



**UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK**

PROGRAMI I DOKTORATURËS

DISERTACION

**PËR MBROJTJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”**

TEMA:

**VLERËSIMI I TEKNOLOGJISË SHËNDETËSORE DHE
REFORMA NË KUJDESH SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI**

Disertanti:

Gazment KODUZI

Udhëheqës Shkencor:

Prof. Bajram HYSA

Tiranë, 2013



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË

DISERTACION

i

PARAQITUR NGA

Z. GAZMENT KODUZI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

SPECIALITETI: MENAXHIM SHËNDETËSOR

TEMA:

**VLERËSIMI I TEKNOLOGJISË SHËNDETËSORE DHE
REFORMA NË KUJDESH SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI**

MBROHET ME DATE / / 2014 PARA JURISE:

1. _____ **KRYETAR**
2. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
3. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
4. _____ **ANËTAR**
5. _____ **ANËTAR**

Tabela e permbajtjes

1 : Shkurtime	5
2. Parathënie	6
3: Vështrim i përgjithshëm	7
3.1. Histori	7
3.2. Situata e kujdesit shëndetësor parësor deri në vitin 2006	9
3.3. Korniza konceptuale e analizës së financimit shëndetësor	11
3.3. Korniza konceptuale e Vlerësimit të Teknologjisë Mjekësore (VTM)	14
3.4. Fillimi i reformës në kujdesin shëndetësor parësor	17
4: Realizimi i studimit	20
4.1. Formulimi i problemit	20
4.2. Pyetjet e studimit	20
4.3. Metodologjia	20
4.4. Zgjedhja e mostrës	20
4.5. Instrumentat për mbledhjen e të dhënave	23
4.6. Metodat e mbledhjes e të dhënave	23
5 : Rezultatet	25
5.1. Demografia	25
5.2. Njohuritë e stafit mjekësor në lidhje me reformën e ndërmarrë në kujdesin shëndetësor parësor	36
5.3. Informimi i personelit mbi aktivitetin e QSH	40
5.4. Siguria dhe kënaqësia në punë	43
5.5. Njohuritë për reformën nga Drejtoret e Qendrave Shëndetësore	48
5.6. Opinioni i stafit mjekësor mbi funksionimin e QSh	53
5.7. Sistemi i Informacionit Shëndetësor	57
5.8. Ecuria e Performancës dhe Bonusit në qendrat shëndetësore të përzgjedhura	63
6 : Përfundime dhe diskutime	84
7 : Rekomandime	94
8 : Biblografi	95
9 : Aneksat	97
Aneksi 1 : Pyetsori për intervistimin e personelit shëndetësor	97
Aneksi 2 : Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 857 Datë 20.12.2006“Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”	103
Aneksi 3 : Kontrata e financimit ISKSH – QSh 2007	106
Aneksi 4 : Kontrata individuale e lidhur midis QSh dhe Mjekut	123
Aneksi 5 : Kontrata e financimit ISKSH – QSh 2008	129
ANEKSI 6 : Kontrata e financimit ISKSH – QSH 2010	134

ANEKSI 7 : Udhëzimi Nr. 4 Datë 24.04.2008 “Për pagesën bazuar në aktivitet dhe pagesa bonus tremujore”	166
ANEKSI 8 : Udhëzimi Nr. 4, Datë 21.04.2010“Për llogaritjen e pagesës mujore bazuar në aktivitet dhe pagës bonus tremujore të QSH REPUBLIKA E SHQIPERISE	173
ANEKSI 9 : Tabela e pagave e Mjekëve të familjes 2006-2010	186
ANEKSI 10 : Tabela e pagave e infermiereve 2006-2010	187

1 : Shkurtime

MSH – Ministria e Shëndetësisë
ISKSH – Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
VTM – Vlerësimi i Teknologjisë Mjekësore
DRSKSH – Drejtoria Rajonale e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
KSHP – Kujdesi Shëndetësor Parësor
QSH – Qendra Shëndetësore
DSHP – Drejtoria e Shëndetit Publik
ASHR – Autoriteti Shëndetësor Rajonal
MF – Mjeku i familjes
SISH – Sistemi i Informacionit Shëndetësor
VKM – Vendim i Këshillit të Ministrave
EMV – Edukimi Mjekësor në Vazhdim
FP – Formulari i vizitave (pacientit)
FPM – Formulari i Procedurave Mjekësore
HTA – Hipertension Arterial
TA – tensionin Arterial
OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

2. Parathënie

Kujdesi shëndetësor parësor është një nga sektorët më të rëndësishëm të sistemit shëndetësor të një vendi, si rrjedhim cdo ndërhyrje apo reformë në këtë sektor përbën interes të madh për të matur rezultatet e tyre.

Kujdesi shëndetësor parësor ashtu si gjithë sistemi shëndetësor në Shqipëri i është nënshtruar shumë ndërhyrjeve pjesore pas vitit 1992 kur ndryshoi sistemi politik. Reforma e ndërmarrë gjatë vitit 2007 në parësor është më kompleksja dhe me ndikim më të madh në sistemin shëndetësor për vetë dimensionet e saj: organizative, financiare dhe juridike.

Ky studim synon që ta fusë analizimin e reformës në kujdesin shëndetësor parësor në kornizën e një rryme të re, që ndikimi i saj sa vjen dhe rritet në fushën e politik bërjes, vlerësimi i teknologjisë mjeksore.

Ky studim synon që me gjetjet e tij të mund të kontribojë dhe ndihmojë sadopak aktorët kryesorë vendimmarrës në fushën e shëndetësisë në Shqipëri që të bëjnë politika bazuar në të dhëna.

Falenderoj për kontributin dhe ndihmën që më kanë dhënë gjatë gjithë procesit të studimit: mjekët e familjes dhe infermieret e kujdesit parësor që morën kohën e tyre dhe plotësuan pyetsorin, kolegët e ISKSH-së që më ndihmuan me të dhënat përkatëse për aktivitetin financiar dhe performancën.

Falenderoj Prof. Bajram Hysën për udhëheqjen dhe këshillat me vlerë gjatë gjithë studimit si dhe As. Prof. Elizana Petrela për ndihmën e dhënë në procesin e analizimit të të dhënave.

Falenderimi më i vecantë shkon për familjen time që më kanë mbështetur gjatë gjithë viteve të studimit në programin e doktoraturës.

3: Vështrim i përgjithshëm

3.1. Histori:

Pas Luftës së Dytë Botërore Shqipëria adoptoi tipare të rëndësishme të modelit ekonomik Sovietik, ku edhe Shëndetësia ishte pjesë e saj. Ministria e Shëndetësisë (MSH) luante rolin e politik bërëse, financuesit dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor. Sistemi shëndetësor shikohej si një nga degët më pak të rëndësishme “jo-produktive”. Institucionet shëndetësore, spitalet, farmacitë dhe prodhuesit farmaceutik ishin shtetëror, menaxhoheshin nga MSH dhe udhëhiqeshin nga planet shtetërore të detyruara. Sistemi shëndetësor ishte i organizuar sipas niveleve administrative të qeverisjes, me hierarki vertikale që zbret poshtë nga niveli kombëtar te departamentet shëndetësore të rretheve¹.

Buxheti i institucioneve shëndetësore ishte pasiv, në kuptimin që fondet e alokuara nuk mund të përdoreshin për të blerë mallra lirisht dhe ishin të varur nga planifikimi bazuar në indikatorë fizikë. Kërkesa për mallra dhe shërbime vazhdimisht kapërcente furnizimin, si rrjedhojë sillte mungesa. Ekonomia politike Marksiste-Leniniste ndikoi në vendosjen e shëndetit si prioritet. Në konceptin e dukshëm të saj ishte se të ardhurat kombëtare prodhoheshin nga degët produktive të ekonomisë, së pari industria dhe bujqësia, dhe konsumohej nga degët më pak të rëndësishme “jo-produktive”, që përfshinte shëndetësinë dhe kujdesin social².

Regjimi i mëparshëm komunist u rrëzua në zgjedhjet e Marst 1992, duke shkaktuar kolaps ekonomik dhe shqetësime sociale. Sistemi shëndetësor vuante mungesën e investimeve dhe të barnave. Indikatorët shëndetësore ishin më të këqijtë në Europë: Vdekshmëria foshnjore ishte: 41.4 / 1000 lindje të gjalla.

Në Shqipëri nuk kishte institucione financiare që mund të parandalonin shkatërrimin financiar të familjeve shqipëtare nga pasojat financiare të semundjeve si dhe të kryente funksionin e blerjes së shërbimeve shëndetësore për popullatën e mbuluar me sigurim shëndetësor. Për këtë qëllim në vitin 1995 u krijua Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH)³. ISKSH financohet nga kontributet e tatimit mbi pagën (3.4% e rrogave deri në një maksimum tri herë sa të ardhurat vjetore personale të tatueshme), kontributet nga të vetë-punësuarit dhe fermerët (midis 3% dhe 7% i pagës minimale, në varësi të kategorisë) dhe kontributeve nga buxheti për kategoritë e popullsisë vulnerable që mbulohen nga Qeveria. Popullsia që mbulohet nga Qeveria përfshin të gjithë fëmijët deri në moshën 16 vjec, nxënësve dhe studentëve pandërprerje nga puna, gratë me leje lindje, veteranët e luftës, pensionistët, të paaftët fizikë, të papunët dhe përfituesit e ndihmës sociale, pacientët me kancer, me tuberkuloz, personat që kryejnë shërbimin e detyrueshëm ushtarak.

Gjatë viteve të para të '90 reformat e thella ekonomike dhe shëndetësore u shoqëruan edhe me reformat të tjera në organizimin dhe decentralizimin e pushtetit lokal,

¹ WHO, Observatory studies series 21, 2010

² Kornai J (1992), The socialist system : The political economy of communism. Oxford, Clarendon press

³ Ligji mbi Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, Nr.7870, Datë 13.04.1994, miratuar me Dekret Nr. 950 Datë 25.11.1994

autorizuar nga Ligji⁴ i vitit 1992 i cili coi në krijimin e 12 qarqe të cilat përfshijnë 36 rrethe, 65 bashki dhe 309 komuna. Edhe sektori i shëndetësisë ndjek të njëjtën nëndarje në nivel prefekturë dhe rrethi. Secila prefekturë përfshin 3 ose 4 rrethe të cilët janë përgjegjës për administrimin e spitaleve, të poliklinikave dhe të qendrave shëndetësore (QSh) parësore përmes Drejtorive të Shëndetit Publik (DSHP) në qark dhe në rreth, të cilët janë në varësi të MSH. Ministria e Shëndetësisë është ofruesi kryesor i shërbimit shëndetësor. Shërbim shëndetësor ofrojnë edhe Ministria e Mbrojtjes dhe e Drejtësisë, për një numër të kufizuar personash dhe kapacitete të kufizuara. Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP) i ngritur para vitit '90 ishte i orientuar në drejtim të shëndetit të nënës dhe fëmijës përmes një rrjeti mbarëkombëtar qendrash shëndetësore dhe ambulancash. Megjithë këtë rrjet të përhapur institucionesh dhe ofruesish në KSHP, përpara ndërrimit të sistemeve, sistemi i kujdesit shëndetësor në vend ishte i orientuar kryesisht drejt kujdesit dytësor. Kujdesi shëndetësor parësor ofrohet përmes një rrjeti qendrash shëndetësore dhe ambulancash, dhe kujdesi i specializuar plotësohet nga poliklinikat në qendrat e rretheve. Të gjitha strukturat e ofrimit të kujdesit parësor janë nën administrimin e MSH, përveç Qarkut të Tiranës, ku është ngritur Autoriteti Shëndetësor Rajonal (ASHR) i Tiranës si një projekt pilot për decentralizimin e organizimit dhe menaxhimit të KSHP.

Në vitin 1997 MSH hartoi një politikë për KSHP duke synuar vendosjen e një ambulance në çdo fshat dhe një qendër shëndetësore në çdo qendër komune, si dhe plotësimin e ekipeve mjeksore me mjek familje (MF). Kujdesi parësor dhe vizitat ambulatorie në kujdesin spitalor ofroreshin në ambulancë, qendra shëndetësore dhe poliklinika specialistësh. Në QSh janë punësuar mjek familje sipas normave të përcaktuara, 1 mjek për 1700-2500 banorë në zonat rurale, si dhe 1 mjek për 2000-3000 banorë në zonat urbane. Për personelin e mesëm nuk kishte një normativë të caktuar, por kishte të paktën 1 infermiere në çdo fshat, pamvarësisht numrit të banorëve. Mjeku i familjes në QSh presupozohet të luajë rolin e “portierit” për sistemin shëndetësor. Banorët që kanë shqetësime shëndetsore apo kanë nevojë për konsultime të ndryshme, duhet të marrin kontakt paraprakisht me mjekun e familjes, dhe pastaj ai e referon sipas nevojave, nëse është e nevojshme. Personat që kanë nevojë për kujdes shëndetësor e kërkojnë në nivelet më të larta se KSHP, ku gjejnë kujdes të cilësisë më të lartë, pajisje më të mira dhe numër më të madh shërbimesh. Problemet që detyrojnë banorët të anashkalojnë KSHP përfshijnë: mungesën e pajisjeve, të barnave dhe materialeve mjeksore për rastet e urgjencës, personel mjeksor i patrajnuar, mungesë të ambjenteve të përshtatshme, si dhe kushte të këqija fizike të ambulancave dhe qendrave shëndetësore⁵.

Financimi i shëndetësisë mbetet i copëzuar dhe përgjegjësitë e financimit kanë ndryshuar shpesh gjatë viteve 2000-2006.

Në Tabelën Nr.2.1 janë përshkruar përgjegjësitë dhe segmentimi i financimit të sistemit shëndetësor në vend.

⁴ Ligji mbi Organizimin dhe Funkcionimin e Pushtetit Lokal, Nr. 7572, Datë 10.06.1992

⁵ ACHO 2003:Shikimi I shëndetësisë në nivel vendor: rezultatet e një vlerësimi cilësor me palët e interesuara në Shqipëri. Raporti përfundimtar

Tabela Nr.3.1: Përgjegjësitë e financimit të sektorit publik në Kujdesin Shëndetësor

	Ministria e Shëndetësisë	Ministria e Mbrojtjes	Pushteti vendor	ISKSH
Kujdesi parësor dhe shëndeti publik	-Pagat e personelit, duke përfshirë mjekët e familjes dhe personelin në Qarkun e Tiranës -Kostot operative me përjashtim të Qarkut të Tiranës		-Investime në objektet e kujdesit parësor dhe mirëmbajtja e objekteve përmes granteve të pushtetit qëndror	-Pagat e mjekëve të familjes -KSHP në qarkun e Tiranës
Kujdesi spitalor	-Të gjitha shpenzimet, përveç spitalit të Durrësit dhe Ushtarak	-Spitalin Ushtarak		-Spitalin e Durrësit -12 ekzaminime të shtrenjta në nivelin terciar
Barna me recetë me rimbursim				-Rimbursim për përfituesit e skemës së ISKSH

3.2. Situata e kujdesit shëndetësor parësor deri në vitin 2006⁶

Shpërndarja e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës në KSHP nuk ishin përshtatur nevojave të popullsisë. Pas vitit 1990 Shqipëria u përfshi nga migracion dhe emigracion masiv, që së bashku me dëmtimin e qendrave shëndetësore në fillim të viteve 1990, kanë lënë një rrjet shërbimesh që nuk përshtatet me nevojat shëndetësore të popullsisë. Investimet e kryera për rehabilitimin e shumë qendrave shëndetësore duket se janë bërë pa ndonjë analizë të nevojave të popullsisë për shërbime shëndetësore në një zonë të caktuar si dhe përshtatshmëria e vendndodhjes.

Për shkak të cilësisë së ulët të perceptuar nga ana e pacientëve, është i përhapur fenomeni i shmangies së kujdesit në parësor dhe kërkimi i kujdesit në poliklinika apo në kujdesin ambulator të spitaleve edhe për nozologji që mund të zgjidhen nga mjeku i familjes. Kjo çon në një përdorim të ulët të qendrave të kujdesit parësor dhe si rrjedhim produktivitet të ulët të personelit të tij.

Cilësia e ulët e kujdesit shikohet përmes fenomenit të shmangies së tij, dhe shkuarjes direkt te specialistët. Përgatitja e ulët profesionale, mungesa e barnave dhe pajisjeve në QSh, infrastruktura e dobët, mungesa e një liste formale të shërbimeve që pacienti duhet të marrë pranë QSh, shikohen si arsye që shtyjnë popullatën që të anashkalojnë nivelin parësor dhe të drejtohen pranë poliklinikave dhe spitaleve. Mungesa e standarteve të cilësisë dhe protokollet klinike të papërgatitura, përbëjnë mungesën e një baze për matjen dhe përmirësimin e cilësisë. Mungesa e stimuljeve ndaj ofruesve

⁶ Raporti I Bankës botërore 2006

për t'i motivuar që të ofrojnë shërbim sa më cilësor, nuk ka ndikuar në përmirësimin e cilësisë.

Financimi i fragmentarizuar i sistemit shëndetësor dhe përcaktimi i paqartë i përgjegjësiwe financuese sidomos në kujdesin parësor, ka sjellë mungesë të përgjegjësiwe për performancën dhe cilësinë e shërbimeve të ofruara në QSh. Financimi i shërbimit parësor është i fragmentizuar në mënyrë të tillë që MSH paguan për mallrat dhe shërbimet, pagat e infermiereve, ndërsa ISKSH paguan pagat e mjekëve të familjes dhe rimbursimin e barnave që jepen me recetë me rimbursim në kujdesin parësor dhe atë terciar për diagnozat e shtrenjta, psh Insuficencia renale kronike. Gjithashtu, një pjesë e shpenzimeve operative kryesisht në zona rurale mbulohet nga pushteti lokal. Si pasojë e burimeve financiare të ardhura nga institucione të ndryshme, edhe llogaridhënia është e paqartë në kujdesin shëndetësor parësor. Gjithashtu, financimi i kujdesit shëndetësor bazuar në inpute nuk jep motivim për ofruesit e shërbimit për të përmirësuar cilësinë e kujdesit, si rrjedhim të prodhojë më shumë shëndet në popullatën që shërben. Por, edhe shpërndarja e burimeve financiare dhe njerëzore nuk është e barabartë në sistemin e financimit bazuar në inpute.

Për të konsoliduar arritjet në kujdesin shëndetësor parësor, duhen ndryshime rrënjësore në mënyrën e financimit, shpërndarjes dhe organizimit të tij. Për të përmirësuar efikasitetin në mobilizimin dhe shpërndarjen e burimeve financiare dhe për të siguruar përgjegjësi maksimale nga ana e institucioneve financuese dhe ofruesve të shërbimit mjeksor, të gjitha burimet financiare, fondet që vijnë nga buxheti dhe ato nga kontributi për sigurimet shëndetësore, duhet të grumbullohen në një fond (ISKSH), i cili do të blejë kujdesin shëndetësor nga ofruesit e kujdesit shëndetësor në emër të popullatës së siguruar.

Përmirësimi në dhënien e shërbimeve shëndetësore është i lidhur me përmirësimin e menaxhimit klinik dhe krijimin e stimuljeve për ofruesit e shërbimeve. Në sistemin aktual të financimit bazuar në input, ofruesit e shërbimit nuk kanë asnjë motivim për përmirësimin e cilësisë dhe rritjen e efikasitetit të kujdesit shëndetësor. Pamvaresisht se sa mirë apo keq performonte një punonjës, shkonte apo nuk shkonte në punë cdo ditë, popullata që mbulonte me kujdes ishte më e shëndetshme apo jo, të ardhurat e tyre nuk ndyshonin, ishin konstante. Kështu, futja e pagesës për punonjësit e shëndetësisë bazuar në performancën e tyre, të matur përmes indikatorëve të mirëpërcaktuar, do të rriste përpjekjet e tyre për një shërbim më cilësor.

Përgjegjshmëria në kujdesin parësor është e dobët për arsye se përgjegjësitë nuk ishin përcaktuar qartë, mungonin standartet e duhura të performancës dhe sistemi i monitorimit. MSH vazhdon të luajë rolin si ofrues dhe financues i shërbimeve, duke mos u fokusuar në rolin politik bërës dhe monitorues. ISKSH financon vetëm një segment të kujdesit parësor, mjekët e familjes, duke mos qënë financues i gjithë sektorit, gjë që sjell paqartësi në shërbimet që jepen në nivel qendër shëndetësore. Gjithashtu, personeli shëndetësor duhet të ketë autonomi më të madhe në organizimin sa më efektiv të aktivitetit në QSh, me qëllim përmirësimin e performancës të vlerësuar sipas standarteve të parapërgatitur. Për të përmirësuar këtë situatë duhej që kuadri ligjor të përcaktonte qartë funksionet dhe përgjegjësitë e secilit aktor.

Kishte mungesë të sistemeve të informacionit përmes të cilëve të bëhet monitorimi i performancës, transparenca në aktivitetet, matja e indikatorëve për financimin e shërbimeve bazuar në output. Me qëllim që ISKSH të luante rolin e ri dhe të planifikonte dhe financonte më mirë KSHP, duhej të mblidhte informacion mbi aktivitetin, shpenzimet financiare dhe popullatën e mbuluar prej tyre.

3.3. Korniza konceptuale e analizës së financimit shëndetësor

Raporti botëror i shëndetit në v.2000⁷ identifikon katër funksione të sistemit shëndetësor : shërbimi, investimi në burimet njerëzore dhe kapitale, dhënia e shërbimeve dhe financimi shëndetësor.

Vetë financimin shëndetësor e përshkruan të përbërë nga 4 nën-funksione dhe politika: mbledhja e të ardhurave, grumbullimi i fondeve, blerja e shërbimeve, dhe politikat për përcaktimin e përfitimeve dhe shkallën e tyre.

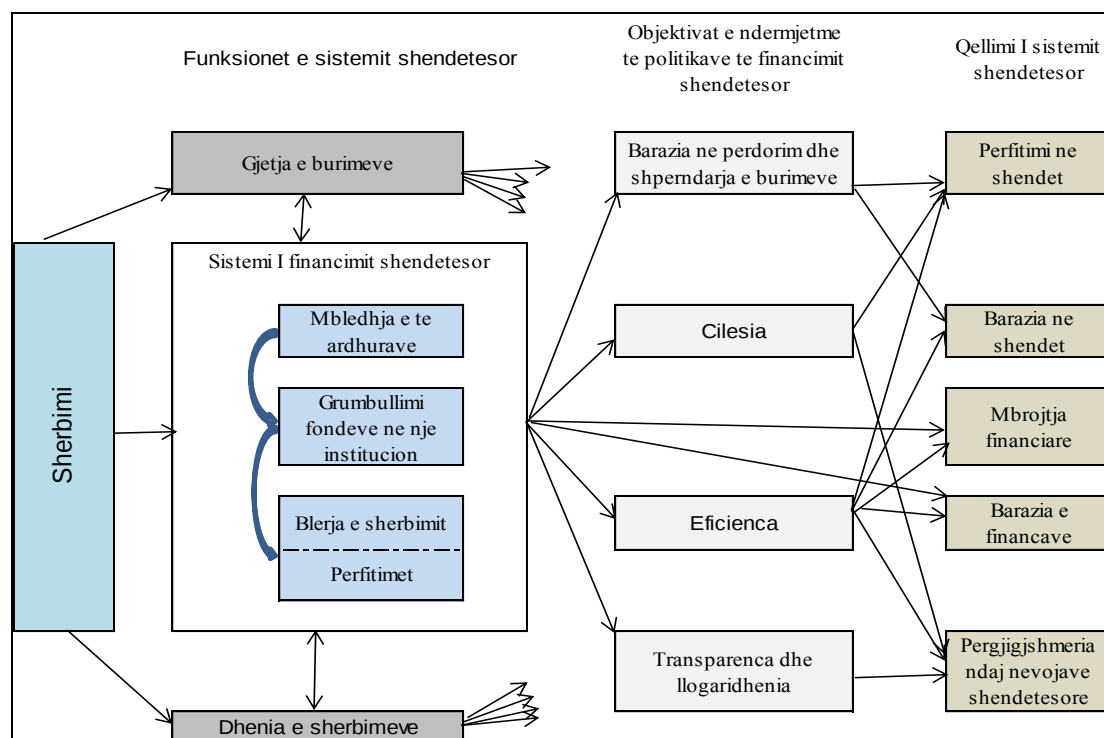


Figura Nr.1 : Drejtimit e reformës së financimit në Shqipëri

Kjo skemë (Figura Nr.1) është përdorur për të përshkruar dhe analizuar “pikën nisëse” të sistemeve shëndetësore para-tranzicionit dhe reformat e ndryshme që vendet ish-socialiste kanë kryer në mënyrë konsistente, pamvarësisht modelit apo emrit (si Beverixh dhe Bismark) që kanë zbatuar. Emrat Beverixh apo Bismark mund të jenë të dobishme të përcojnë kuptim politik të rëndësishëm ose të reflektojnë një kontekst kultural në të cilin sistemi shëndetësor është konsideruar një “mënyrë jetese”⁸. Në Shqipëri, ashtu si edhe në vendet e tjera ish-socialiste, etiketimi i reformës si një ndryshim drejt “sistemit të sigurimit” është përdorur për të dhënë mesazhin e ndryshimit nga sistemi i mëparshëm shëndetësor dhe ekonomik i kontrolluar në mënyrë hierarkike. Modelet janë përcaktuar kryesisht nga burimi i fondeve që përdoren në shëndetësi (që është, të ardhura nga buxheti përkundërt të ardhurave nga kontributi i mbajtur në pagë), por ka një rritje të pranimin se vendet kanë dhe duhet të zbatojnë reforma domethënëse në sistemet e financimit pa ndryshuar burimin e fondeve.

