., Siupsinkas, G., Bacci, A., for the maternal and neonatal care quality assessment-working group. Quality of Maternal and Neonatal Care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: A systematic standard- based participatory assessment;
65. The global burden of disease, GBD 2010;
66. Treguesit e shendetit publik, INSTAT, 24.07.2019;

67. Valentine, N., Darby, C., (2008), Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of 'health systems responsiveness' in 41 countries;
68. van Doorslaer, E., Masseria, C., (2006), Inequalities in access to medical care by income in developed countries." CMAJ 174(2): 177-183;
69. Ware, J., A. Davies-Avery and A. Stewart (1978), The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction, Health and Medical Care Services Review, 1: (January/February): 2-15;
70. Wass, A., (1995), Promoting Health: the primary health care approach. Sydney: WB Saunders, Bailliere Tindall, Harcourt Brace and Company;
71. Weiss, (1996); Rosenblatt, (1998); Freeman, (1997); Miller (2000), Increased satisfaction with services;
72. WHO (2011). Service Availability and Readiness Assessment. Geneva;
73. WHO assessment report on implementation of the screening programme "Primary care for citizens aged 45-60 in Albania". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015;
74. WHO assessment report. Strengthening primary health care for earlier detection and management of noncommunicable diseases in Albania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017;
75. World Bank, (2007), Shqiperia, Zhvillimi urban, migrimi dhe ulja e varferise;
76. World Health Organisation, (1978), Alma-Ata, Primary Health Care. Report of the International Conference, Alma-Ata. Geneva: WHO;

SHTOJCA:

Tabela 11: Mosha e të anketuarve

Result	Count	%
18-30	134	55%
30-45	53	22%
45-60	25	10%
>60	7	3%
Pa përgjigje	23	10%

Tabela 12. Gjinia e të anketuarve

Result	Count	Value in %
Femër	155	64%
Mashkull	78	32%
Pa përgjigje	9	4%
Total Pergjigje	242	

Tabela 13. Niveli arsimor i të anketuarve

Result	Count	Value in %
Arsim 8 - vjeçar	6	2%
Arsim i mesëm	22	9%
Arsim i lartë	169	70%
Arsim pasuniversitar	31	13%
Pa përgjigje	14	6%
Total Përgjigje	242	

Tabela 14. Insitucioni shëndetësor ku është marrë shërbimi

Result	Count	Value in %
Institucion shëndetësor publik	161	67%
Institucion shëndetësor privat	79	33%
Pa përgjigje	2	1%
Total Përgjigje	242	

Tabela 15. Periudha e marrjes së shërbimit shëndetësor

Result	Count	Value in %
6 muaj më parë	115	48%
1 vit më parë	56	23%
1,5 vite më parë	24	10%
2 vite më parë	35	14%
Pa përgjigje	12	5%
Total përgjigje	242	

Tabela 16. Vlerësimi i pacientëve për shërbimin mjekësor të ofruar në institucionet shëndetësore

Lloji i spitalit	5	4	3	2	1
Publik	13%	41%	12%	29%	5%
Privat	29%	47%	8%	10%	6%

Tabela 17. Kriza në sistemin shëndetësor sipas spitalit ku është marrë shërbimi

Lloji i spitalit	5	4	3	2	1
Publik	37%	35%	10%	15%	2%
Privat	35%	42%	9%	10%	4%

Tabela 18. Departamentet mjekësore ku janë marrë shërbimet

Result	Count	Value in %
Pediatri	3	1%
Gjinekologji	10	4%
Kirurgji	2	1%
Okulistike	6	2%
ORL	8	3%
Ortopedi	2	1%
Kardiologji	3	1%
Alergologji	3	5%
Pneumologji	2	1%
Urologji	5	2%
Nefrologji	0	0%
Onkologji	1	0%
Check-up	5	2%
Neurologji	1	0%
Hematologji	3	1%
Dermatologji	1	0%
Gastrologji	2	1%
Andrologji	1	0%
Kirurgji plastike	1	0%
Pa përgjigje	183	76%
Total përgjigje	59	24%

Tabela 19. Shërbimi mjekësor i ofruar në institucion shëndetësor është i përkryer sipas institucionit ku është marrë shërbimi

Lloji i spitalit	5	4	3	2	1
Publik	3%	17%	16%	45%	19%
Privat	8%	27%	19%	38%	8%

Tabela 20. Shërbimi mjekësor mund të merret në cdo kohë në varësi të institucionit shëndetësor

Lloji i spitalit	5	4	3	2	1
Publik	7%	34%	14%	33%	12%
Privat	15%	32%	19%	23%	11%

Tabela 21. Kosto e shërbimit shëndetësor në varësi të institucionit ku ofrohet shërbimi

Lloji i spitalit	5	4	3	2	1
Publik	31%	40%	10%	15%	3%
Privat	46%	33%	8%	11%	3%

Tabela 22. Kosto e shërbimit mjekësor është e arsyeshme në varësi të institucionit ku ofrohet shërbimi

Lloji i spitalit	5	4	3	2	1
Publik	3%	17%	14%	23%	9%
Privat	3%	7%	4%	15%	3%

Tabela 23. Shërbimi shëndetësor kushton shtrenjtë dhe largohem pa e marrë atë

	5	4	3	2	1
Publik	16%	15%	12%	18%	4%
Privat	5%	12%	5%	7%	2%

Shembull i pyetësorit të plotësuar nga të anketuarit.