⁷ Botuar nga Organizata Botërore e Shëndetit në v.2000

⁸ Saltman and Dubois 2004

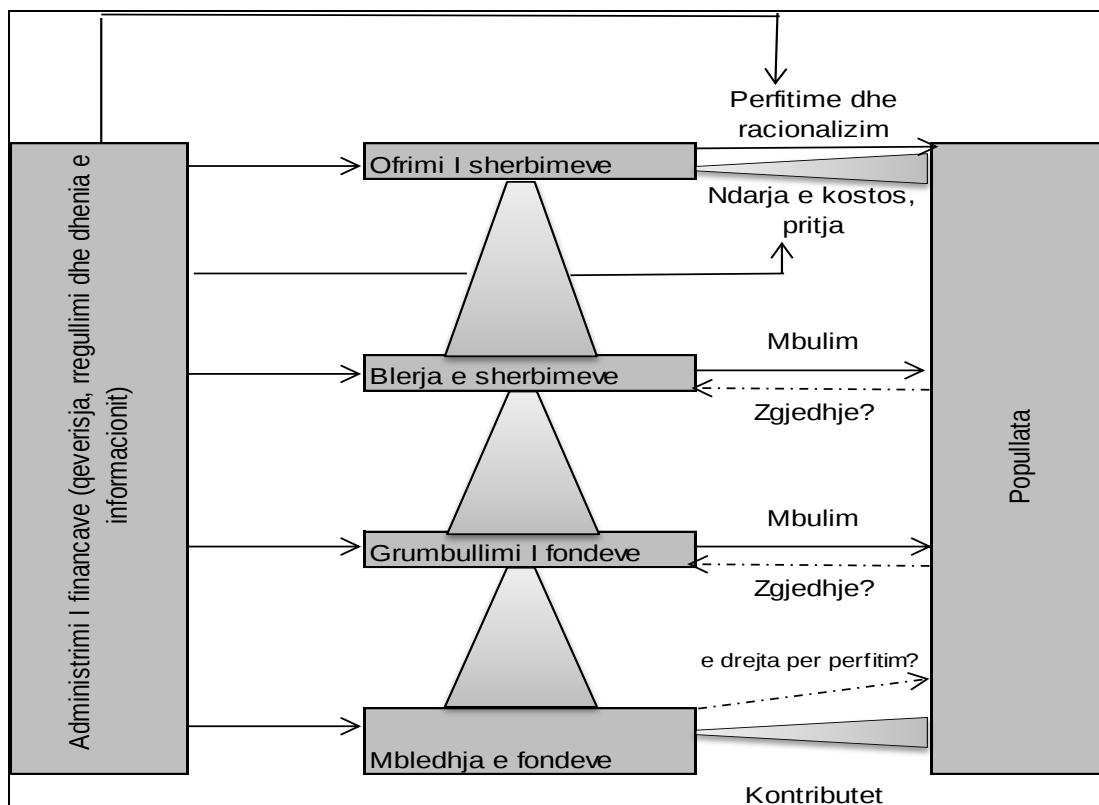


Figura Nr.2 : Funksionet e sistemit shëndetësor dhe lidhja me financimin

Korniza mbi të cilën përshkruhen sisteme të ndryshme të financimit shëndetësor dhe reformat që janë kryer në vendet ish-socialiste dhe në Shqipëri, përmbledh disa nën-funksione të financimit shëndetësor dhe politikave, të përshkruara në Figura Nr.2, që janë: mbledhja e të ardhurave, grumbullimi i fondeve në një institucion, blerja e shërbimeve dhe përcaktimi i përfitimeve të popullatës,- dhe tregon ndërveprimin midis tyre, si lidhen me popullatën dhe funksionet e sistemit shëndetësor të dhënies së shërbimit dhe administrimit financiar.

Blerja e shërbimeve është një term që i referohet transferimit të fondeve të mbledhura te ofruesit e shërbimit në interes të një popullate. Së bashku me grumbullimin e fondeve, blerja mundëson mbulimin shëndetësor për individët. Me pak fjalë, fondet grumbullohen dhe shërbimet blihen në interes të disa ose gjithë popullatës. Kështu, fondet të ne mblidhen në ISKSH, e cila “blen” shërbimin për popullatën nga ofruesit e tij, që janë QSh në KSHP⁹ dhe Spitalet për kujdesin shëndetësor të specializuar.¹⁰

Shumë vëmendje i është dhënë lëvizjes nga blerje pasive në atë aktive, e cila minimumi kërkon lidhjen e ofruesve me informacionin mbi performancën e tyre. Ndryshimi i përmbajtjes dhe rolit të sistemit të informacionit ka qënë pjesë integrale e zbatimit të reformës së financimit. Kështu, me fillimin e reformës së financimit në parësor filloi edhe zbatimi i shtrirjes së Sistemit të Informacionit Shëndetësor (SISH)

⁹ VKM Nr. 857 Datë 20.12.2006, “Për financimin e Shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, Aneksi II

¹⁰ VKM Nr.1661, datë 29.12.2008, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”

në të gjitha QSh e vendit¹¹. Mekanizma specifike përfshijnë ndryshime në mënyrën të cilën ofruesit janë kontraktuar dhe paguar, me qëllim të ndryshojnë motivimet për përmirësimin e cilësisë dhe efikasitetit të shërbimeve të ofruara. Një çështje thelbësore që siguron se metodat e blerjes do të kenë efektin e menduar është edhe bashkimi i këtyre metodave me rregullime institucionale dhe organizative për ofruesit e shërbimeve. Mund të jetë jo efektive të ndryshosh mënyrën e pagesës së institucioneve të sektorit publik, nëse menaxherët e tyre nuk kanë të drejtën të marrin vendime të pavarura për menaxhimin financiar.

Sistemi shëndetësor në Shqipëri financohet nga:

- a) Buxheti i Shtetit
- b) Pagesa e detyrueshme dhe vullnetare e sigurimeve shëndetësore
- c) Sigurimet shëndetësore private
- d) Pagesat nga xhepi

Në tabelën 3.2 janë të përshkruara disa tregues të financimit të sistemit shëndetësor në Shqipëri për vitet 2005 – 2009, vite të cilët janë periudha në të cilën shtrihet edhe studimi.

Tabela Nr.3.2¹² Shpenzimet shëndetësore dhe popullata

EMRI INDIKATORIT	VITI				
	2005	2006	2007	2008	2009
Shpenzimet shëndetësore për frymë (US\$)	179.416227	201.742313	234.992877	280.521755	264.604055
Shpenzimet shëndetësore për frymë, PPP (konstanat 2005 \$ ndërkombëtar)	410.584345	474.502803	496.64413	569.459014	581.740352
Shpenzimet shëndetësore, private (% e GDP)	4.09264044	4.07981665	4.25414736	4.12391543	4.06758373
Shpenzimet shëndetësore, publike (% e GDP)	2.74789172	2.92356558	2.63194266	2.67609129	2.81229306
Shpenzimet shëndetësore, publike (% shpenzimeve të Qeverisë)	9.78465611	9.9823353	8.46242886	8.20619968	8.42292817
Shpenzimet shëndetësore, publike (% e shpenzimeve totale të shëndetësisë)	40.1707302	41.7450523	38.221148	39.3542448	40.8770847

¹¹ Marrëveshja midis Ministrisë së Shëndetësisë dhe Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor mbi Sistemin e Informacionit Shëndetësor Parësor, datë 24.06.2009, Nr. Prot.1529

¹² World DataBank – World Bank (Shtator 2011)

Shpenzimet shëndetësore, totale (% of GDP)	6.84053217	7.00338223	6.88609002	6.80000672	6.8798768
Shpenzimet shëndetësore nga xhepi (% e shpenzimeve private në shëndetësi)	94.4414577	93.8224871	93.5553816	96.5635444	99.7893093
Shpenzimet shëndetësore nga xhepi (% e shpenzimeve totale në shëndetësi)	56.5036345	54.6562408	57.7974408	58.5616908	58.9983488
Popullsia, Totale	3110579	3121751	3132458	3143291	3155271

3.3. Korniza konceptuale e Vlerësimit të Teknologjisë Mjeksoe (VTM)

Vlerësimi i Teknologjisë Mjeksoe ka nisur nga shpërndarja e pajisjeve mjeksore të shtrenjta në 1970 si dhe shqetësimit në rritje mbi aftësinë dhe gatishmërisë së taksapaguesve dhe agjensive të sigurimeve shëndetësore për të paguar për ato¹³. Ka patur vëzhgim më të kujdesshëm nga ana e publikut të racionalizimit në vendimmarrje në kujdesin shëndetësor dhe një përqasjeje në rritje konsumiste, të dy arsye që kërkojnë për proces vendim marrës më të përgjegjshëm, transparent dhe legjitim. Një përqasje më tërësore nevojitej të ndihmonte vendim marrësit të vendosin prioritetet dhe marrin përfitim maksimal nga burime të limituara, pa kompromentuar vlerat etike dhe sociale që mbështjellin sistemet shëndetësore¹⁴. Rritja dhe zhvillimi i VTM reflektoi këtë kërkesë për informacion të mirë-bazuar të mbështesë vendimin në lidhje me zhvillimin, ngritjen, dhe shpërndarjen e teknologjisë mjeksore. Pas 1970-s VTM u zgjerua duke përfshirë një gamë të teknologjive mjeksore, duke përfshirë barnat, pajisjet mjeksore, procedurat mjeksore dhe kirurgjikale, dhe sistemet organizative dhe mbështetëse të përdorura në kujdesin shëndetësor (Johnsons 2007). Organizatat e para dedikuara për vlerësimin e teknologjive të kujdesit shëndetësor u ngrit në 1980, fillimisht në nivel rajonal dhe lokal në Francë dhe Spanjë, dhe më vonë, në nivel rajonal në Suedi në 1987.

Cox report¹⁵ mbi Vlerësimin e Teknologjisë Mjeksoe e përcakton vlerën e saj si:

- 1- VTM mund të luajë një rol të rëndësishëm në procesin e vendimmarrjes në kujdesin shëndetësor, por procesi duhet të jetë transparent, në kohë, i thellë dhe i përdorshëm.

¹³ „Management of health technologies: an international review. Egon Jonsson and David Banta , BMJ 1999

¹⁴ Economic Evaluation of Environmental Health Interventions to Support Decision Making, Guy Hutton 2006

¹⁵ Financing sustainable healthcare in Europe : New approaches for new outcomes, February 2007

- 2- Vlerësimet duhet të përdorin metoda të fuqishme dhe të plotësuar nga kritere të tjera të rëndësishme.
- 3- Duke rritur potencialin e VTM, vendimmarrësit do të jenë më shumë në gjendje të zbatojnë vendimet që kapin përfitimet e teknologjive të reja, kalimi i paqartësive dhe njohja e vlerave të risive, të gjitha brenda shtrëngesave të burimeve të gjithë sistemit shëndetësor.¹⁶

Kujdesi për kërkimet në politikat dhe sistemet shëndetësore dhe bërja e përdorimit etik dhe efektiv të risive në teknologjinë mjeksore dhe farmaceutike, janë të përshtatshme për të gjitha vendet; vlerësimi i teknologjisë mjeksore duhet të përdoret që të mbështesë vendim-marrjen e informuar.¹⁷

VTM në kujdesin shëndetësor është përkufizuar si: Një fushë shumë disiplinore e analizës së politikave. Ajo studion implikimet mjeksore, sociale, etike dhe ekonomike të zhvillimit, shpërndarjes dhe përdorimit të teknologjisë mjeksore. Qëllimi i saj është të informojë formulimin e politikave shëndetësore të sigurt, efektive që janë fokusuar te pacientët dhe kërkon të arrijë vlerat më të mira.

Katër rryma kryesore të metodave të kërkimit të aplikuar kanë kontribuar VTM:

- 1-Analiza e politikave
- 2-Mjekësia bazuar në evidencë
- 3-Vlerësimi i ekonomisë mjeksore
- 4-Shkencat sociale dhe humane

VTM është kryesisht prospektive: Ka si qëllim të informojë proceset politike para formulimit të politikave ose një vendimi zyrtar. Analiza e përmbajtjes së politikave ekzistuese dhe implementimi i tyre mund të jenë një element që ka lidhje në një raport VTM.

Proceset politike e shohin vlerësimin e teknologjisë mjeksore¹⁸ si urë lidhëse midis kërkimit dhe vendim-marrjes. Vendimmarrësit nëpër Europë kanë një qëllim të përbashkët të ngritjes së standarteve të shëndetit me qëllim përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës. Dhënia e shërbimeve shëndetësore bëhet nën kushtet e rritjes së kompleksitetit politik dhe ekonomik. Burimet e limituara kërkojnë vendime në futjen e teknologjive të reja dhe përdorimin e atyre ekzistuese.

VTM ofron informacion të bazuar në evidencë për proceset e bërjes së politikave në lidhje me përdorimin e teknologjisë në shërbimin shëndetësor dhe kështu kërkon të promovojë politik-bërjen bazuar në evidencë. VTM ka potencialin të funksionojë si një mekanizëm ndërmjetës midis politikës dhe institucioneve kërkimore duke ofruar një rishikim sistematik orientuar nga problem të kërkimit shkencor.

VTM ka si qëllim të informojë formulimin e politikave shëndetësore të sigurt, efektive, që janë fokusuar te pacientët dhe kërkojnë të arrijnë vlerat më të mira.

Proceset politike (Figura Nr.3) janë kuptuar zakonisht si faza të lidhura gjatë të cilave politikat janë formuluar, vendosur dhe zbatuar në kontekst të vecantë social, politik dhe historik. Konteksti ka rëndësi, ka shumë ndikim në çfarë vendoset në axhendë, si formulohen politikat, alokimi i burimeve dhe zbatimi i politikave; dhe në rezultatet e politikave. Ky model lë të kuptohet se politikbërja është proces teknik, linear dhe i arsyeshëm.

¹⁶ Sorenson, Kanavos & Drummond, European Commission 2007

¹⁷ Tallin Charter, Health systems for Health and Wealth (WHO 2008)

¹⁸ Camilla Palmhoj Nielsen, Antonio Sarriid Santamera, Hindrik Vondeling: Policy processes and health technology assessment, OBSH 2008



Figura Nr.3 : Cikli i politik-bërjes

Disa nga modelet të cilat kanë ndikuar në diskutimet teorike dhe studimet empirike të proceseve politike janë:

- 1- I “hutuar nëpër model”¹⁹ (Lindblom 1959,). Një reagim ndaj kuptimit racional të proceseve politike. Modeli thekson rritjen si një karakteristikë predominuese e proceseve politike. Lindblom shprehet se politika zhvillon përmes evolucionit se sa përmes revolucionit, për këtë një vendim-marrës i zgjuar bën ndryshime shtesë të reduktojë pasigurinë dhe shmangë gabimet.
- 2- Modeli “kutisë së mbeturinave” (Cohen et al.1972; March and Olsen 1976). Reflekton kuptimin se pasiguria në organizata nxit sjellje të cilat duken iracionale. Në kontrast me modelet e mëparshme ndan problemin, zgjidhjen dhe vendim-marrjen. Proceset politike përbëhen nga rryma të ndryshme: problemet, zgjidhjet, zgjidhje mundësish dhe pjesmarrësit. Këtu hyn “kutia e mbeturinave” që funksionon si rezervuar për politik-bërësin kur ngrihen probleme që kërkojnë formulimin e politikave.
- 3- Modeli i Easton i sistemit politik (Easton 1953). Prezanton një përjasje sistemi ndaj politik-bërjes. Një model dinamik dhe i hapur i cili supozon që vendimet bëhen në përgjigje të presionit/kërkesave nga votuesit. Kërkesa udhëheq përmes vendim-marrjes te formulimi i politikave. Modeli e trajton procesin e vendim-marrjes si një “kuti të zezë” dhe nuk përshkruan se si kryhet kjo pjesë e procesit.

¹⁹ The Science of "Muddling Through" Charles E. Lindblom,, Vol. 19, No. 2. (Spring, 1959)

- 4- Korniza e koalicionit të advokacisë (Sabatier&Jenkins-Smith, 1993&1999). Ky model merr një përfaqje sistemi, të fokusuar në analizat e ndryshimeve afat-gjata në një fushë politike të shpjeguar nga koalicione të formuara midis politik-bërësve, aktorëve me ndikim dhe grupeve të interesit.

Studimet empirike të proceseve politike janë zakonisht të lidhura me pyetjet: Pse, Si, Kush dhe nga Kush.

3.4. Fillimi i reformës në kujdesin shëndetësor parësor

Blerja në sistemin shëndetësor i referohet alokimit të burimeve financiare (mbledhur nga mekanizma të ndryshëm mbledhje) të ofruesit për të marrë ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor bazuar në paketën e përfitimeve për popullatën e mbuluar. Blerja e kujdesit shëndetësor mund të jetë një instrument i fuqishëm për qëllime të mëtejshme të politikave të financimit shëndetësor.²⁰

Me qëllim “shërimin” e problematikave që vëreheshin në kujdesin parësor do të niste reforma e thellë organizative, financiare dhe menaxheriale e sanksionuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave²¹ (VKM) dhe që do të plotësoheshin me akte të tjera nënligjore. Reforma përshinte një autonomi relative më të madhe e QSh në lidhje me vendimet mbi buxhetin dhe stafin, dhe një metodë pagese të re bazuar në performancë të pjesës së ISKSH-së mbi koston e shërbimit të QSh. Termat e autonomisë dhe metodave të pagesës u rregulluan me anë të një kontrate midis cdo QSh dhe ISKSH-së.

Garantimin e një mënyre të re financimi për QSH e cila konsiston në :

- Pagesën fikse mujore (pagesa fikse) e barabartë me 85%²² të buxhetit të QSH. Kjo pagese për periudhën 2007- 2010 bazohet në historikun e shpenzimeve vjetore të QSH dhe jepet në këste të barabarta mujore jo më vonë se dita e fundit e muajit paraardhës.

Këtë buxhet QSH e përdor për:

- ✓ Paga dhe sigurime shoqërore (mjekë, infermiere, personel ndihmës)
 - ✓ Shpenzime për mallra e shërbime - blerjen e barnave e medikamenteve në përdorim të QSH, materiale mjeksore, energji, ujë , kancelari, shtypshkrime dhe shpenzime të tjera.
 - ✓ Përsa i përket shpenzimeve për investime të tilla si ndërtime dhe rikonstrukcione objekteve shëndetësore, blerje paisjesh dhe aparaturash mjeksore, ato ngelen atribut i financimit nga MSH.
- Pagesa mujore bazuar në aktivitet (PA) e cila është e barabartë me 10% të buxhetit të QSH. Ky buxhet i jepet QSH në bazë të realizimit të numrit të vizitave që bëjnë mjekët e QSH në ditë sipas një standarti përcaktuar qartë në kontratën dypalëshe QSH-DRSKSH. Transferimi i kësaj vlere në buxhetin e QSH bëhet cdo muaj nga DRSKSH jo më vonë se dita e fundit e muajit pasardhës.

²⁰ Organizata Botërore e Shëndetësisë, Observatory Studies series 21, 2010

²¹ VKM Nr. 857 date 20/12/2006, Aneksi II

²² U vendos në % relative kaq i lartë për të ruajtur nivelin e të ardhurave personale të stafit mjeksor në vitin e parë të reformës në mënyrë që ata të mos ndiheshin të prekur nga reforma financiarisht dhe cilësisht.

- Pagesa bonus 3-Mujore (Bonusi 5%). Kjo pagesë konsiston në masën 5% të buxhetit të QSH dhe konsiderohet si pagesë për cilësinë e shërbimit të dhënë në zonën e mbulimit të QSH. Kjo vlerë i paguhet QSH në përputhje me masën e realizimit të indikatorëve të cilësisë të sanksionuara gjithashtu në kontratë dhe i transferohet QSH jo më vonë se dita e fundit e muajit të parë të tre-mujorit pasardhës.

Gjithashtu, u sanksionua roli i ISKSH si financues i vetëm i gjithë shërbimit shëndetësor parësor. Kjo nënkupton unifikimin e burimeve financiare në qendrën shëndetësore deri tani të fragmentizuara. Përcaktimi i rolit të blerësit dhe ofruesit të këtij shërbimi duke krijuar kushtet për funksionimin e marrëdhënieve midis blerësit dhe ofruesit, përmes procesit të kontraktimit midis QSH-së si ofrues shërbimesh dhe ISKSH-së.

QSH tashmë është person juridik, publik, jo buxhetor, jo fitimprurës, me llogari bankare të vecantë, e cila e ushtron aktivitetin e saj në bazë të ligjeve e akteve normative, si dhe bazuar në statutin e QSH-së dhe në rregulloren e përgjithëshme të kontraktimit të shërbimeve të KSHP.

Me fillimin e refomës, aktiviteti i QSH drejtohet nga Drejtori i saj në bazë të kompetencave që i jep baza ligjore. Mënyra e përzgjedhjes dhe e emërimit të Drejtorit, shqyrtimet e ankesave në lidhje me aktivitetin e tij/saj, miratimi i procedurave të punësimit dhe të largimit të personelit të QSH nga drejtuesi i saj janë kompetence e Bordit të QSH. Cdo QSH ka bordin e saj (që është “Parlamenti”) që përbëhet nga 3 anëtarë²³: Një përfaqësues i DRSKSH, një përfaqësues i DSHP në Rrethe ose ASHR në Tiranë, dhe një përfaqësues i pushtetit lokal (bashki ose komune) në varësi të territorit ku ushtron aktivitetin QSH.

Mekanizmi përmes të cilit ISKSH financon QSH në kujdesin parësor është përmes kontratës së shërbimit. Strategjia aktive e blerjes nxiti ofruesit për cilësi më të mirë kujdesi duke shpërblyer financiarisht praktikatat më të mira dhe përmirësojë rezultatet, dhe krijojë stimul për ofruesit që të jenë eficient ose më të përgjegjshëm ndaj përdoruesve të shërbimeve shëndetësore. Ky ishte një prej mekanizmave kryesorë të përdorur nga ISKSH në kontraktimin e QSH që prej fillimit të reformës shëndetësore në kujdesin shëndetësor parësor. Në kontratë vendoseshin detyrimet përkatëse që ishin objekt i saj, si dhe mënyrën si do të jepej financimi bazuar në formulën e re : 85% + 10%+5%.

Pikat më kryesore të kontratës së financimit në vitin 2007 ishin:

- Ruajtja e të drejtës së qytetarëve për zgjedhjen e lirë të Mjeku të familjes
- Mënyra e re e financimit të QSH
- Mënyra e pagesës të personelit Mjek, infermier dhe atij ndihmes në QSH
- Vendosja e standartit për matjen e Pagesës për aktivitet (“performanca”).
Standarti i numrit mesatar të vizitave ditore për mjek :

- Në qytet (bashki)	16 vizita ne dite
- Në fshat (komune)	13 vizita ne dite
- Mënyrat e kontrollit të aktivitetit mjekësor e financiar të QSH nga ana e DRSKSH/ISKSH
- Hartimi i listës së shërbimeve që QSH duhet të ofrojë në komunitetin që mbulon
- Vendosjen e kriterëve për raportimin e aktivitetit

²³ V.K.M Nr.680 date 10/10/2007

Gjithashtu, për herë të parë në sistemin shëndetësor u përgatit dhe u lidh kontrata individuale²⁴ ndërmjet Drejtorit të QSH me Mjekët, infermierët dhe personelin tjetër, ku u përshkruan qartë detyrimet dhe të drejtat e të dy palëve në lidhje me:

- Marrëdhëniet e punës.
- Respektimin e vlerave të rimbursimit për cdo mjek.
- Mënyrat e kontrollit financiar nga ana e DRSKSH/ISKSH
- Respektimin e protokolleve të përdorimit të barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme, dhe akteve të nxjerra nga ISKSH-ja

Kontrata e financimit u nënshkruan në Janar 2007 ndërmjet DRSKSH për ISKSH dhe Drejtorit të QSH si autoritet zyrtar i saj. Kontrata është me afat kohor 1 vjeçar dhe lidhet cdo fillim viti. Për herë të parë në historikun e ISKSH nuk do të kishim kontratë individuale me M.P.F, por me QSH-re si “ndërmarrje” që operon në KSHP.

ISKSH lidhi kontrata financimi me 415 QSH që ofrojnë shërbimin e mjeksisë familjare dhe 5 kontrata me qendra shëndetësore që mbulohen me mjekë specialistë (në Tirane), ku ishin të punësuar 1584 MPF, 116 MS dhe 6660 personel të mesëm.

Me qëllim matjen e indikatorëve të vendosur për financimin e 15% të buxhtit të QSH si performancë dhe bonusi i cilësisë, një element shumë i rëndësishëm i reformës ishte dhe ngritja e sistemit të informacionit shëndetësor. Sistemi i informacionit mund të kontribuojë në thelb të rrisi shkallën e besueshmërisë të menaxherëve në vlefshmërinë e alternativave, që janë baza e vendimeve strategjike të organizatës.²⁵ Gjithashtu brenda njërive shëndetësore, informacioni mund të përfaqësojë një mbështetje të vlefshme për zgjidhjen e problemeve, si:

- Sigurimi i cilësisë mjeksore dhe vlerësimi i rezultateve
- Kontrolli i kostove dhe rritja e produktivitetit
- Monitorimi dhe vlerësimi i performancë së organizatave të kujdesit shëndetësor, për arsye të brendshme dhe për të plotësuar rregullat e jashtme, si dhe kërkesat kontraktuale që rrjedhin nga marrëdhënia me ISKSH.

Lindi nevoja që menaxherët e rinj të QSH të kenë informacionin e duhur për marrjen e vendimeve përkatëse. Nga këndvështrimi informativ, Herbert Simon ka përshkruar dy lloje vendimesh²⁶:

- Vendimet e programuara (të strukturuar) – këto janë vendime periodike, të përsëritura dhe të zakonshme;
- Vendime jo të programuara (pa strukturuar) – këto janë vendime rastësore, në mënyrë jo të rregullt dhe duhet të trajtohen në një mënyrë të re cdo herë që ndodh.

Bazuar në kërkesat e mësipërme ISKSH në bashkëpunim me projektin ProShëndeti i financuar nga USAID zbatuan në të gjithë vendin Sistemin e Informacionit Shëndetësor (SISH).

²⁴ Kontrata individuale QSh- Personel 2008, Aneksi IV

²⁵ Adriana Galan, Information System Management

²⁶ Simon HA. The new science of management decision. New York:Harper & Row, 1960

4: Realizimi i studimit

4.1. Formulimi i problemit:

Ky studim ka për qëllim të masë impaktin e mekanizmave të financimit të QSH në funksion të performances së personelit të tyre.

Do të maten 3 komponentë:

- 1- Financat e QSh në vitet 2007 - 2010 – do të maten nëpërmjet buxhetit vjetor të realizuar dhe atë të planifikuar, marrë nga sistemi i informacionit financiar të ISKSH-së
- 2- Performanca e qendrave shëndetësore – do të matet nëpërmjet indikatorëve të performancës dhe të bonusit të vendosura zyrtarisht nga ISKSH-ja në kontratën e QSh
- 3- Niveli i njohurive të personelit shëndetësor për reformën – do të matet nëpërmjet një pyetësi të vetëadministruar

4.2. Pyetjet e studimit:

- 1- Performanca që matet përmes indikatorit të volumit të punës nuk ka ndryshuar gjatë 3 viteve të përfshira në studim
- 2- Bonusi që matet përmes indikatorëve të procesit dhe output nuk ka ndryshuar gjatë 3 viteve të përfshira në studim
- 3- Niveli i realizimit të performancës dhe bonusit nuk ndryshon në QSh pamvarësisht nivelit të njohurive të stafit për reformën;
- 4- Niveli i realizimit të performancës dhe bonusit nuk ndryshon pamvarësisht nivelit të njohurive për reformën i menaxherëve të QSh;

4.3. Metodologjia:

Ky studim synon të masë impaktin e mekanizmave financiare në QSh në funksion të performancës së personelit shëndetësor, sipas këtyre komponentëve: financat e QSh, performance e QSh dhe niveli i njohurive të stafit mjekësor për reformën, në qendrat shëndetësore të përzgjedhura.

Qëllimi i studimit është të vlerësojë impaktin e politikave financiare të ISKSH-së në QSh në kuadër të reformës në kujdesin shëndetësor parësor.

Studimi është i tipit **cross sectional**.

Target i studimit janë QSh në kujdesin parësor, mjekët e familjes dhe infermieret që punojnë në qendrat shëndetësore të përzgjedhura.

4.4. Zgjedhja e mostrës:

Sistemi parësor në Shqipëri është i përbërë nga 415 QSh të krijuara me fillimin e reformës në kujdesin shëndetësor parësor. Të gjitha QSh kanë kontratë financimi me Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor e cila është njëjtë për të gjitha. Pra, të gjitha qendrat shëndetësore janë të përshtatshme për të qënë pjesë e procesit të përzgjedhjes së mostrës.

52 qendra shëndetësore u përzgjedhën në mënyrë të rastësishme për të qënë pjesë e studimit. Intervistimi i stafit mjekësor u krye duke përdorur një pyetsor të strukturuar paraprakisht dhe të vet-administruar. Të dhënat për aktivitetin financiar u morën nga database i ISKSH-së.

Llogaritja e madhësisë së kampionit u bazua në konsideratat e mëposhtme:

- **Për një kampion të rastësishëm të thjeshtë, u supozua sa më poshtë vijon:**
 - Niveli i besimit (*confidence level*): 95%
 - Diferenca e pranueshme (*acceptable difference*): 5%
 - Prevalenca e pritshme (*assumed rate*) e njohurive/dijeve të sakta dhe/ose pikëpamjeve të drejta të personelit shëndetësor: 50%
 - Madhësia e popullatës “*target*” (d.m.th. popullatës nga ku do të përftohej kampioni i studimit – kjo nënkupton numrin total të personelit shëndetësor në të gjitha qendrat shëndetësore të rretheve/zonave të përfshira në këtë studim): 8236 (numri 8236 është llogaritur si shuma e numrit total të mjekëve [n=1589] dhe infermiereve [n=6656] në të gjithë zonat e përfshira në studim).

Për një kampion të rastësishëm të thjeshtë, aplikimi i këtyre 4 parametrave të parashtruar më sipër përfton një madhësi kampioni prej N=200 (Abramson, 2004).

- **Për një kampion me grupe/klastra (cluster sample), u supozua sa më poshtë vijon:**
 - Niveli i besimit (*confidence level*): 95%
 - Diferenca e pranueshme (*acceptable difference*): 5%
 - Prevalenca e pritshme (*assumed rate*) e njohurive/dijeve të sakta dhe/ose pikëpamjeve të drejta të personelit shëndetësor: 50%
 - Efekti i kampionimit me grupe/klastra (*design effect*): 1.3

Për një kampion me grupe/klastra, aplikimi i këtyre 4 parametrave të parashtruar më sipër përfton një madhësi prej N= 752 (Abramson, 2004).

Me marrëveshje, bazuar edhe në rekomandimet e literaturës për kampionime të tilla me grupe/klastra (Abramson, 2004), u vendos që numri i secilit grup/klastër të ishte i përbërë (measatarisht) prej 52 QSH. Duke qene se u zgjedhën 52 qendra shendetesore, llogaritem qe ne cdo QSh do te intervistohen $752/52=14$ individe

- Më tej, për të garantuar një kampion përfaqësues për të gjitha rrethet dhe zonat e përfshira në studim, u vendos që kampioni të shtresëzohej për secilin nga rrethet dhe zonat e studimit (*stratified sampling*):
 - Përsa i takon rretheve, përqindja e QSh të përfshira në studim u bë në përputhje me peshën specifike (*probability proportional to size*) të secilit rreth (d.m.th. në përputhje me numrin e përgjithshëm të personelit shëndetësor përkatësisht në QSH ne rrethe, për numrat përkatës në secilin rreth, shih rubrikën e fundit me titull: “*Struktura e Personelit Shëndetësor në Rajonet e Përfshirë në Studim*”). Kjo procedurë e kampionimit të bazuar në peshën specifike të rretheve

rezultoi në përftimin e një kampioni përfaqësues nga një total prej 52 QSh në 12 rajonet e përfshirë në studim.

Si përfundim, *në këtë studim u përfshinë në total 736 personel shëndetësor (drejtore, mejke dhe infermire) nga QSh në të gjithë Shqipërinë, duke rezultuar me një nivele përgjigje (response rate) 98%.*



Figura Nr. 4: Harta e vendosjes e 52 QSH të përzgjedhura për studim

4.5. Instrumentat për mbledhjen e të dhënave:

Instrumentat e përdorur në këtë studim janë :

- 1- Pyetësor i vetëadministruar për vlerësimin e njohurive të personelit shëndetësor për reformën në parësor
- 2- Analizimi i të dhënave për indikatorët e performancës dhe bonusit nga SISH
- 3- Analizimi i buxhetit të qendrave shëndetësore nga sistemi i raportimit financiar të ISKSH-se

4.6. Metodat e mbledhjes e të dhënave:

Procesi i mbledhjes së të dhënave bazuar në instrumentat e përmendur më lart:

- 1- Pyetësor i vetëadministruar për vlerësimin e njohurive të personelit shëndetësor për reformën në parësor. I njëjti pyetësor u aplikua te i gjithë personeli shëndetësor i QSh të përzgjedhura për studim, që u gjenden në vendin e punës ditën e intervistimit. Pyetësi u përpilua duke patur parasysh komponentet kryesore të reformës në parësor të zbatuara gjatë viteve 2007-2010 për të cilët do të merrej informacioni dhe opinion i personelit. **Testimi në terren** i pyetësorit u krye përpara se të përdorej për studimin, me qëllim për të finalizuar mënyrën e përpilimit të pyetjeve dhe gjuha e përdorur të ishte e kuptueshme nga personeli që do të intervistohet.
- 2- SISH është i bazuar në informacionin e mbledhur nga “Formulari i vizitës” (FP) dhe “Formulari i procedurave mjekësore” (FPM) të plotësuar në mënyrë individuale për çdo vizitë të kryer nga mjekët apo infermieret në QSh. Ky system është funksional mbarë kombëtar prej vitit 2009. Plani i analizës i cili u mbështet në SISH, përfshinte variablet e mëposhtme:
 - a) Numri mesatar i vizitave në ditë për persona të siguruar të MP/MF për mjek gjatë një muaji
 - b) Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë të padublikuar nga personeli shëndetësor gjatë vitit;
 - c) Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për 4 diagnoza të zgjedhura.
 - d) Përqindja e pacientëve kronike të vizituar çdo muaj nga MF.
 - e) Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë të detyrueshme nga personeli shëndetësor (mjekët e Konsultorit apo MF), brenda tremujorit të parë të shtatzanisë.
 - f) Përqindja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që marrin vizitën e detyrueshme për mirë-rritjen e tyre nga personeli shëndetësor (mjekë konsultori apo MF);
 - g) Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të planifikuar për vaksinim, të vaksinuar gjatë 3- Mujorit.
 - h) Përqindja e pacienteve me HTA të diagnostikuar nën mjekim (gjithë statet) që kanë vlerën e TA brenda “normës”.

- i) Përqindja e pacienteve me Diabet Melitus të diagnostikuar nën mjekim që kanë nivelin e glicemisë esëll/ hemoglobinën e glukozuar në “normë”.
 - j) Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm (EMV).
- 3- Sistemi i raportimit financiar është i bazuar në informacionin që raportohet për realizimin e buxhetit të qendrave shëndetësore bazuar në 3 komponentet e buxhetit: 80 % (financimi bazë) + 10% (performanca) + 5 % (bonusi)

Plani i analizës bazohet në buxhetin e planifikuar dhe në buxhetin e realizuar nga QSh gjatë vitit përkatës fiskal.

Analizimi i të dhënave u krye duke përdorur SPSS 19.0. Indikatorë të përzgjedhur u ekzaminuan kundrejt një seti variablash duke përdorur Chi-square test dhe ANOVA.

5 : Rezultatet

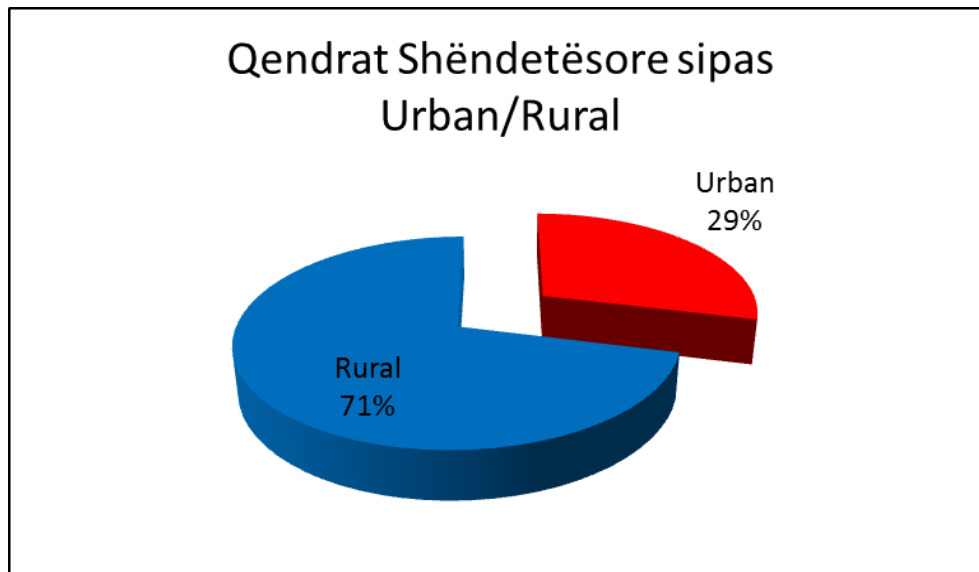
5.1. Demografia

Personeli shëndetësor i intervistuar u përket 52 QSh të përzgjedhura të cilat përbëjnë 12.5% të gjithë qendrave shëndetësore që ofrojnë shërbimin shëndetësor parësor në Shqipëri. Të gjitha qendrat shëndetësore objekt i këtij studimi i janë nënshtruar reformës në kujdesin shëndetësor parësor dhe janë të pranueshme si objekt i këtij studimi, nga të cilat është përzgjedhur mostra ku janë mbledhur të dhënat e mëposhtme (Tabela Nr.5.3).

Tabela Nr.5.3: Numri i QSH që ofrojnë shërbim sipas rajoneve dhe numri i tyre të përzgjedhura për studim

Rajoni	Numri i QSH sipas rajoneve	Numri i QSh të përzgjedhura	% e QSH të përzgjedhura
1.Berat	24	4	16.7
2.Diber	34	4	11.8
3.Durres	36	3	8.3
4.Elbasan	53	7	13.2
5.Fier	45	5	11.1
6.Gjirokaster	31	4	12.9
7.Korce	39	5	12.8
8.Kukes	19	2	10.5
9.Lezhe	22	3	13.6
10.Shkoder	37	5	13.5
11.Tirane	37	5	13.5
12.Vlora	17	2	11.8
13.Saranda	13	2	15.4
14.Tropoja	8	1	12.5
Totali	415	52	12.5

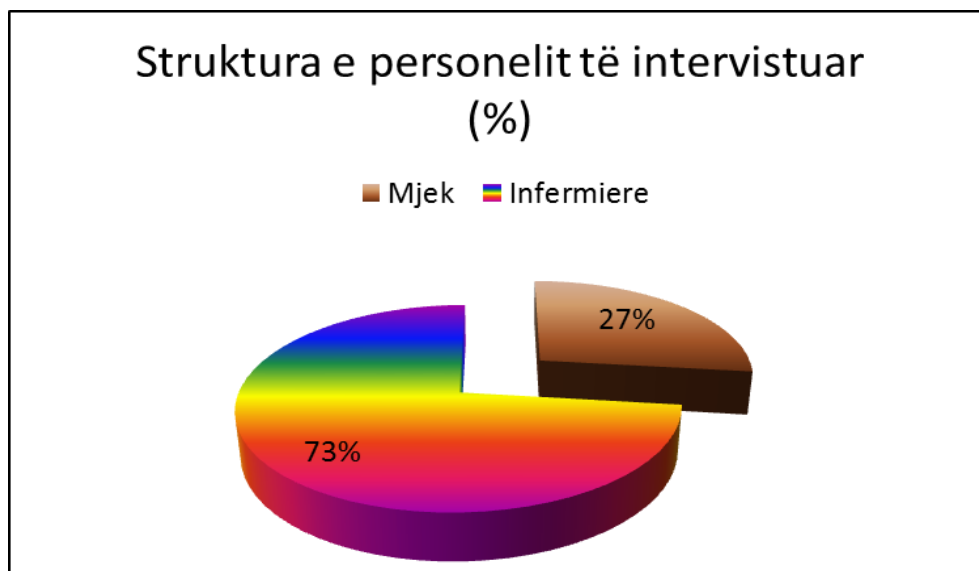
Në Grafikon Nr.1 shikohet që 71% e stafit të intervistuar është i punësuar në QSh në zonat rurale ndërsa 29% janë në QSh në zonat urbane. Ky model shkon përkatësisht me shpërndarjen e qendrave shëndetësore në vend, ku numri më i madh ndodhet në zonat rurale duke qenë se numri i komunave është më i madh se numri i bashkive në vend.



Grafiku Nr.1: QSh ku janë të punësuar stafi mjekësor i intervistuar, sipas Urban/Rural

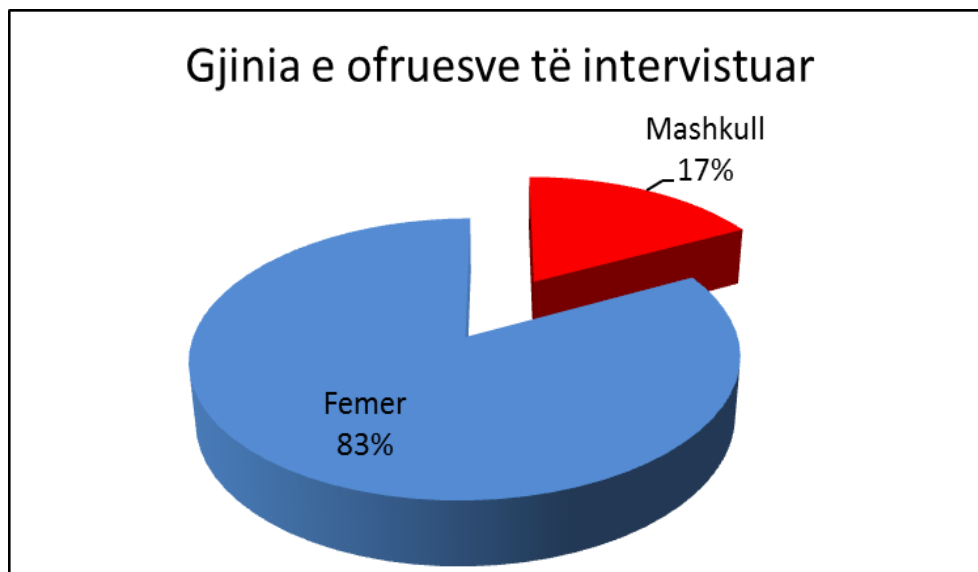
684 personel shëndetësor u intervistuan si pjesë e këtij studimi, nga të cilët 17.3% ishin meshkuj dhe 82.7% femra, dhe 42% punojnë në zonat urbane dhe 58% në zonat rurale.

Në Grafikon Nr.2 jepet struktura e personelit shëndetësor të intervistuar, e ndarë sipas profesionit mjek dhe infermier. Edhe këtu përkatësia e profesionistëve të intervistuar i përgjigjet strukturës së stafit mjekësor që ofron shërbimin shëndetësor në kujdesin parësor, ku shumica i përkasin profesionit të infermierit përkatësisht 73% dhe 27% Mjek.



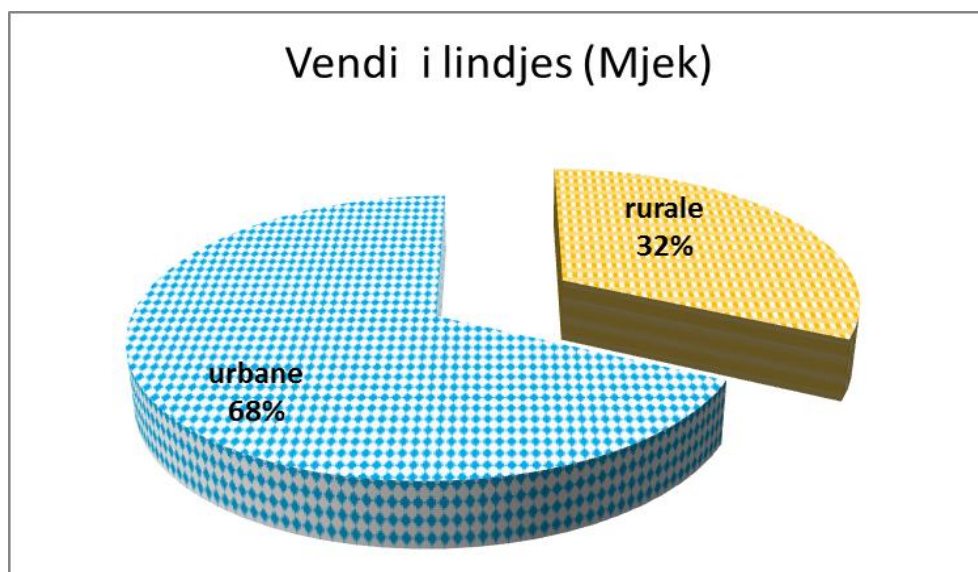
Grafiku Nr.2 : Struktura e personelit të intervistuar, sipas profesionit Mjek/Infermier

Në Grafikon nr.3 shikojmë që shumica dërrmuese e stafit të intervistuar janë të gjinisë femërore 83%, dhe 17% i përkasin gjinisë mashkullore.