Pyetësor Nr.____

Data: _____

Informacione të përgjithshme				
Mosha:	18 - 30;	30 - 45;	45 - 60;	> 60;
Gjinia:	Femër;	Mashkull;		
Arsimi:	8 vjeçar;	I mesëm;	I lartë;	Pas universitar;
Hera e fundit që keni marrë një shërbim mjekësor:	6 muaj më parë;	1 vit më parë;	1,5 vite më parë;	2 vite më parë;
Institucioni shëndetësor ku keni marrë shërbimin:	Publik;		Privat;	
Departamenti:				

A. Cilësia e shërbimit mjekësor të ofruar në institucionin mjekësor;	Shumë dakord 5	Dakord 4	I paqartë 3	Nuk jam dakord 2	Aspak dakord 1
1.Jam shumë i kënaqur nga shërbimi mjekësor i marrë					
2.Shërbimi mjekësor i marrë në spital ishte thuajse i përkryer					
3.Mjekët duhet të thellohen më shumë në trajtimin tim					
4.Unë mund të marr shërbim mjekësor në çdo kohë					
5.Nuk jam i kënaqur me shërbimin mjekësor të marrë					
6.Ka elementë që duhet të përmirësohen në sistemin tonë shëndetësor					
7.Është shumë e lehtë të marrësh ndihmë mjekësore në Urgjencë					
8.Sistemi shëndetësor në Shqipëri është në krizë					

B. Mundësitë financiare	Shumë dakord 5	Dakord 4	I paqartë 3	Nuk jam dakord 2	Aspak dakord 1
--------------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------	-------------------------	-----------------------

1.Shpeshherë më duhet të paguaj kosto të lartë për të marrë shërbim mjekësor					
2.Kam besim se mund të marr shërbim të mirë mjekësor edhe pa paguar shumë					
3.Ndonjëherë e kam të vështirë për të paguar vizitën					
4.Kosto e shërbimit mjekësor është e arsyeshme					
5.Ndonjëherë largohem nga spitali pa marrë shërbimin e nevojshëm pasi kushton shtrenjtë					
6.Më duhet të paguaj më shumë seç mund të përballoj për shërbimin mjekësor					
C. Komunikimi i personelit mjekësor	Shumë dakord 5	Dakord 4	I paqartë 3	Nuk jam dakord 2	Aspak dakord 1
1.Doktorët të informojnë rreth arsyeve se pse duhet të kryesh analiza mjeksore					
2.Doktori që më kuroi duhet të tregonte më shumë respekt ndaj meje					
3.Gjatë vizitës mjekësore, unë mund të shpreh lirshëm opinionin tim					
4.Doktorët përdorin termat mjekësore pa mi shpjeguar ato					
5.Mjekët janë vërtetë të kujdesshëm dhe humanë					
6.Ndonjëherë doktorët më bëjnë të ndjehem i/e paditur					
7.Doktorët sillen në mënyrë objektive me mua					
8.Doktorët sillen në mënyrë miqësore me pacientët					

9.Mjekët nxitojnë të përfundojnë sa më shpejt trajtimin tim					
10.Doktorët injorojnë ato çfarë unë them					
11.Doktorët duhet të kujdesen më shumë për privatësinë time gjatë konsultës					
12.Nëse kam ndonjë paqartësi, unë mund ti drejtohem doktorit pa asnjë lloj pengese					
13.Doktorët më këshillojnë shumë rrallë se si mund të parandaloj sëmundjet dhe të jem sa më i shëndetshëm					
14.Doktorët dëgjojnë me vëmendje se çfarë them					

D.Akcesi; disponueshmëria	Shumë dakord 5	Dakord 4	I paqartë 3	Nuk jam dakord 2	Aspak dakord 1
1.Më duhet të pres gjatë për të marrë shërbim mjekësor					
2.Është e vështirë të marrësh shërbim mjekësor pa lënë takim paraprakisht					
3.Oraret e qendrave mjekësore janë të përshtatshme për mua					
4.Në institucione mjekësore njerëzit presin kohë të gjatë për të marrë shërbimin e nevojshëm					
5.Institucioni mjekësor ku unë trajtohem duhet të qëndroj hapur më shumë kohë					
6.Unë mund të takoj mjekët specialistë shumë lehtë					
7.Spitalet janë shumë lehtë të aksesueshme					
8.Unë mund të marr shërbim mjekësor në çdo kohë					

E. Infrastruktura fizike dhe pajisjet mjekësore	Shumë dakord 5	Dakord 4	I paqartë 3	Nuk jam dakord 2	Aspak dakord 1
1.Stafi mjekësor që më trajton është njohës i teknikave mjekësore më të fundit					
2.Në zyrën e doktorit janë të gjitha pajisjet e nevojshme për të marrë një shërbim të plotë mjekësor					

F. Eksperiza mjekësore	Shumë dakord 5	Dakord 4	I paqartë 3	Nuk jam dakord 2	Aspak dakord 1
1.Ndonjëherë kam dyshime nëse diagnoza e dhënë nga mjekët është e saktë					
2.Gjatë konsultës mjekësore, stafi është i kujdesshëm ndaj detajeve					
3.Doktorët nuk më ekspozojnë ndaj rrisqeve të panevojshme					
4.Mjekët me të cilët jam konsultuar nuk kanë pasur eksperiencën e duhur për kurimin e problemeve të mia të shëndetit					
5.Doktorët bëjnë ç'është e mundur për të më dhënë siguri					
6.Kam dyshime rreth aftësisë së mjekëve për të më kuruar					
7.Doktorët e mi janë të aftë dhe të mirë trajnuar					