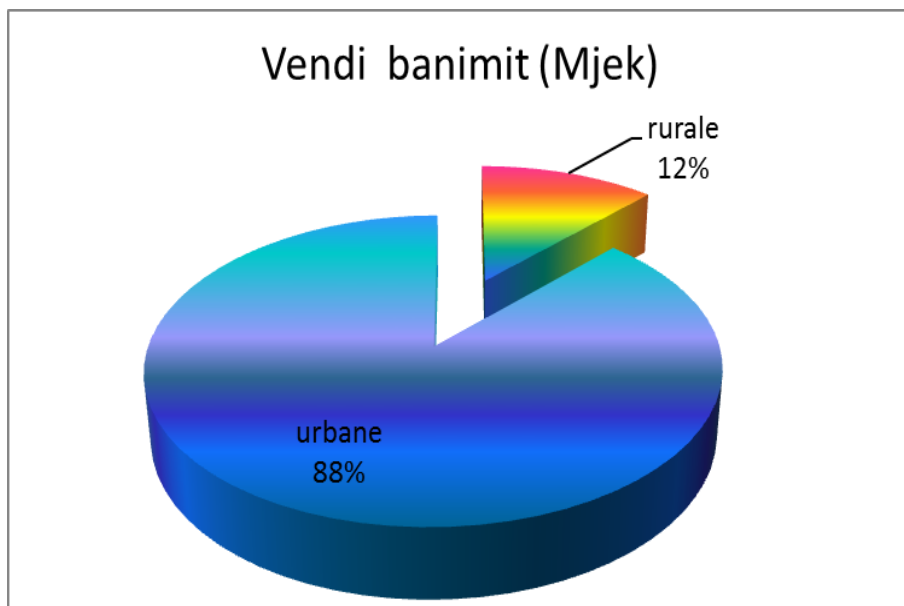
Grafiku Nr.3: Struktura e stafit të intervistuar sipas gjinisë

Struktura e vendit të lindjes së mjekëve të familjes që ofrojnë shërbim në QSh që janë pjesë e studimit është 68% të lindur në zonat urbane dhe 32% në zonat rurale (Grafiku Nr.4).



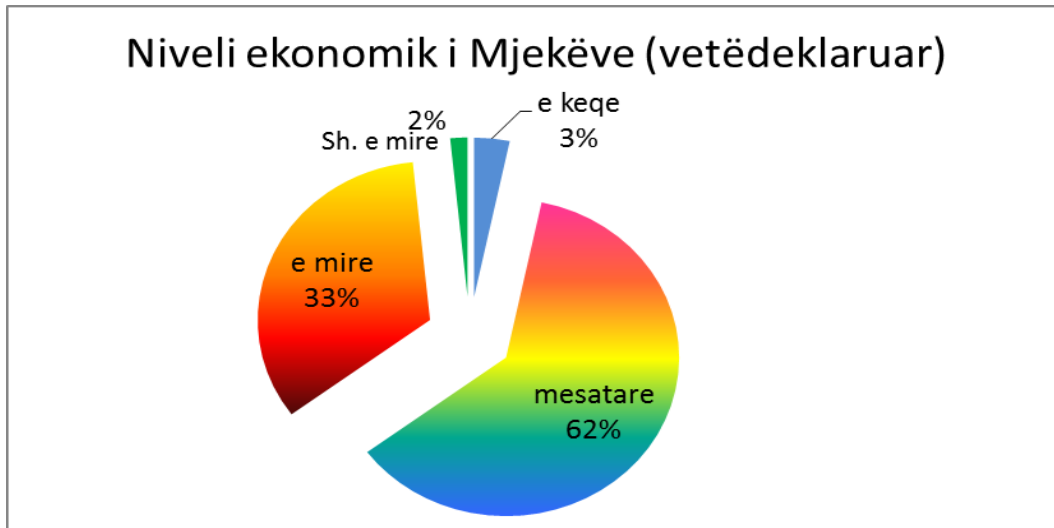
Grafiku Nr.4 : Struktura e mjekëve të familjes sipas vendit të lindjes (Urban /rural)

Ndërkohë, shumica e mjekëve të familjes banojnë në zonat urbane rreth 88%, duke bërë që të shkojnë në punë në zonat rurale në mëngjes dhe të kthehen në mesditë (Grafiku Nr.5)



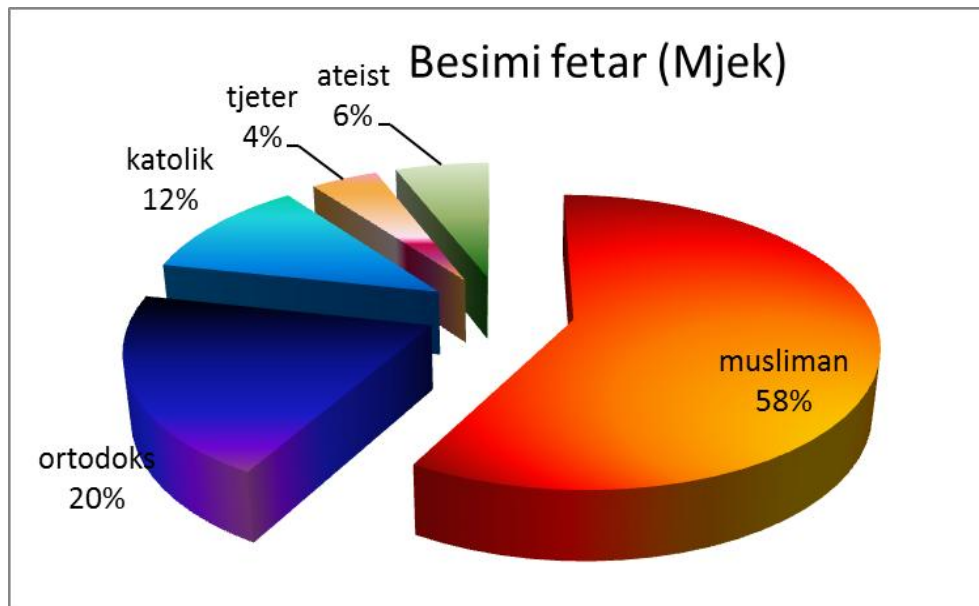
Grafiku Nr.5: Struktura e mjekëve të familjes sipas vendit të banimit

Mjekët e familjes janë një element shumë i rëndësishëm i reformës në parësor, duke qenë se ato janë edhe Drejtorë të qendrave shëndetësore, dhe niveli ekonomik i tyre është një element që ndikon në performancën e tyre. Në Grafikon Nr.6 shohim se 62% e mjekëve e deklarojnë veten në nivelin ekonomik mesatar, 33% në nivel të mirë dhe 2% në nivel shumë të mirë.



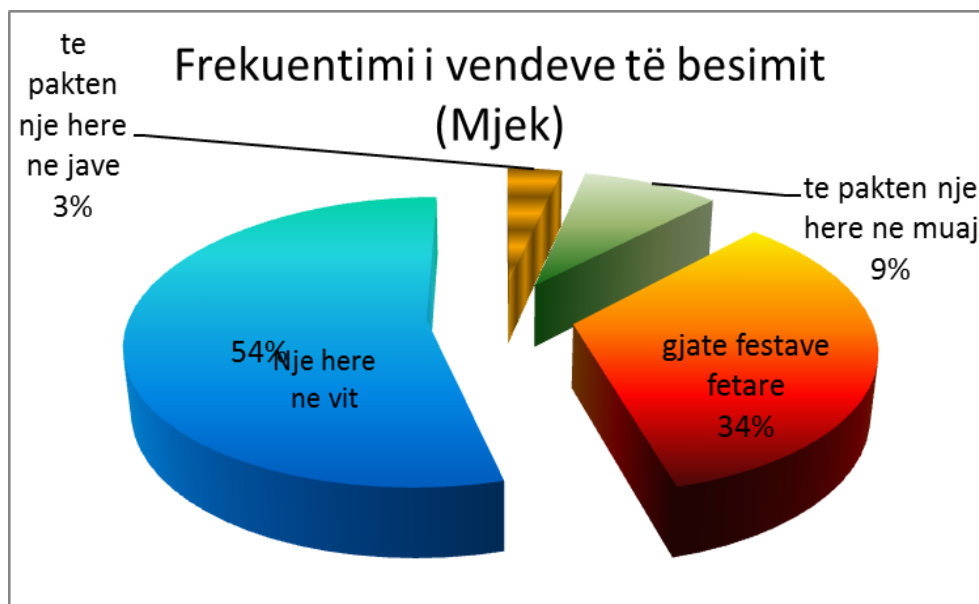
Grafiku Nr.6 : Struktura e mjekëve të familjes sipas nivelit ekonomik të vetëdeklaruar

Shumica e mjekëve të familjes të intervistuar i përkasin besimit mysliman (58%), në vend të dytë besimi ortodoks (20%), e më tej besimi katolik me 12%, atesist dhe të tjerë (Grafiku Nr.7).



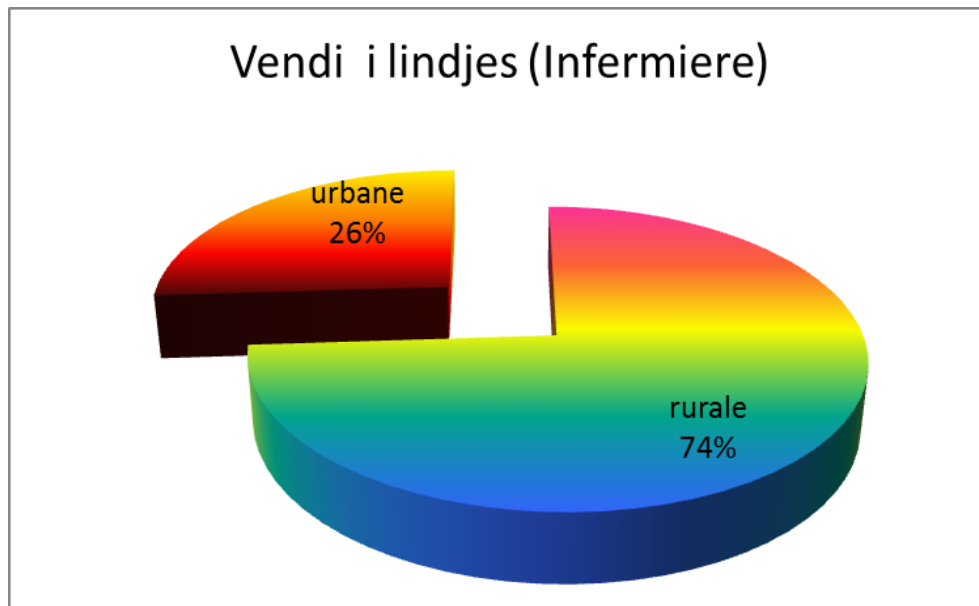
Grafiku Nr.7: Struktura e mjekëve të familjes sipas besimit fetar

Shumica e mjekëve të familjes (54%) frekuentojnë një herë në vit vendet e besimit, ndërsa 34% shkojnë gjatë festave fetare në vendet e besimit (Grafiku Nr.8).



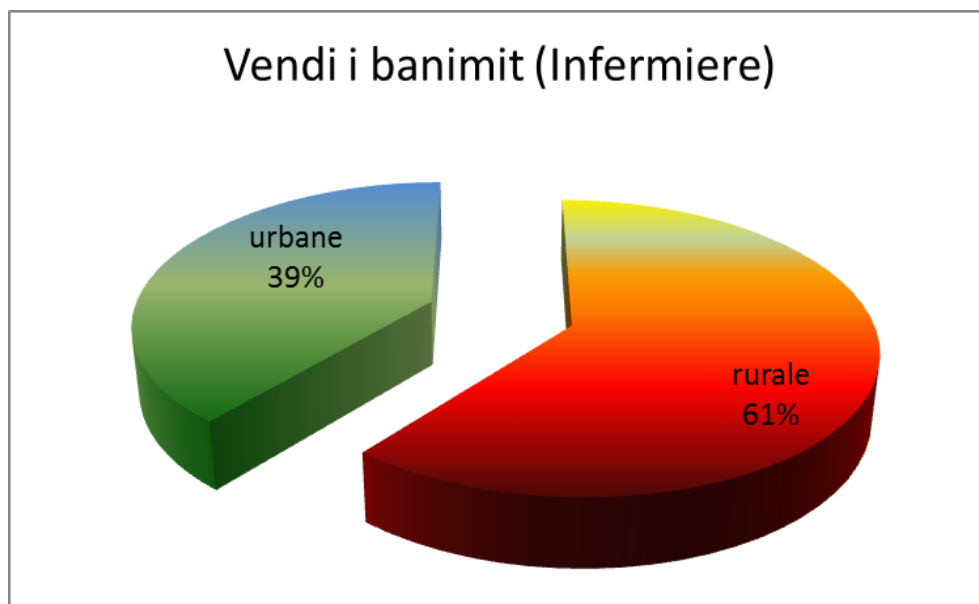
Grafiku Nr.8 : Frekuentimi i vendeve të besimit nga mjekët e familjes

Shumica e infermiereve që kanë marrë pjesë në studim kanë lindur në zonat rurale, duke reflektuar shpërndarjen e personelit të punësuar pranë qendrave shëndetësore (Grafiku Nr.9)



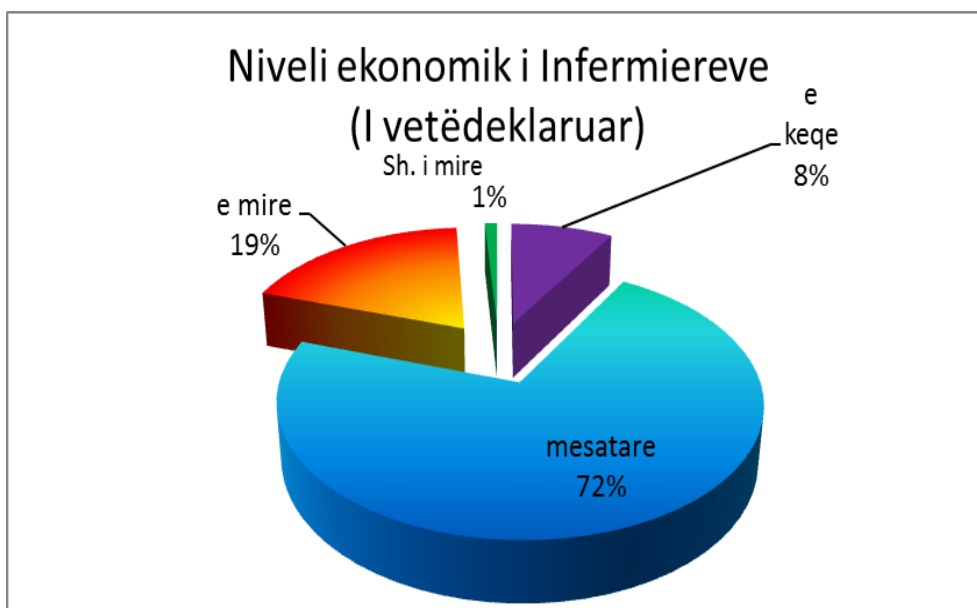
Grafiku Nr.9 : Struktura e infermiereve sipas vendlindjes (urban/rural)

Duke ndjekur modelin e vendlindjes, edhe vendbanimi është në të njëtin proporcion, ku 61% banon në zonat rurale dhe 39% në zonat urbane (Grafiku Nr.10).



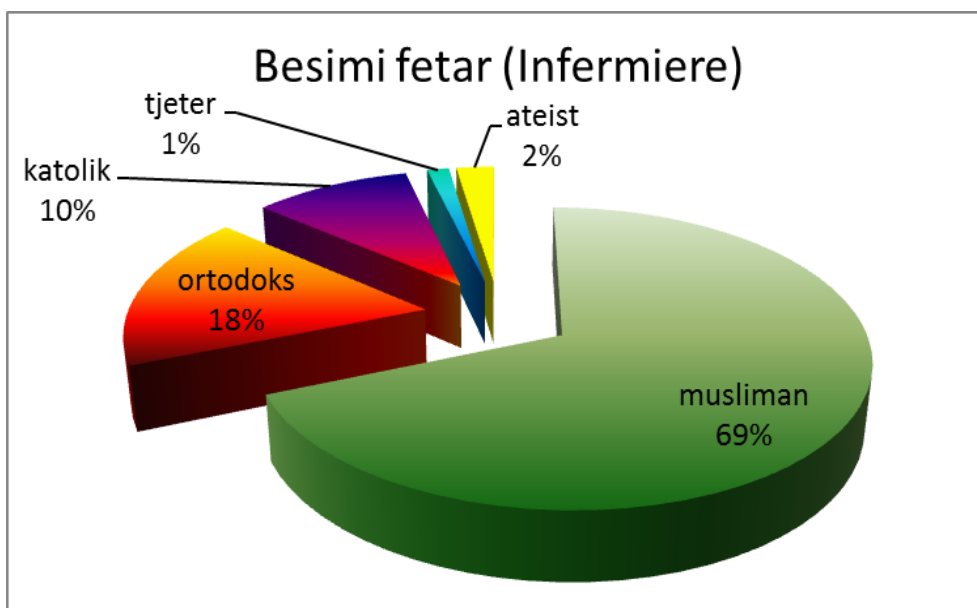
Grafiku Nr.10 : Struktura e infermiereve sipas vendbanimit

Shumica e infermiereve të intervistuar deklarojnë që niveli ekonomik i tyre është mesatar (72%) dhe 19% e tyre deklarojnë që kanë nivel të mirë (Grafiku Nr.11).



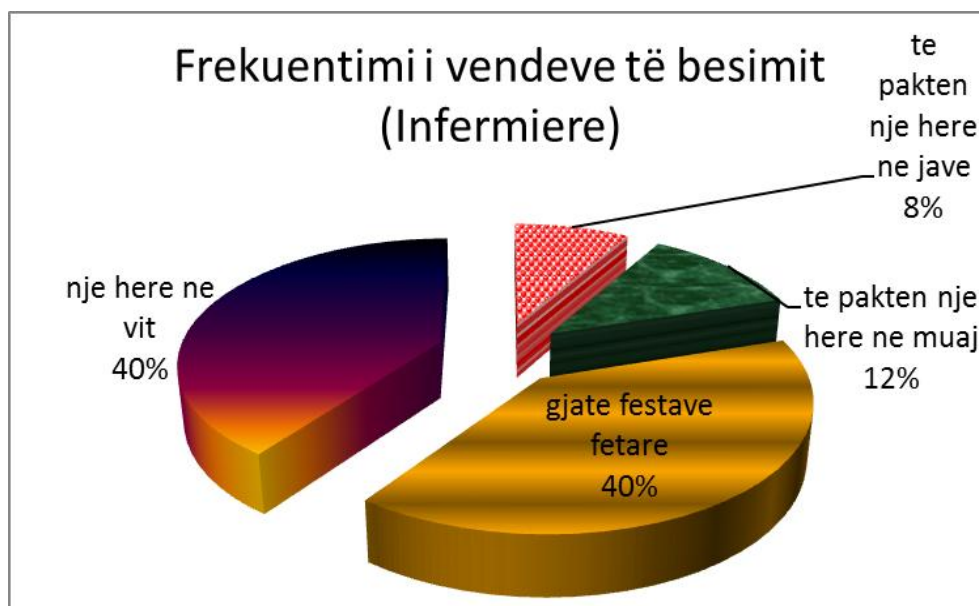
Grafiku Nr.11 : Niveli ekonomik i vetëdeklaruar i infermiereve të intervistuar

Ashtu si edhe përkatësia fetare e mjekëve të familjes edhe infermieret në shumicë janë të besimit fetar mysliman (69%), në vendin e dytë janë të besimit ortodoks me 18% dhe në vendin e tretë janë të besimit katolik me 10% (Grafiku Nr.12).



Grafiku Nr.12 : Përkatësia fetare e infermiereve të intervistuar

Shumica e infermiereve të intervistuar vizitojnë vendet e besimit fetar një herë në vit (40%) dhe gjatë festave fetare (40%). Vetëm 12 % e vizitojnë të paktën një herë në muaj dhe 8% të paktën një herë në javë (Grafiku Nr.13).



Grafiku Nr.13 : Shpeshtësia e vizitës në vendet e besimit fetar nga infermieret

Cdo qendër shëndetësore që ofron shërbimin shëndetësor parësor ka një zonë mbulimi të caktuar dhe numër popullate që banon në zonën e mbulimit. Në Tabelën Nr.5.4 është analizuar popullata që banon në zonat e mbulimit të qendrave shëndetësore që janë pjesë e studimit në nivel rajoni dhe në nivel vendi. Qëndrat shëndetësore që janë pjesë e studimit mbulojnë me shërbim 14.9% të totalit të popullatës të regjistruar pranë të gjithë mjekëve të familjes.

Tabela Nr. 5.4 : Popullata që mbulohet nga QSh e përzgjedhura

Rajoni	Qendra shendetesore	Popullata mbulojne qe	Popullata e rajonit	% ndaj totalit
Berat	Nr. 1 Berat	16658		
	Roshnik	3987		
	Kucove	27621		
	Zhepe	2219		
		50485	224,054	22.5
Diber	Gjorice	4812		
	Arras	4016		
	Muhurr	3515		
	Klos	10921		
		23264	193,302	12.0
Durres	Nr. 4 Durres	19656		
	Kenete	13894		
	Golem	10122		
		43672	486,488	9.0
Elbasan	Nr.2 Elbasan	30582		
	Gjinar	4469		

	Mollas	7845		
	Nr.4 Elbasan	30556		
	Lenie	1054		
	Qukes	10801		
	Peqin	9677		
		94984	440,327	21.6
Fier	Kuman	8208		
	Ruzhdie	3248		
	Bubullime	6130		
	Karbunare	5624		
	Hekal	4736		
		27946	467,159	6.0
Gjirokaster	Cepo	4341		
	Picar	1980		
	Carshove	2706		
	Krahes	3853		
		12880	151,881	8.5
Korce	Erseke	4507		
	Nr.2 Korce	18674		
	Liqenas	4281		
	Voskopoje	2602		
	Bucimas	18263		
		48327	345,669	14.0
Kukes	Kolsh	1731		
	Zapod	3046		
		4777	82275	5.8
Lezhe	Lezhe	24294		
	Blinisht	5492		
	Rreshen	7470		
		37256	208,371	17.9
Shkoder	Gruemire	13173		
	Blerim	2400		
	Rrape	2913		
	Dajc	8894		
	Shale	1197		
		28577	319,981	8.9
Tirane	Nr.2	43867		
	Nr.10	77744		
	Bregu I lumit	9682		
	Ndroq	9360		
	Paskuqan	34661		

		175314	860,337	20.4
Vlore	Nr.2	36206		
	Narte	16585		
		52791	223,559	23.6
Sarande	Mesopotam	4937		
	Lukove	8963		
		13900	123,434	11.3
Tropoje	Bujan	3523	29,575	11.9
TOTAL		617696	4,156,412	14.9

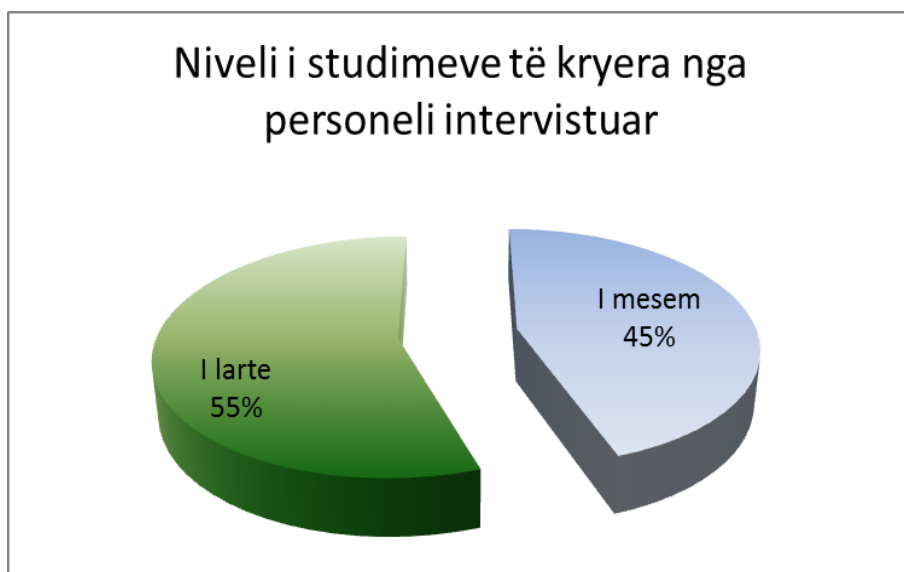
Gjatë periudhës së kryerjes së studimit në kujdesin parësor në vend ishin të punësuar 8236 punonjës shëndetësor, ku 1580 janë mjek familje dhe 6656 infermiere, ku pjesë e studimit ishin 684 punonjës shëndetësor që përbëjnë 8.3% të të gjithë stafit që ka qenë pjesë e reformës në parësor (Tabela Nr.5.5).

Tabela Nr.5.5 : Numri i personelit shëndetësor të punësuar në kujdesin parësor dhe numri i atyre që plotësuan pyetsorin

Rajonet	Nr. Mjekeve te familjes punojne	Nr. i infermiereve qe punojne	Total te punesur	Nr. i Mjekeve te familjes te intervistuar	Nr. Infermier te intervistuar	Total te intervistuar	% e stafit mjeksor qe plotesuan pyetsorin
1.Berat	94	469	563	18	47	65	11.5
2.Diber	58	508	566	6	42	48	8.5
3.Durres	200	622	822	19	30	49	6.0
4.Elbasan	166	720	886	33	65	98	11.1
5.Fier	174	630	804	9	40	49	6.1
6.Gjirokastr	50	374	424	6	42	48	11.3
7.Korce	134	607	741	18	60	78	10.5
8.Kukes	29	212	241	2	14	16	6.6
9.Lezhe	81	327	408	17	24	41	10.0
10.Shkoder	105	589	694	8	38	46	6.6
11.Tirane	353	997	1350	32	32	64	4.7
12.Vlora	92	345	437	10	31	41	9.4
13.Saranda	31	124	155	4	22	26	16.8
14.Tropoja	13	132	145	2	13	15	10.3
TOTAL	1580	6656	8236	184	500	684	8.3

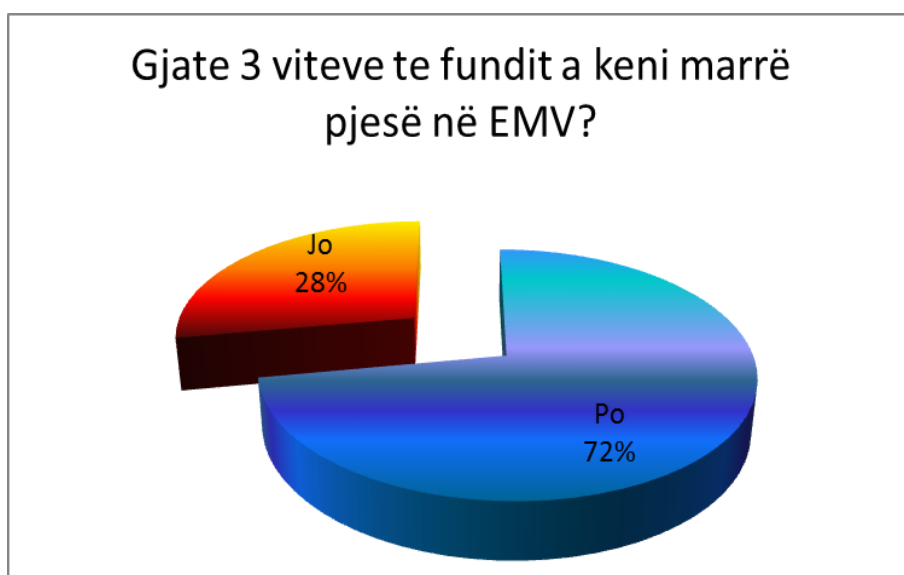
Niveli arsimor i personelit shëndetësor të intervistuar në procesin e studimit është 55% me arsim të lartë dhe 45% me arsimim të mesëm (Grafiku Nr.14) . Pamvarësisht

se 73% e stafit të intervistuar janë infermier, qënia e pjesës më të madhe të stafit me edukim të lartë, ka krijuar parakushte për suksesin e reformës në kujdesin parësor sepse sa më i lartë edukimi aq më lehtë kuptohen hapat e reformës nga personeli që zbaton këto hapa.



Grafiku Nr.14: Struktura e personelit shëndetësor sipas edukimit (i lartë/i mesëm)

Një prej elementëve me rëndësi në mbajtjen dhe përsosjen e aftësive profesionale për ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore dhe zbatimin e reformave të ndryshme që zbatohen në sektorin shëndetësor është edukimi mjeksor në vazhdim. Në Grafikon Nr.15 shikohet se 72% e stafit të intervistuar kanë marrë pjesë gjatë 3 viteve të fundit në një aktivitet të edukimit mjeksor në vazhdim.

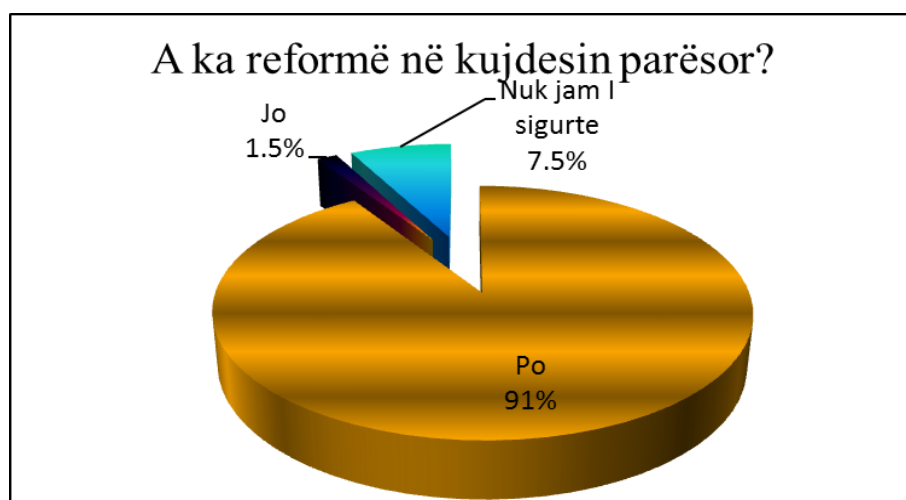


Grafiku Nr. 15: Pjesmarrja e stafit të intervistuar në edukimin mjeksor në vazhdim gjatë 3 viteve të fundit

5.2. Njohuritë e stafit mjeksor në lidhje me reformën e ndërmarrë në kujdesin shëndetësor parësor

Pyetësorin e përgatitur për të vlerësuar mendimet e stafit mjeksor për reformën dhe mënyrën si zbatohet ajo në QSH, e kanë plotësuar 684 personel në 52 QSH.

Një element i rëndësishëm i suksesit apo mospjesëmërisë të reformave është përfshirja në proces e stafit që do të zbatojë masat e reformës përkatëse. Në këtë drejtim, njohuria e stafit nëse në qendrën shëndetësore ku punojnë dhe në kujdesin shëndetësor në tërësi, po zbatohet një reformë, tregon nivelin e përfshirjes të stafit në proces. Në Grafikun Nr.16 vërejmë që 91% e stafit mjeksor pohon se po zbatohet një reformë në kujdesin shëndetësor parësor.



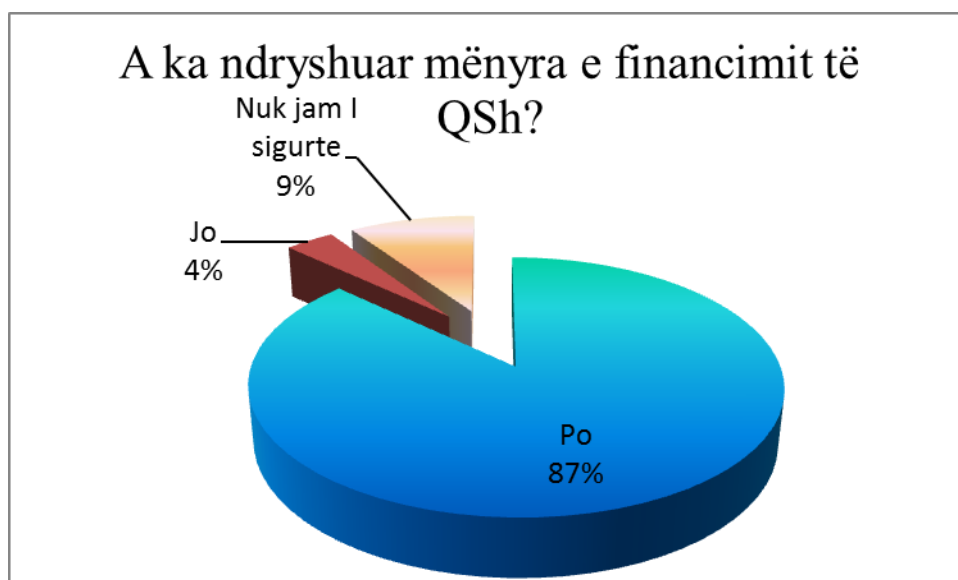
Grafiku Nr.16: Njohuritë e stafit për fillimin e reformës në parësor

Edhe në Tabelën Nr.5.6 paraqitet numri dhe përqindja e personelit sipas profesionit që pohon nëse në qendrën shëndetësore ku punon po zbatohet reformë. Vërejmë që Mjekët janë më të mirë informuar mbi fillimin e reformës me 94% në krahasim me 89.8% të Infermierëve.

Në QSH ku unë punoj po zbatohet reformë prej 4 vitesh				
Profesioni	Po	Jo	Nuk jam i sigurtë	TOTALI
Mjek	173	0	11	184
Rreshti %	94	0	6	100
Kolona %	27.8	0	21.6	26.9
Infermier	449	11	40	500
Rreshti %	89.8	2.2	8	100
Kolona %	72.2	100	78.4	73.1
TOTALI	622	11	51	684
Rreshti %	90.9	1.6	7.5	100
Kolona %	100	100	100	100

Tabela Nr.5.6 : Njohuria nëse ka reformë në parësor sipas profesionit (Mjek/Infermier)

Në Grafikun Nr.17 paraqitet njohuria e personelit shëndetësor nëse ka ndryshuar mënyra e financimit të QSh, ku 87% deklarojnë që ka ndryshuar mënyra e financimit, 4% që nuk ka ndryshuar dhe 9% nuk janë të sigurtë.



Grafiku Nr.17: Njohuria e personelit për mënyrën e financimit

Në Tabelën Nr.5.7 paraqitet niveli i njohurisë për ndryshimin e mënyrës së financimit të QSh sipas profesionit. Mjekët dhe infermieret kanë njohuri pothuajse të njëjta mbi ndryshimin e mënyrës së financimit me 85.3% dhe 87.6%.

Tabela Nr.5.7 : Njohuria e personelit shëndetësor nëse ka ndryshuar mënyra e financimit të QSh

A ka ndryshuar mënyra e financimit të QSh				
Profesioni	Po	Jo	Nuk jam i sigurtë	TOTALI
Mjek	157	5	22	184
Rreshti %	85.3	2.7	12	100
Kolona %	26.4	20	34.4	26.9
Infermier	438	20	42	500
Rreshti %	87.6	4	8.4	100
Kolona %	73.6	80	65.6	73.1
TOTALI	595	25	64	684
Rreshti %	87	3.7	9.4	100
Kolona %	100	100	100	100

Në Grafikun Nr.18 shikohet që 90% e të intervistuarve tregojnë që ka ndryshuar mënyra e pagesës së personelit shëndetësor, 4% nuk janë të sigurtë dhe 6% thonë që nuk ka ndryshuar.

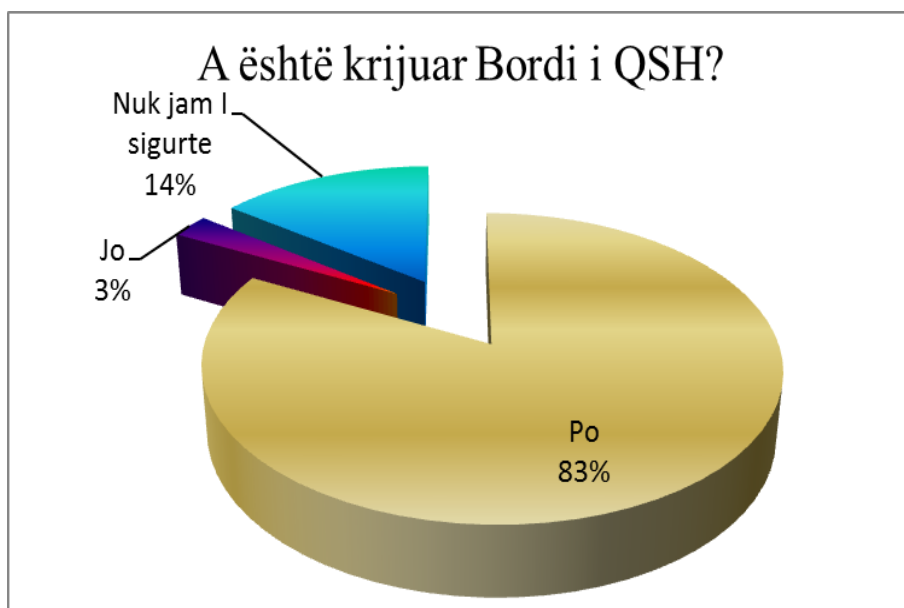


Grafiku Nr. 18: Njohuria mbi ndryshimin e mënyrës së pagesës së personelit mjekësor

Tabela Nr.5.8: Njohuria mbi ndryshimin e mënyrës së pagesës sipas profesionit (Mjek/Infermiere)

A ka ndryshuar mënyra e pagesës e Mjekëve / infermiereve				
Profesioni	Po	Jo	Nuk jam i sigurtë	TOTALI
Mjek	157	19	8	184
Rreshti %	85.3	10.3	4.3	100
Kolona %	25.6	47.5	26.7	26.9
Infermier	456	21	22	499
Rreshti %	91.4	4.2	4.4	100
Kolona %	74.4	52.5	73.3	73.1
TOTALI	613	40	30	683
Rreshti %	89.8	5.9	4.4	100
Kolona %	100	100	100	100

Në Tabelën Nr.5.8 vërehet se janë infermieret (91.4%) më shumë se Mjekët (85.3%) që pohojnë se ka ndryshuar mënyra e pagesës pas fillimit të reformës. Gjithashtu, 10.3% e Mjekëve deklarojnë që nuk ka ndryshuar mënyra e pagesës ndërkohë janë vetëm 4.2% e infermiereve që deklarojnë të njëjtën gjë.



Grafiku Nr.19: Njohuria mbi krijimin e Bordit të QSh

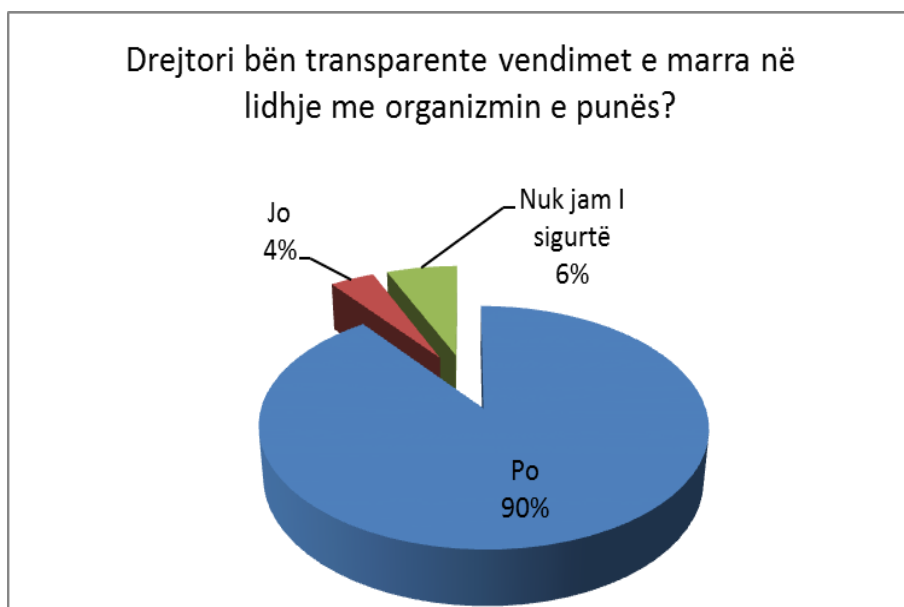
Në Grafikun Nr.19 tregohet se 83% e të intervistuarve pohojnë se është krijuar Bordi i QSH, 14% nuk janë të sigurtë ndërsa 3% deklarojnë se nuk është krijuar.

Tabela Nr.5.9: Njohuria mbi krijimin e Bordit të QSH sipas profesionit (Mjek/Infermiere)

A Është krijuar Bordi i QSh				
Profesioni	Po	Jo	Nuk jam i sigurtë	TOTAL
Mjek	156	5	23	184
Rreshti %	84.8	2.7	12.5	100
Kolona %	27.6	27.8	23	26.9
Infermier	410	13	77	500
Rreshti %	82	2.6	15.4	100
Kolona %	72.4	72.2	77	73.1
TOTAL	566	18	100	684
Rreshti %	82.7	2.6	14.6	100
Kolona %	100	100	100	100

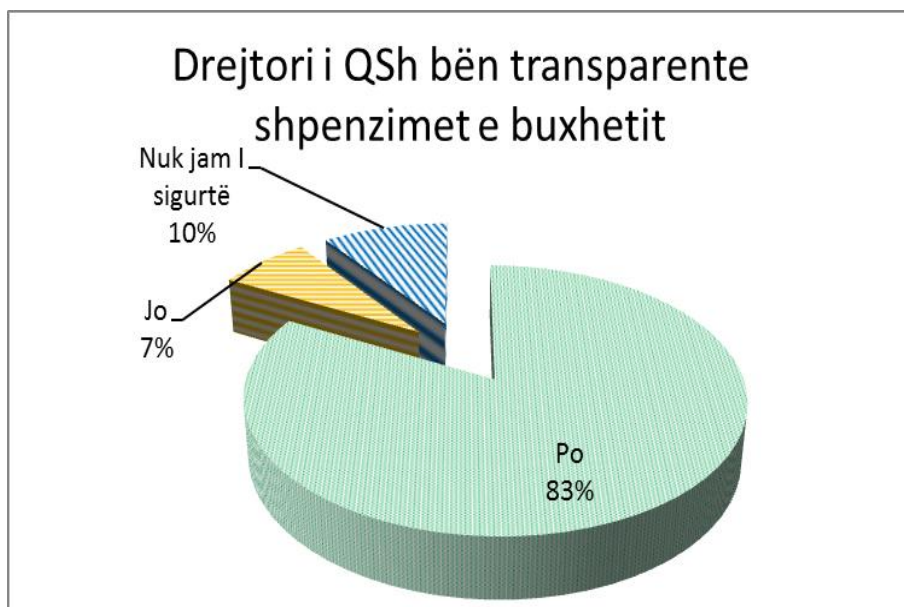
Në Tabelën Nr.5.9 vërehet se Mjekët dhe infermieret kanë njohuri të njëta mbi krijimin e Bordit të QSH, ku 84.5% dhe 82% pohojnë krijimin e tij. Ndërkohë 12.5% e Mjekëve dhe 15.4% e infermiereve nuk janë të sigurtë nëse Bordi është krijuar.

5.3. Informimi i personelit mbi aktivitetin e QSH



Grafiku Nr.20 : Transparenca e vendimeve të marra nga Drejtori

Një nga hapat për suksesin e QSh në zbatimin e reformës është njohja e personelit mjeksor me vendimet që merr Drejtori për organizimin e punës. 90% e të intervistuarve tregojnë se Drejtori i bën transparent vendimet e marra për organizmin e punës dhe vetëm 4% e mohojnë atë (Grafiku Nr.20).



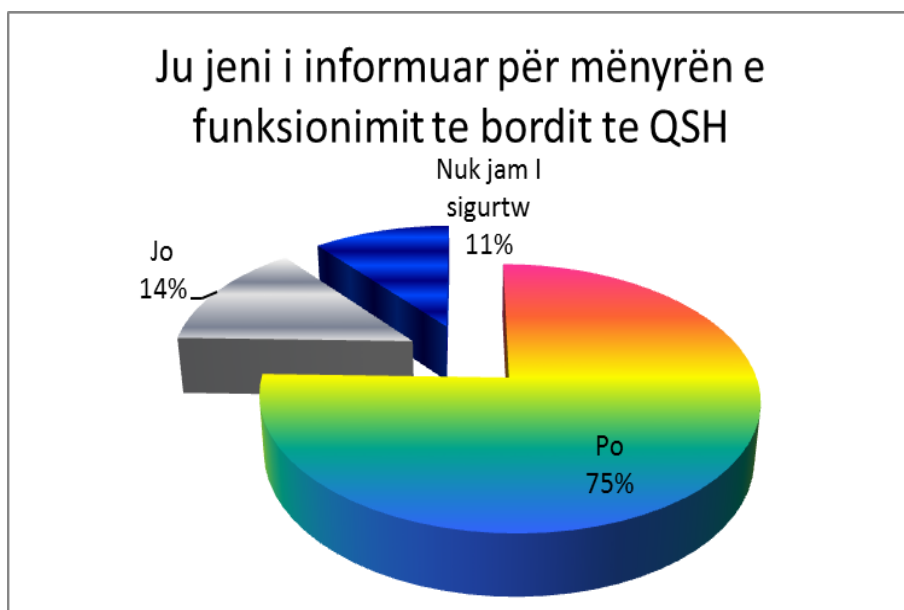
Grafiku Nr.21 : Transparenca e shpenzimeve financiare nga Drejtori

Në Grafikon Nr.21, 83% e të intervistuarve tregojnë që Drejtori i bën transparente shpenzimet financiare në QSH dhe 7% deklarojnë të kundërtën.



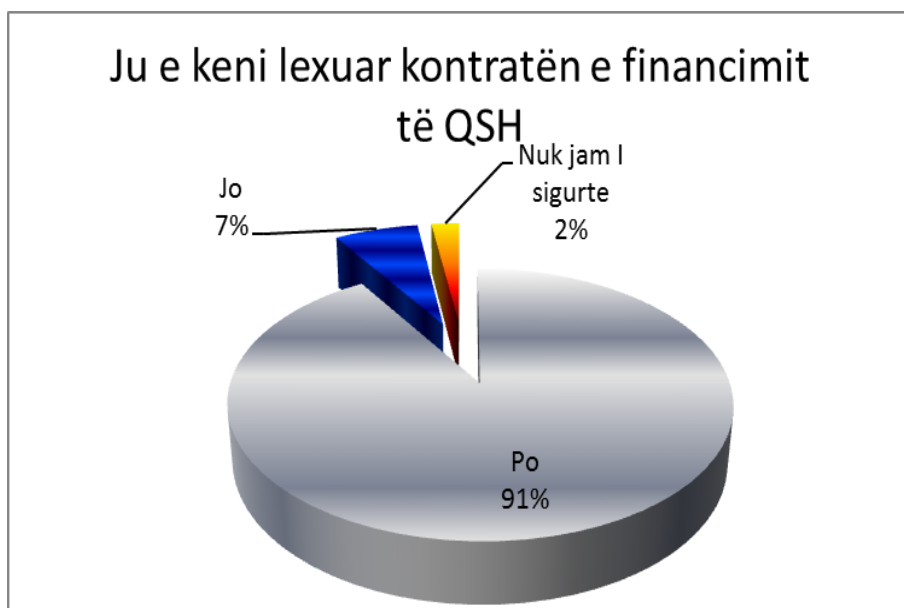
Grafiku Nr.22: Informimi i personelit mbi aktivitetin e QSH

Në Grafikon Nr.22 vihet re që 84% e të intervistuarve kanë informacion mbi çfarë ndodh në QSh dhe 7% nuk e kanë.



Grafiku Nr.23 : Njohuritë mbi funksionimin e Bordit të QSh

Bordi i QSH si “parlamenti” i QSH merr vendime të rëndësishme për funksionimin e saj, kështu që njohuria mbi funksionimin e tij ndihmon në kuptimin e vendimeve të tij. Kështu, 75% e të intervistuarve kanë njohuri se si funksionon Bordi ndërsa 14% nuk e kanë këtë informacion (Grafiku Nr.23).



Grafiku Nr.24 : Leximi i kontratës së financimit të QSh nga stafi

Detyrimet e QSh dhe personelit mjekësor gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor janë të përshkruara në kontratën e financimit. Kështu që leximi i saj i bën personelin shëndetësor më të ndërgjegjshëm ndaj detyrave dhe suksesit në punë. 91% e të intervistuarve pohojnë që e kanë lexuar kontratën e financimit dhe vetëm 7% nuk e kanë lexuar atë (Grafiku Nr.24).

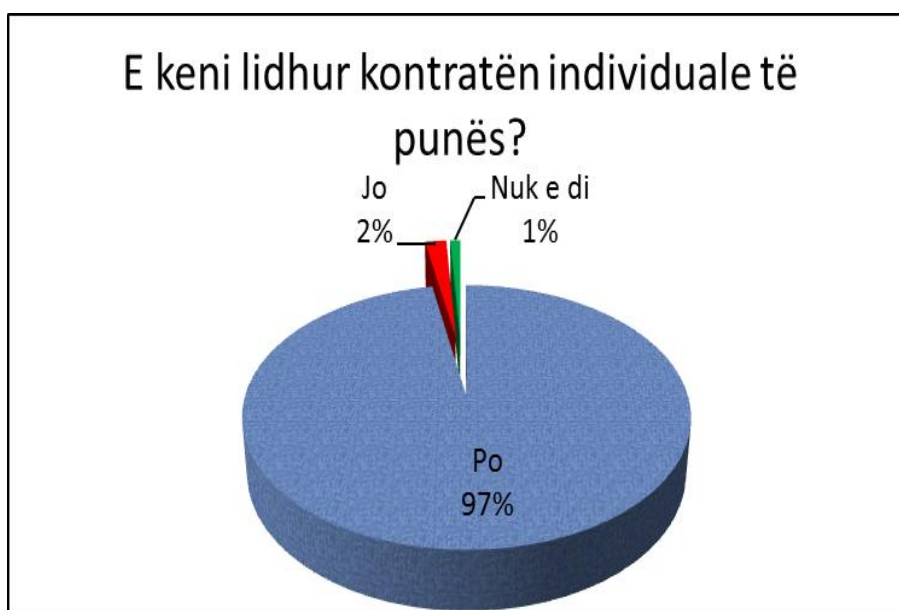


Grafiku Nr.25 : Njohuria mbi urdhërat, udhëzimet dhe protokollet

Në punën e përditshme personeli shëndetësor udhëhiqet nga udhëzimet, urdhërat dhe protokollet përkatëse që dalin nga ISKSH. 88% e të intervistuarve pohojnë që kanë info dhe 5% nuk kanë info mbi udhëzimet, urdhërat dhe protokollet përkatëse (Grafiku Nr.25).

5.4. Siguria dhe kënaqësia në punë

Një faktor që ndikon në suksesin e reformave në shëndetësi, është siguria dhe kënaqësia e stafit mjekësor në punë. Sipas teorisë së motivimit të Maslow, siguria në punë është në nivelin e dytë të piramidës së Hierarkisë së Nevojave²⁷ të punonjësve në një institucion. Burimet njerëzore që zbatojnë reformën në kujdesin shëndetësor parësor ka nevojë që të ndjehen të sigurtë në vendin e punës dhe të vlerësojnë për punën e bërë. Të dhënat e pasqyruara në Grafikon Nr.26 tregojnë që 97% e personelit mjekësor ka lidhur kontratën individuale me Drejtorin e QSh. Kontrata individuale e punës nuk ekzistonte përpara fillimit të reformës në vitin 2007, sepse edhe QSh nuk funksiononte si “ndërmarrje”.



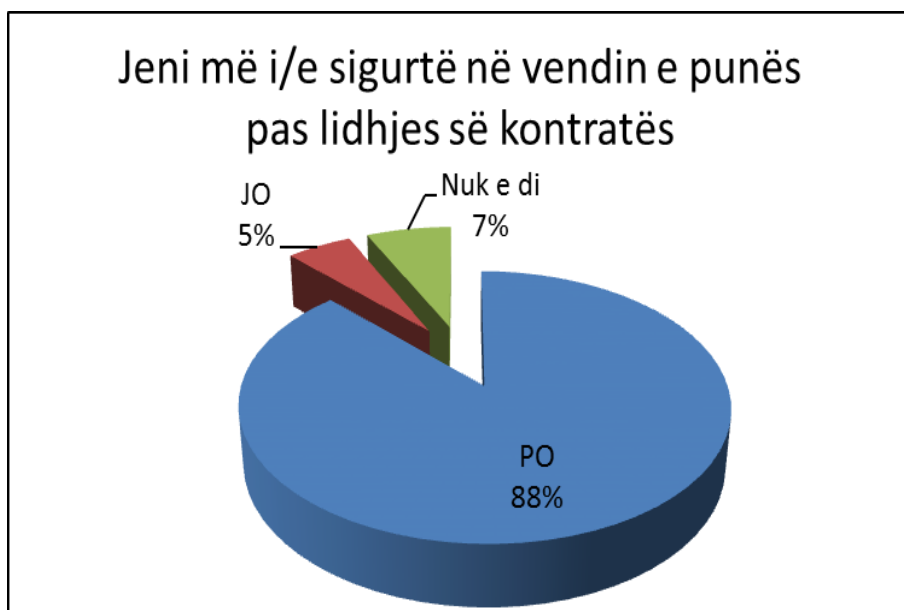
Grafiku Nr.26: Përqindja e stafit mjekësor që ka lidhur kontratën individuale të punës

Ndërkohë, lidhja e kontratës individuale të punës krijon siguri për vendin e punës, sepse kontrata është hartuar bazuar në Kodin e Punës²⁸, gjë që është e vështirë për t'u prishur nga ana e Drejtorit të QSh. Bazuar në këtë, në Grafikon Nr.27 tregohet që 88% e të intervistuarve ndjehen më të sigurtë në vendin e punës pas lidhjes së kontratës individuale të punës. Sipas teorisë së motivimit të dy-faktorëve nga Herzberg, një prej elementëve të “faktorit higjienik” që eliminon pakënaqësinë në punë dhe ndikon pozitivisht në motivimin e punonjësve është edhe siguria në punë²⁹.

²⁷ A Theory of Human Motivation, A. H. Maslow (1943)

²⁸ Kontrata individuale QSh – MO/MPF, Aneksi IV

²⁹ Herzberg, Frederick (1959), *The Motivation to Work*



Grafiku Nr.27: Siguria në punë pas lidhjes së kontratës individuale

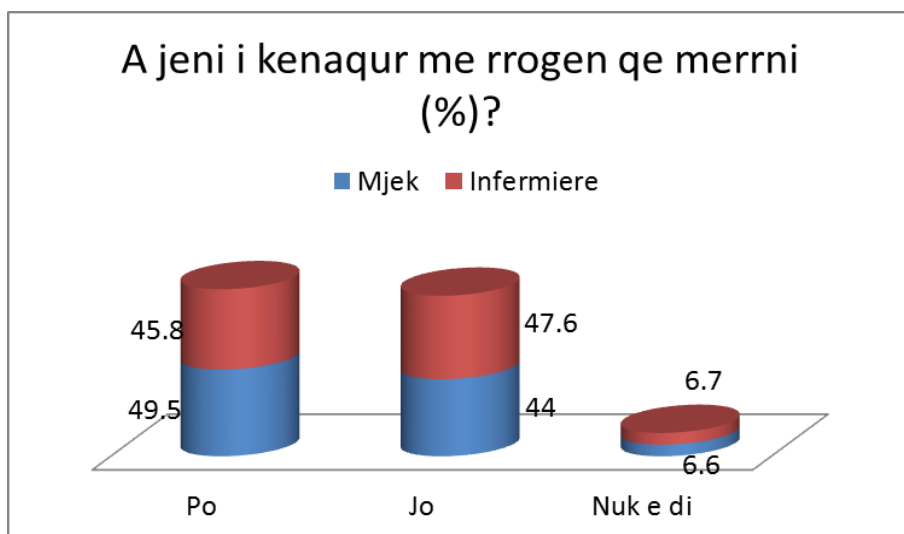
Një tjetër element që ndikon në performancën e stafit mjeksor në punë është kënaqësia ndaj pagesës që marrin në vendin e punës. Sipas principeve të motivimit të punonjësve³⁰ lekët janë shpërblimi më i mire. Duke qenë se lekët janë arsyeja kryesore për njerëzit të punojnë, asnjë shpërblim nuk mund të vlerësohet nëse ato nuk paguhen mjaftueshëm për të mbuluar nevojat e tyre bazë. Në këtë pikë, duket sikur stafi mjeksor është i ndarë pothuaj në mes, 47% janë të kënaqur me pagesën që marrin, ndërsa 46% nuk janë të kënaqur (Grafiku Nr.28).



Grafiku Nr. 28 : Kënaqësia e stafit ndaj pagës që merr në punë

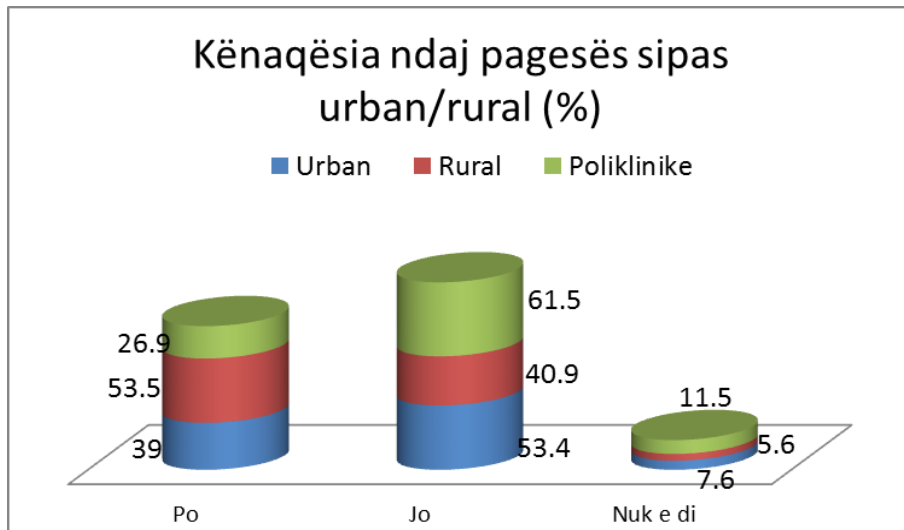
³⁰ De Cenzo AD, Robbins PS. Human Resource Management. 6th edition New York: John Wiley&Sons Inc. 1999

Ndërkohë janë mjekët më të kënaqur me pagën që marrin, ku 49.5% e tyre deklarojnë kënaqësinë ndaj pagesës ndërsa 44% nuk janë të kënaqur. Nga ana tjetër, stafi infermior 45.8% janë të kënaqur ndërsa 47.6% nuk janë të kënaqur me pagesën (Grafiku Nr.29).



Grafiku Nr.29: Kënaqësia ndaj pagesës sipas profesionit

Në Grafikon Nr.30 vërejmë që më të kënaqur me pagesën janë stafi mjeksor në zonat rurale me 53%, ndërsa më të pakënaqur janë në zonat urbane me 53.4%.

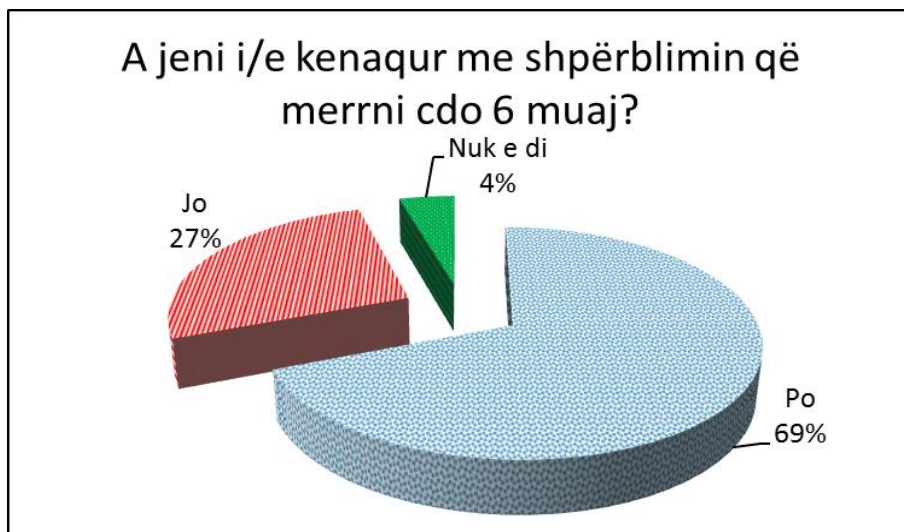


Grafiku Nr.30: Kënaqësia ndaj pagesës sipas zonës ku punojnë

Një nga elementët e rinj të reformës financiare që ju nënshtrua kujdesi shëndetësor parësor është edhe shpërblimi që QSh mund t'u japë personelit 2 herë në vit, në Qershor dhe në Dhjetor. Një prej principeve të motivimit të punonjësve është shpërble performancën³¹. Mënyra më e mirë për inkurajimin e rritjes së performancës është të

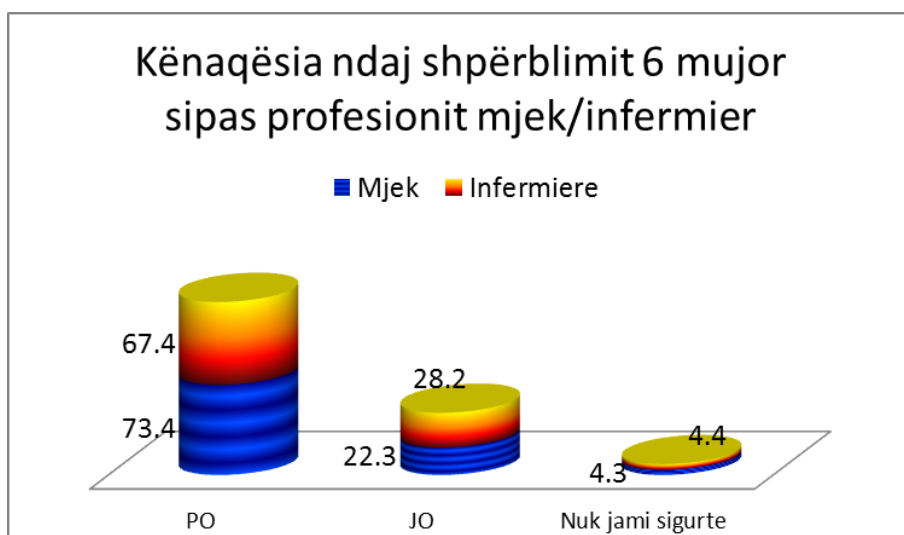
³¹ De Cenzo AD, Robbins PS. Human Resource Management. 6th edition New York: John Wiley&Sons Inc. 1999

shpërblesh individët për performancën e tyre ose të lidhësh cdo shpërblim tjetër ata marrin me arritjen e qëllimeve të organizatës. Prandaj ky element është vendosur në kontratën e QSH për të motivuar stafin mjeksor që të ofrojë shërbim sa më cilësor ndaj banorëve që kanë në zonën e mbulimit. Në Grafikon Nr.31 shikojmë që 69% e stafit të intervistuar deklarojnë që janë të kënaqur me shpërblimin që marrin dy herë në vit, ndërsa vetëm 27% deklarojnë të kundërtën.



Grafiku Nr.31: Kënaqësia ndaj shpërblimit që jepet cdo 6 muaj

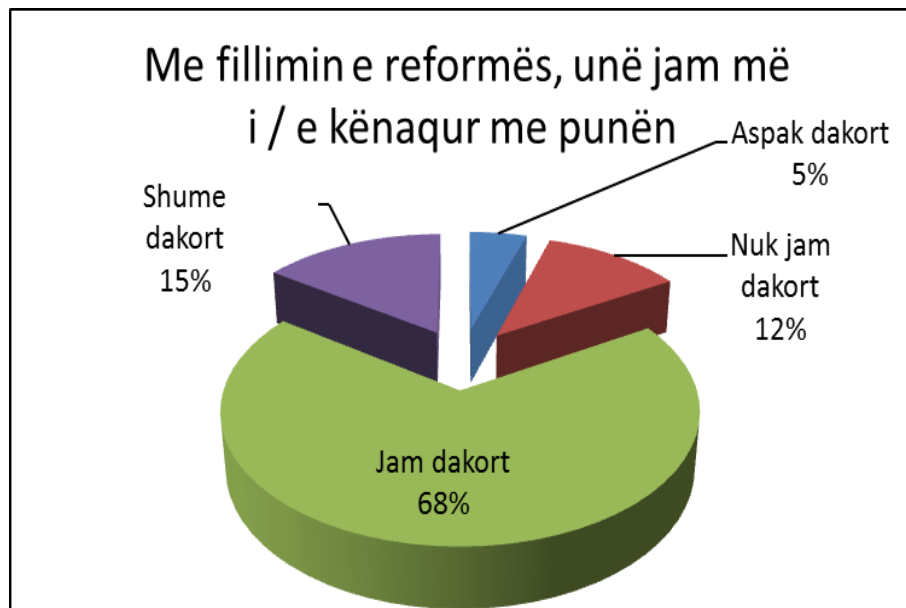
Nëse bëjmë analizim të kënaqësisë së stafit mjeksor ndaj shpërblimit që marrin dy herë në vit, të ndarë sipas profesionit mjek/infermier, atëherë vërejmë që janë mjekët më të kënaqur me shpërblimin me 73.4%, kundrejt 67.4% e Infermiereve të intervistuar që janë të kënaqur (Grafiku Nr.32).



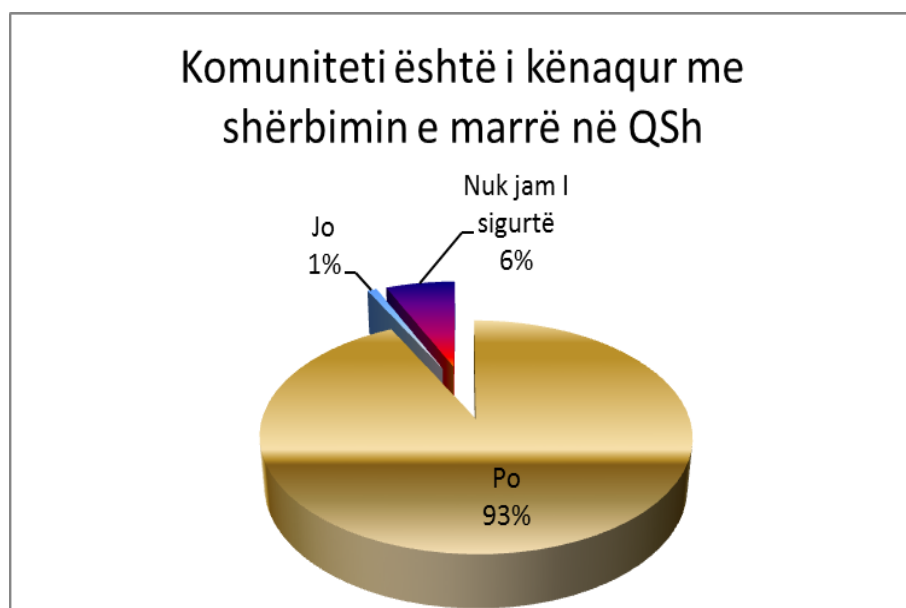
Grafiku Nr.32 : Kënaqësia e stafit mjeksor ndaj shpërblimit që marrin dy herë në vit sipas profesionit

Përtej elementëve të sigurisë në punë, kënaqësisë me pagesën apo shpërblimin dy herë në vit, kënaqësia në punë e stafit mjeksor është një element thelbësor për të

performuar më mirë. Kështu, në Grafikon Nr.33 vërejmë që 68% e stafit të intervistuar deklarojnë që janë dakort dhe 15% shumë dakort, që janë më të kënaqur me punën që prej fillimit të reformës.



Grafiku Nr.33: Kënaqësia në punë prej fillimit të reformës

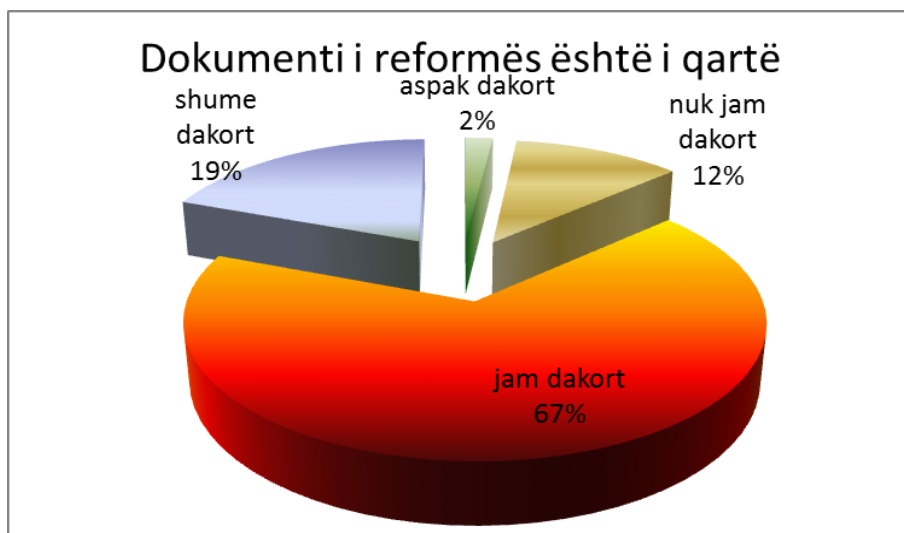


Grafiku Nr.34 : Mendimi nëse komuniteti është i kënaqur me shërbimin

Qëllimi i reformës së ndërmarrë në kujdesin parësor është që të ofrohet një shërbim shëndetësor sa më i mirë dhe komuniteti të jetë i kënaqur me cilësinë e shërbimit. 93% e të intervistuarve janë të mendimit se komuniteti është i kënaqur me shërbimin që merr në QSH dhe vetëm 1% deklaroi të kundërtën (Grafiku Nr.34).

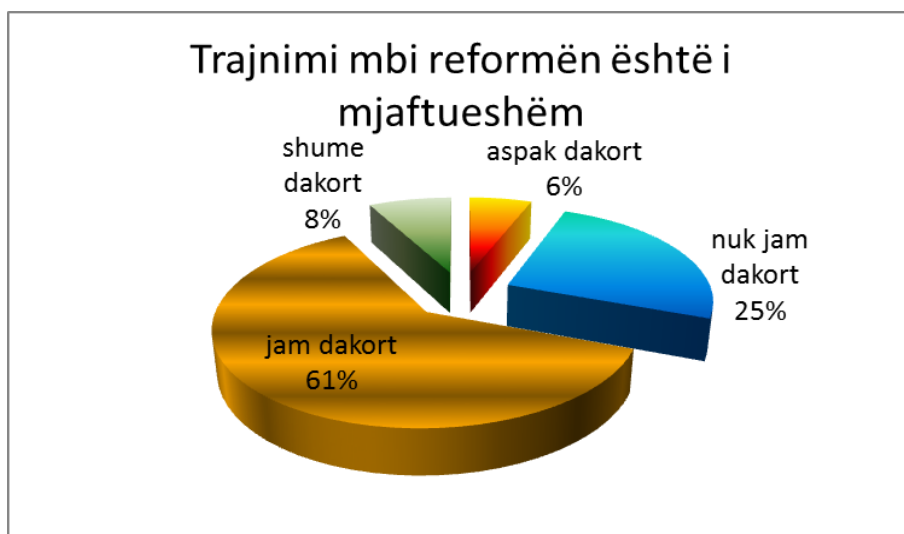
5.5. Njohuritë për reformën nga Drejtorët e Qendrave Shëndetësore

Me fillimin e reformës qendrat shëndetësore drejtohen nga Drejtorët e tyre, të cilët kanë përgjegjësinë ligjore për menaxhimin e burimeve financiare, njerëzore dhe materiale që ka qendra shëndetësore. Bazuar në këto përgjegjësi, përgatitja profesionale dhe familjarizimi me kërkesat e reformës marrin një rëndësi të dorës së parë. Shumica e Drejtorëve të qendrave shëndetësore të intervistuar (67%) deklarojnë se janë dakort që dokumenti i reformës në kujdesin shëndetësor parësor është i qartë dhe 19% janë shumë dakort (Grafiku Nr.35).



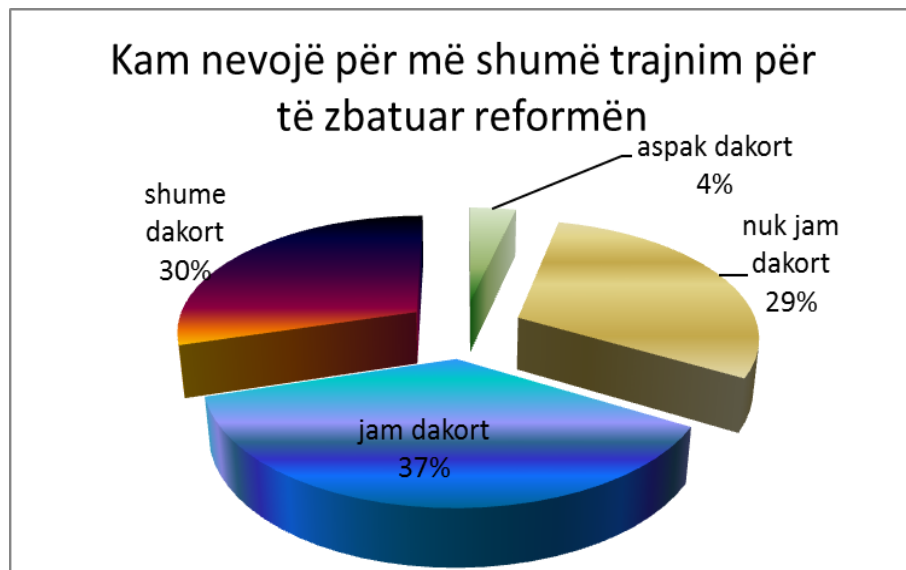
Grafiku Nr.35 : Qartësia e dokumentit të reformës në sytë e Drejtorëve të QSh

Shumica e Drejtorëve janë dakort (61%) dhe 8% shumë dakort që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm me qëllim kuptimin dhe zbatimin e saj (Grafiku Nr.36).



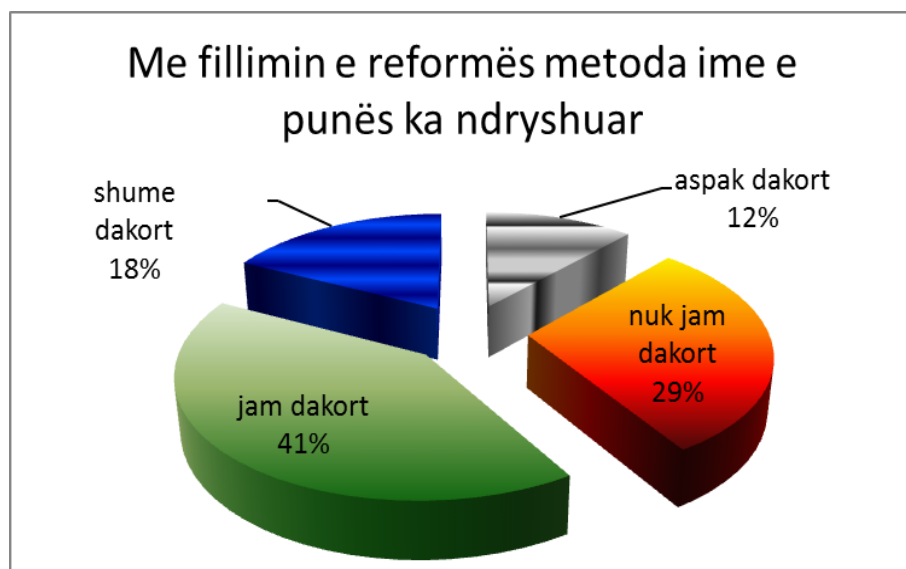
Grafiku Nr.36 : Deklarimi i Drejtorëve të QSh mbi trainimin për reformën

Megjithëse shumica e Drejtorëve deklarojnë se trainimi i reformës është i mjaftueshëm, 67% e tyre janë dakort dhe shumë dakort se kanë nevojë për më shumë trainim për të zbatuar reformën (Grafiku Nr.37).



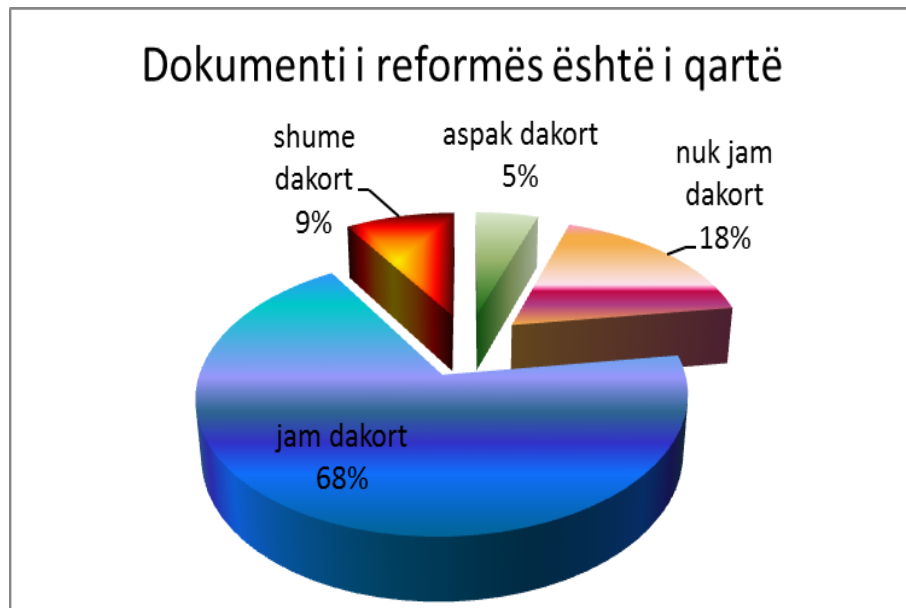
Grafiku Nr.37 : Nevojat e Drejtorëve për më shumë trainim për reformën

Kërkesa e Drejtorëve për më shumë trainim për reformën justifikohet edhe nga deklarimi i tyre mbi ndryshimin e metodës së punës së tyre. Kështu, afërsisht 59 % janë dakort dhe shumë dakort që metoda e tyre e punës ka ndryshuar me fillimin e punës, por 41% deklarojnë se nuk janë dakort dhe aspak dakort që metoda e punës ka ndryshuar (Grafiku Nr.38).



Grafiku Nr.38 : Deklarimi i Drejtorëve të QSh mbi ndryshimin e metodës së punës prej fillimit të reformës

Në grafikun Nr.39 paraqitet dakortësia e Drejtorëve mbi qartësinë e reformës, ku 68% janë dakort dhe 9% shumë dakort (77% të dy së bashku) që dokumenti është i qartë. 18% nuk janë dakort dhe 5% aspak dakort (23% të dy së bashku) që dokumenti është i qartë.



Grafiku Nr.39 : Deklarimi i Drejtorëve mbi qartësinë e dokumentit të reformës

80 % e Drejtorëve janë dakort dhe shumë dakort që kanë nevojë për më shumë trainim për të kuptuar reformën, ndërkohë që rreth 70% e tyre pranojnë që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm (Tabela Nr.5.10).

Tabela Nr.5.10 : Njohuritë e Drejtorëve të QSh për reformën në kudjesin parësor

Drejtorët lidhur me reformën	aspak dakort	nuk jam dakort	jam dakort	shumë dakort
N=52	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Kam nevojë për më shumë trajnim për të kuptuar reformën	1	9	32	10
	1,9	17,3	61,5	19,2
trajnimi mbi reformën është i mjaftueshëm	3	13	32	4
	5,8	25,0	61,5	7,7

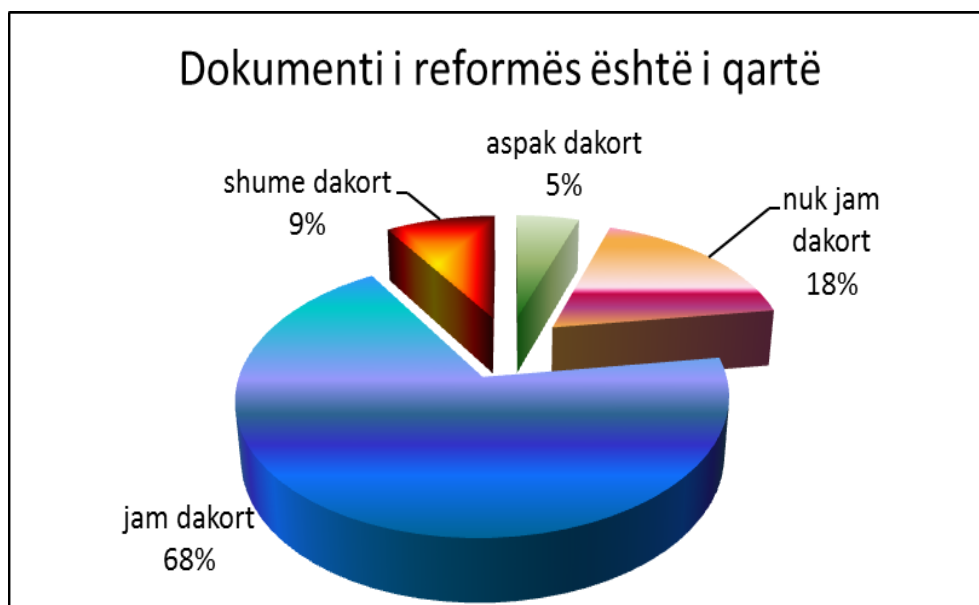
Reforma në parësor zbatohet jo vetëm nga Drejtorët e QSh por edhe nga stafi mjeksor. Me qëllim arritjen e objektivave të vendosura në kontratën e financimit por edhe realizimin e indikatorëve përkatës është e nevojshme që personeli mjeksor të ketë njohuri mbi reformën dhe të veprojnë si ekip.

Tabela Nr.5.11 : Njohuritë e stafit mjekësor (pa Drejtorët) mbi reformën në parësor

Personeli shëndetësor lidhur me reformën n=632	aspak dakort N (%)	nuk jam dakort N (%)	jam dakort N (%)	shumë dakort N (%)
Trajnimi mbi reformën është i mjaftueshëm	52 8,2	204 32,3	343 54,3	33 5,2
Kam nevojë për më shumë trajnim për të kuptuar reformën	24 3,8	115 18,2	416 65,8	77 12,2
Kam nevojë për më shumë trajnim për të zbatuar reformën	14 4,4	73 22,9	175 54,9	57 17,9
me fillimin e reformës metoda ime e punës ka ndryshuar	106 16,9	209 33,2	267 42,4	47 7,5

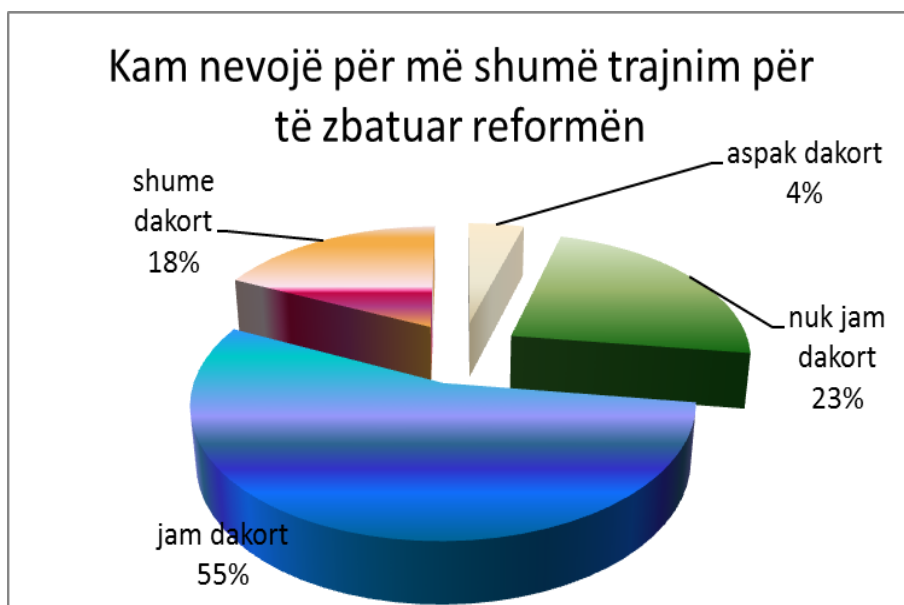
Në tabelën Nr.5.11 janë shikojmë që shumica e tyre (60%) thonë që trajnimi mbi reformën është i mjaftueshëm, por ndërkohë e shikojnë të nevojshme trainimin e vazhdueshëm mbi këtë çështje, ku 78% e tyre deklarojnë që kanë nevojë për më shumë trajnim për të kuptuar reformën. Duke qënë se reforma është një proces dhe cdo vit futen elementë të rinj të saj, rreth 72% e tyre kanë nevojë për më shumë trajnim për zbatimin e reformës.

Përmes testit Chi-square nuk u gjet asnjë diferencë statistikisht e rëndësishme mes menaxherëve dhe personelit shëndetësor lidhur me reformën. Në përqindjen më të lartë ata japin alternativat e përgjigjeve “jam dakort” ose “shumë dakort”.



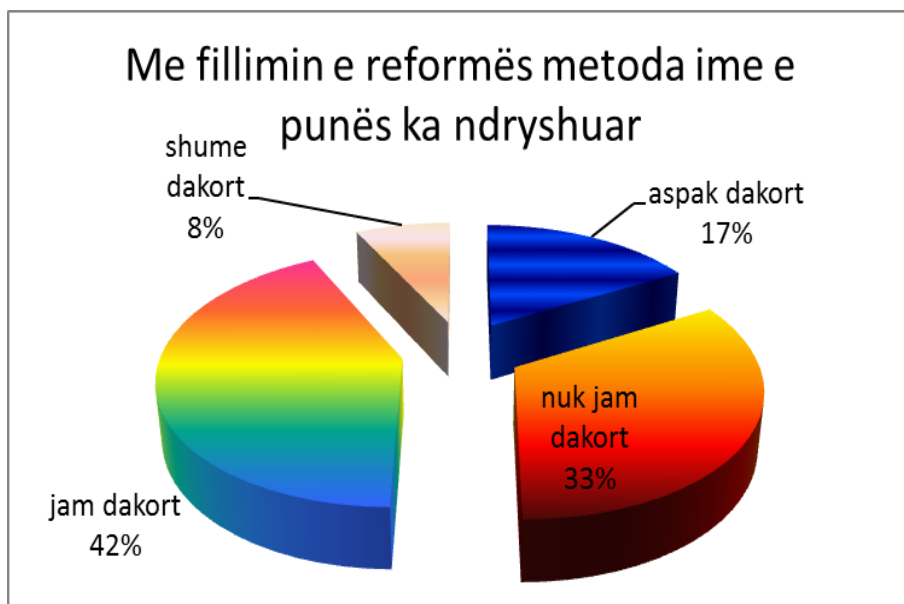
Grafiku Nr.40 : Dakortësia e stafit mjeksor në lidhje me qartësinë e dokumentit të reformës

Në Grafiku Nr.40 vihet re që 77% e personelit mjeksor janë dakort apo shumë dakort që dokumenti i reformës është i qartë.



Grafiku Nr.41 : Nevoja e personelit shëndetësor për training në lidhje me zbatimin e reformës

Në grafikun Nr.41 në mënyrë vizuale vërejmë rezultatin që kishim në Tabelën Nr.10, ku 73% e personelit janë dakort dhe shumë dakort që kanë nevojë për më shumë training për të zbatuar reformën.



Grafiku Nr.42: Përshtypja e personelit shëndetësor ndaj metodës së punës pas fillimit të reformës

Në grafikun Nr.42 vërehet që opinionin e personelit mbi ndryshimin e metodës së punës që prej fillimit të reformës është i ndarë më dysh, 50-50 %.

Tabela Nr.5.12 : Vlerësimi i Drejtorëve dhe stafit mjeksor rreth njohurive për reformën

Vlerësimi i reformës	Vlerësimi i Drejtorëve lidhur me reformën n=52 (%)		Vlerësimi i personelit shëndetësor lidhur me reformën n=632 (%)		vlera p
	Jo dakort	dakort	jo dakort	dakort	
Dokumenti i reformës është i qartë	7 13.4	45 86.5	143 22.7	488 77.4	0.027
Kam nevojë për më shumë trajnim për të kuptuar reformën	10 19.2	42 80.7	139 22.0	493 78.0	0.161
Kam nevojë për më shumë trajnim për të zbatuar reformën	9 33.3	18 66.6	87 27.3	232 72.8	0.113
me fillimin e reformës metoda ime e punës ka ndryshuar	21 41.2	30 58.8	315 50.1	314 49.9	0.355
trajnimi mbi reformën është i mjaftueshëm	16 30.8	36 69.2	256 40.5	376 59.5	0.047

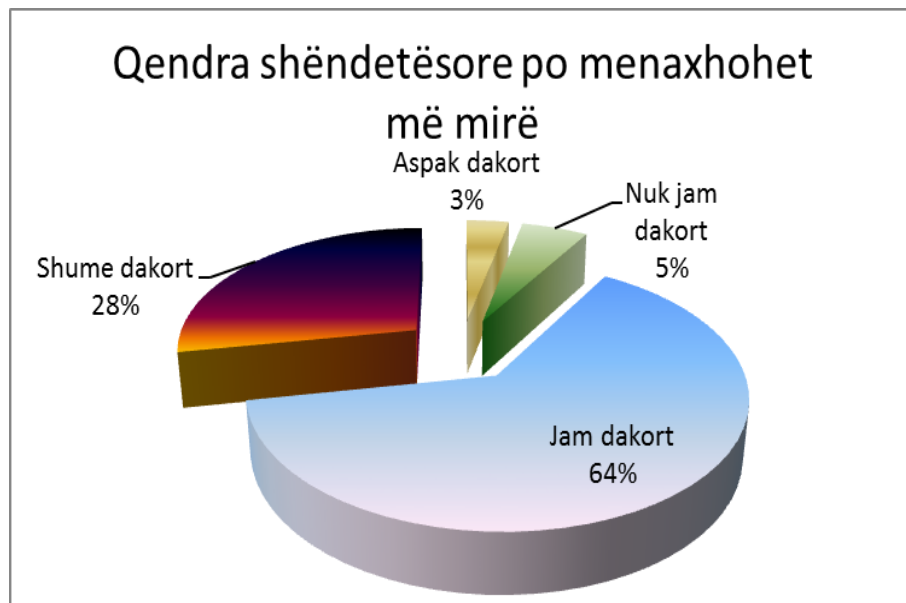
Në Tabelën Nr.5.12 krahasohet njohuritë mbi reformën e Drejtorëve dhe stafit tjetër të QSH, dhe shikojmë që lidhja është më e fortë për përgjigjen “dokumenit i reformës është i qartë” ku $p = 0.027$ dhe “trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm” ku $p = 0.047$.

5.6. Opinioni i stafit mjeksor mbi funksionimin e QSh

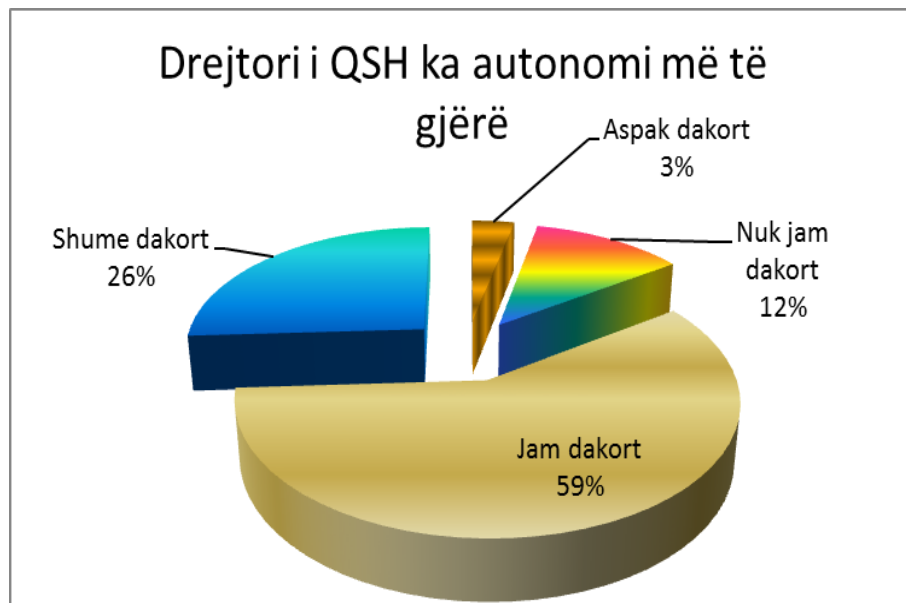
Me fillimin e reformës QSh menaxhohet nga Drejtori dhe ekonomisti i saj, të cilët kanë autonominë për menaxhimin e burimeve financiare dhe njerëzore për plotësimin e objektivave të vendosura në kontratën e financimit.

Në Grafikun Nr.43 vërehet që personeli mjeksor në shumicë dërrmuese me 92% janë dakort dhe shumë dakort që QSh po menaxhohet më mirë pas fillimit të reformës në parësor. Në menaxhimin e QSh përfshihen organizimi i punës së përditshme i personelit mjeksor, prokurimi i barnave dhe materialeve mjeksore për kujdesin ndaj rasteve urgjente, blerja e kитеve laboratorike për bërjen e analizave laboratorike në ato

QSH që kanë aparaturat përkatëse, blerja e materialeve higjienizuese për të krijuar një ambient të sigurtë, si dhe mirëmbajtja e ambienteve dhe mjeteve të punës.

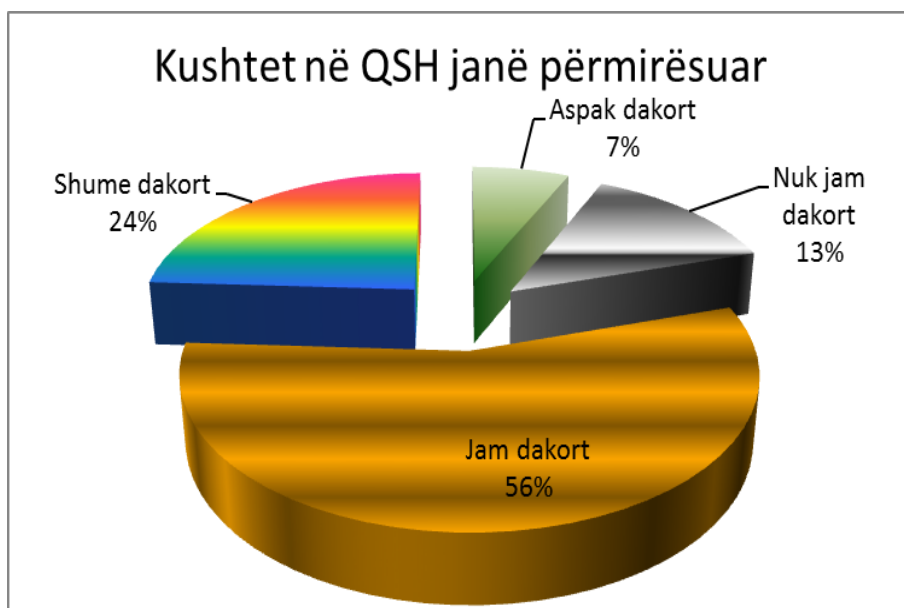


Grafiku Nr.43 : Opinioni i stafit mjeksor mbi menaxhimin e QSH pas reformës



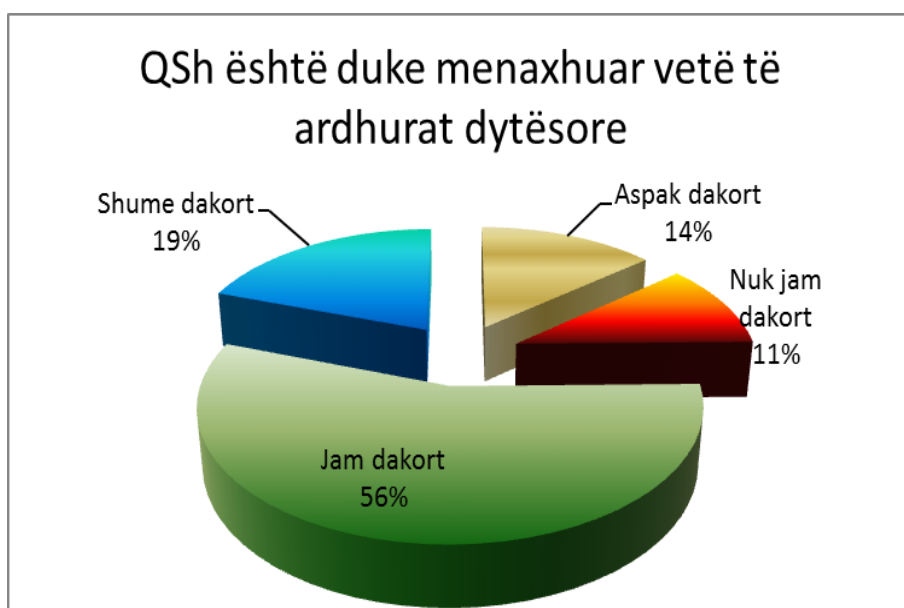
Grafiku Nr.44 : Opinioni i stafit mjeksor mbi autonominë e Drejtorit të QSh

Në Grafikon Nr.44 vërehet që shumica e stafit mjeksor, 85% e tyre pranojnë që Drejtori i QSH ka autonomi më të gjërë nga sa kishte patur përpara fillimit të reformës.



Grafiku Nr.45 : Opinioni i stafit mjeksor mbi kushtet e punës në QSh

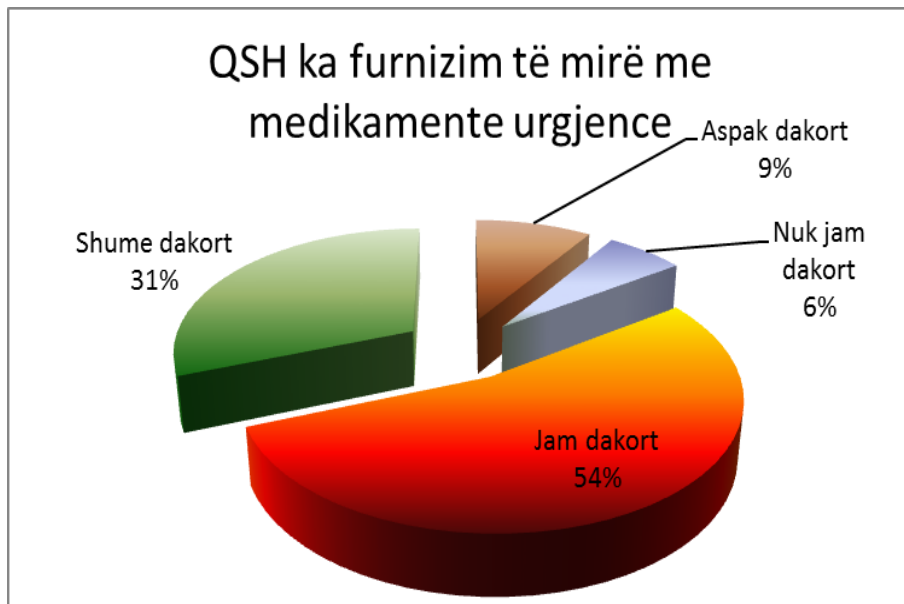
Në Grafikon Nr.45 vërehet që 82% e stafit mjeksor janë dakort dhe shumë dakort që kushtet e punës në QSh pas fillimit të reformës janë përmirësuar. Në kushtet e punës përfshihen mjetet e punës që stafi ka në dispozicion, barnat dhe materialet e konsumit, ambiente te pastra dhe të përshtatshme për të punuar.



Grafiku Nr.46 : Njohuria e stafit mjeksor mbi përdorimin e të ardhurave dytësore

Një nga risitë e reformës ishte lënia e të ardhurat dytësore që QSh mblidhte në duart e saj, dhe përdorimi sipas disa rregullave të përgatitura nga Këshilli Administrativ i

ISKSH-së³². Në Grafikun Nr.46 vërejmë që 75% e personelit mjeksor të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që QSH është duke i përdorur vetë të ardhurat dytësore.



Grafiku Nr.47 : Opinioni i stafit mjeksor mbi furnizimin me barnat e urgjencës

Në Grafikun Nr.47 vërejmë që 85% e stafit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që QSh ka furnizim të mirë me medikamente të urgjencës.



Grafiku Nr.48 : Opinioni i stafit mjeksor mbi furnizimin me material për ofrimin e paketës bazë

Me fillimin e reformës kontrata e financimit midis ISKSH dhe QSh bazohet në ofrimin e një liste shërbimesh.³³ Në vitin e tretë të refomës u aprovua paketa bazë që

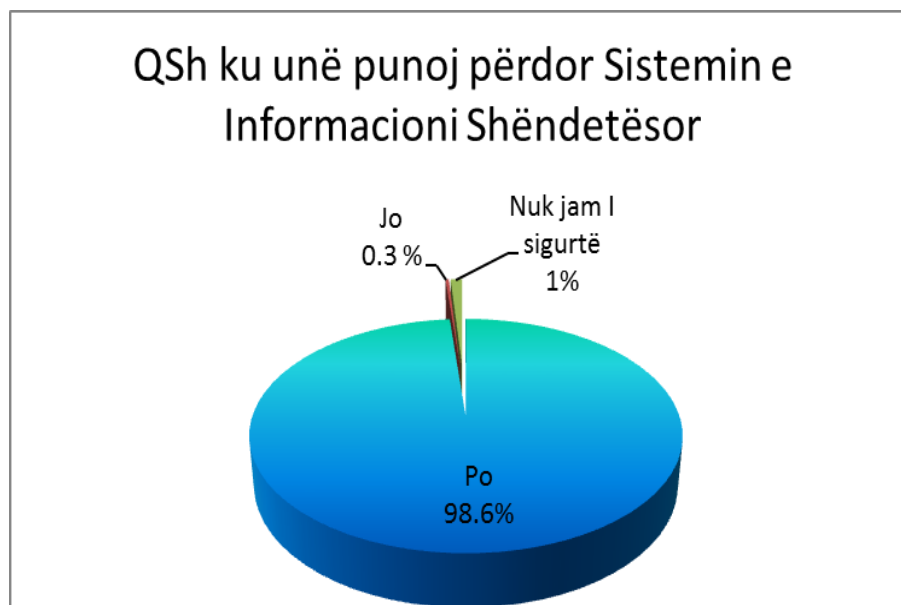
³² Udhëzimi Nr.14, Date.15.06. 2009, “Për përdorimin e të ardhurave të tjera që realizojnë qendrat shëndetësore nga veprimtaria e tyre”

përbëhet prej 7 shërbimesh: 1-Kujdesi për rastet e urgjencës, 2-Kujdesi për fëmijët, 3-Kujdesi për gratë dhe shëndeti riprodhues, 4-kujdesi për të rriturit, 5-kujdesi për moshën e tretë, 6-kujdesi për shëndetin mendor, 7-edukimi dhe promovimi shëndetësor³⁴.

Në Grafikun Nr.48 vërejmë që 73% e të intervistuarve janë dakort dhe shumë dakort që në QSh janë të pranishme materialet që nevojiten për ofrimin e paketës bazë.

5.7. Sistemi i Informacionit Shëndetësor

Prej vitit 2008-2009 ISKSh në bashkëpunim me projektin ProShëndetit që asistonte reformën në kujdesin parësor filloi zbatimin e Sistemit të Informacionit Shëndetësor (SISH) në nivel QSh. Për këtë qëllim u trainuan i gjithë personeli shëndetësor mjek dhe infermier për mënyrën e plotësimit të formularit të vizitës dhe atij të procedurave mjeksore. SISH bazohet në plotësimin e një formulari për cdo vizitë që kryen Mjeku i familjes ose infermierja, dhe informacioni i tij dixhitalizohet duke u hedhur manualisht në databasen e përgatitur. Bazuar në një Memorandum mirëkuptimi midis ISKSH dhe Ministrisë së Shëndetësisë në v.2009, ISKSh mori përsipër shtrirjen e SISH në të gjithë vendin dhe ndarjen e informacionit të grumbulluar me Ministrinë e Shëndetësisë. Prej vitit 2010 informacioni për aktivitetin e QSH dhe për llogaritjen e indikatorëve të performancës dhe bonusit bëhet përmes SISH. Si rrjedhojë njohuria e personelit mjeksor mbi SISH dhe mënyrën si funksionon ka rëndësi në lidhje me matjen e rezultateve të punës së tyre.

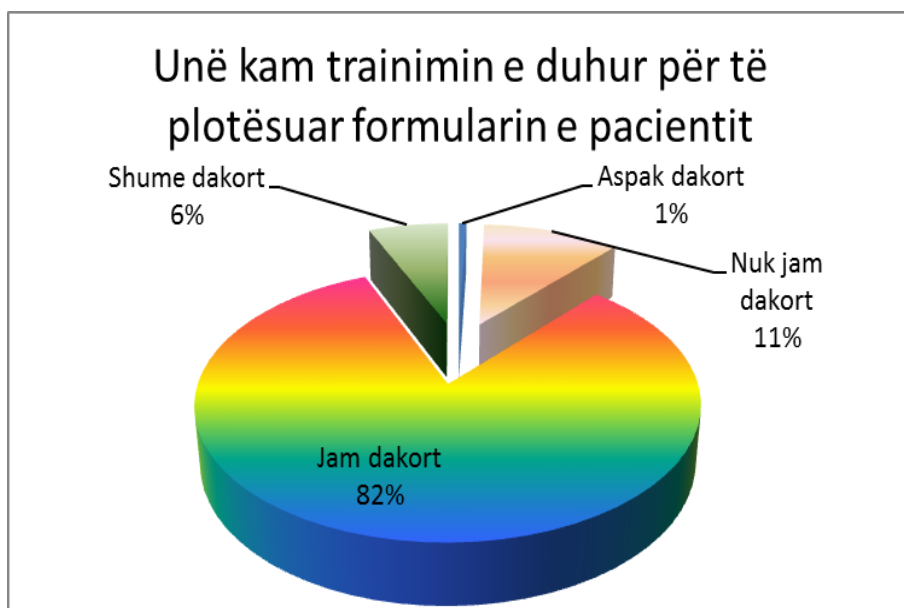


Grafiku Nr.49 : Njohuria mbi funksionimin e SISH

Në Grafikun Nr.49 vërejmë që 98.6% e personelit të intervistuar deklaron që përdor SISH në vendin e punës.

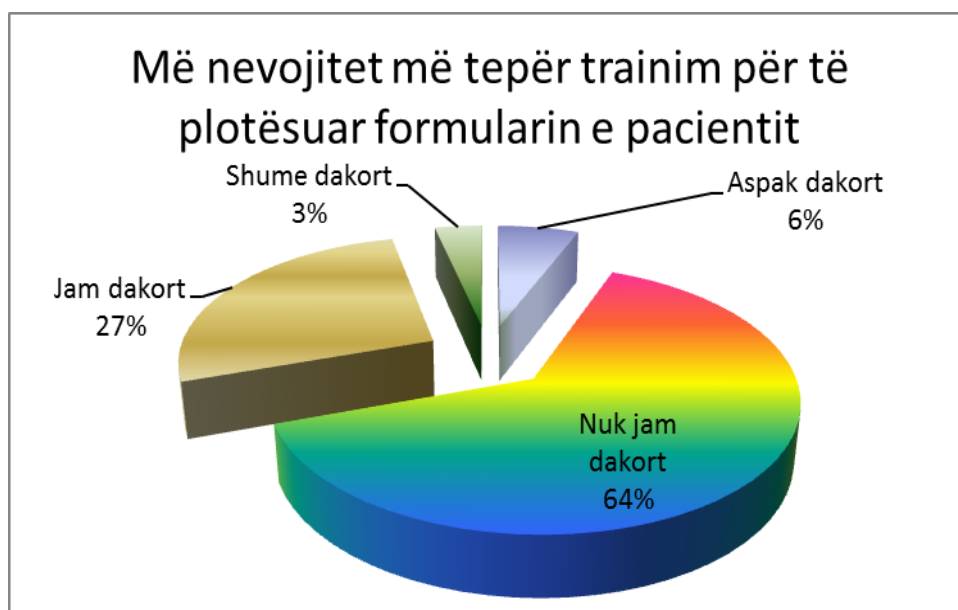
³³ VKM 857 Datë 20.12.2006, Aneksi II

³⁴ Urdhër Nr.95 Datë 16.02.2009, Për miratimin e paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor



Grafiku Nr.50 : Trainimi i stafit mjekësor mbi plotësimin e FP

88% e stafit të intervistuar deklarojnë që janë dakort dhe shumë dakort që kanë trainimin e duhur për plotësimin e formularit të pacientit (FP) që është në bazë të funksionimit të SISH (Grafiku Nr.50).



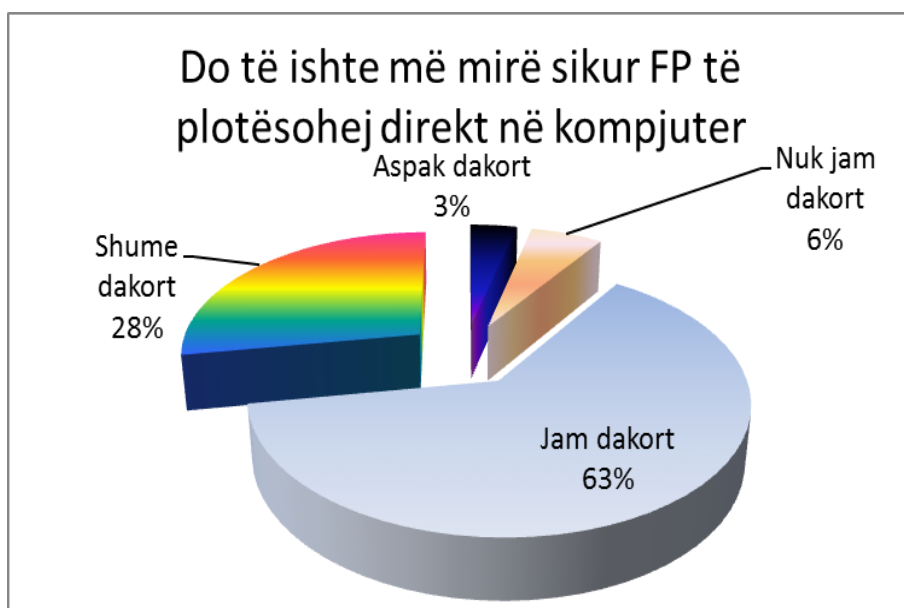
Grafiku Nr.51 : Nevoja për trainim të mëtejshëm për plotësimin e FP

70% e stafit të intervistuar deklarojnë që nuk kanë nevojë për trainim të mëtejshëm për plotësimin e formularit të pacientit dhe vetëm 30% janë dakort dhe shumë dakort që kanë nevojë për më shumë trainim (Grafiku Nr.51).



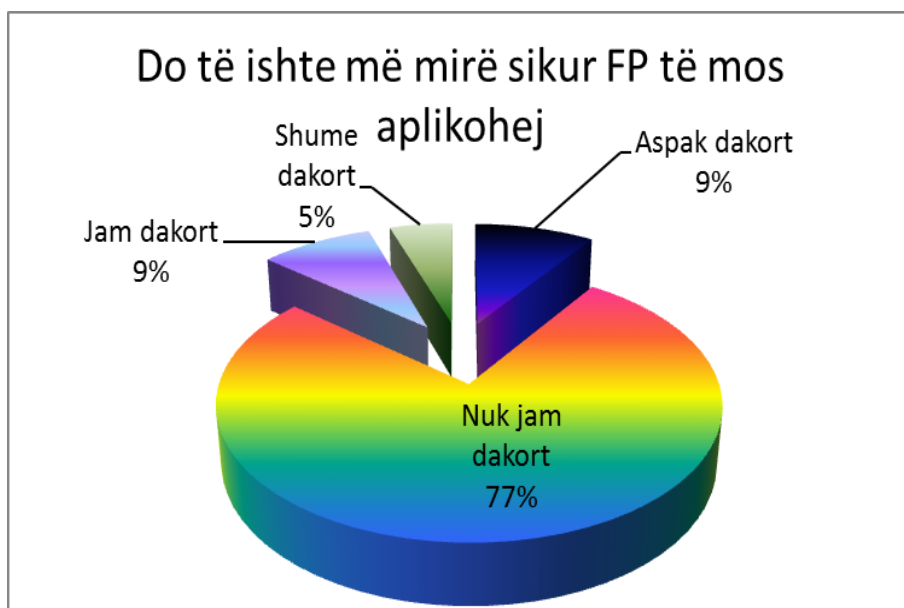
Grafiku Nr.52 : Opinioni i stafit mjeksor mbi impaktin e SISH

94% e personelit mjeksor të intervistuar deklarojnë që janë dakort dhe shumë dakort që raportimi me formularin e SISH do të ndikojë në performancën e QSH (Grafiku Nr.52). Dhe kjo është e vërtetë sepse sa më saktë të raportohet aktiviteti me anë të SISH aq më e saktë do të jetë edhe llogaritja e performancës së QSH.



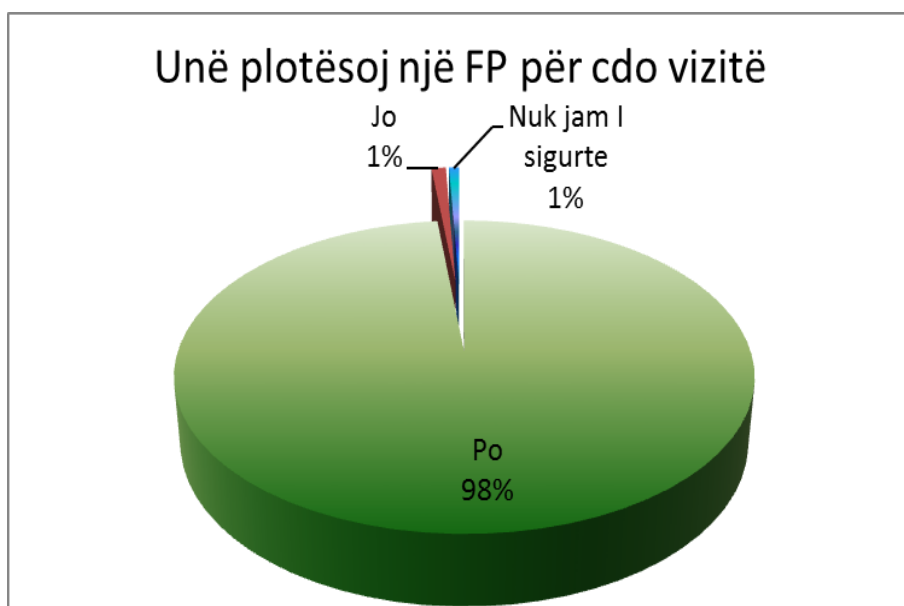
Grafiku Nr.53 : Opinioni i stafit mjeksor mbi mënyrën e plotësimit të FP

Formulari i pacientit plotësohet me dorë dhe më vonë informacioni hidhet në kompjuter, ndërkohë që 91% e stafit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort (Grafiku Nr.53) që FP të plotësohej direkt në kompjuter.



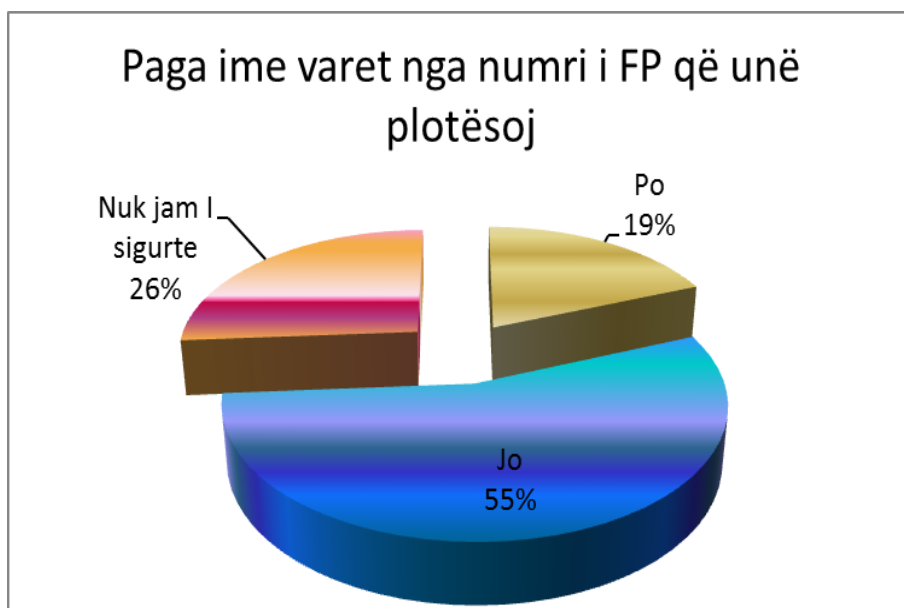
Grafiku Nr.54: Opinioni i stafit mjeksor mbi aplikimin e FP

86% e stafit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që të aplikohet FP në QSH. Kjo tregon që personeli mjeksor është i qartë për impaktin e SISH në aktivitetin e QSh (Grafiku Nr.54).



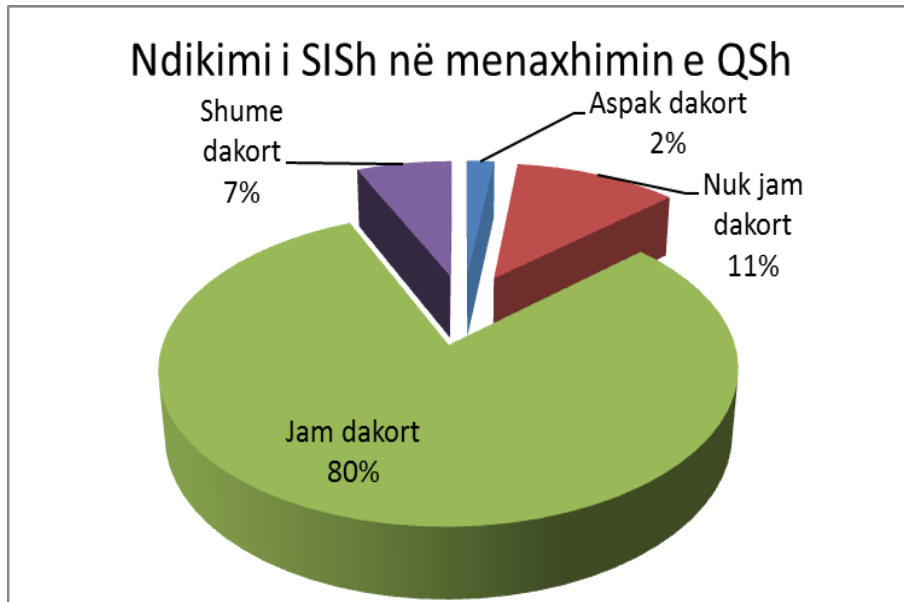
Grafiku Nr.55: Funksionimi i SISH në nivel personeli

98% e stafit të intervistuar deklarojnë që plotësojnë një FP për cdo vizitë që ato kryejnë në QSH, pra ashtu sic e kërkon edhe manuali i SISH (Grafiku Nr.55).



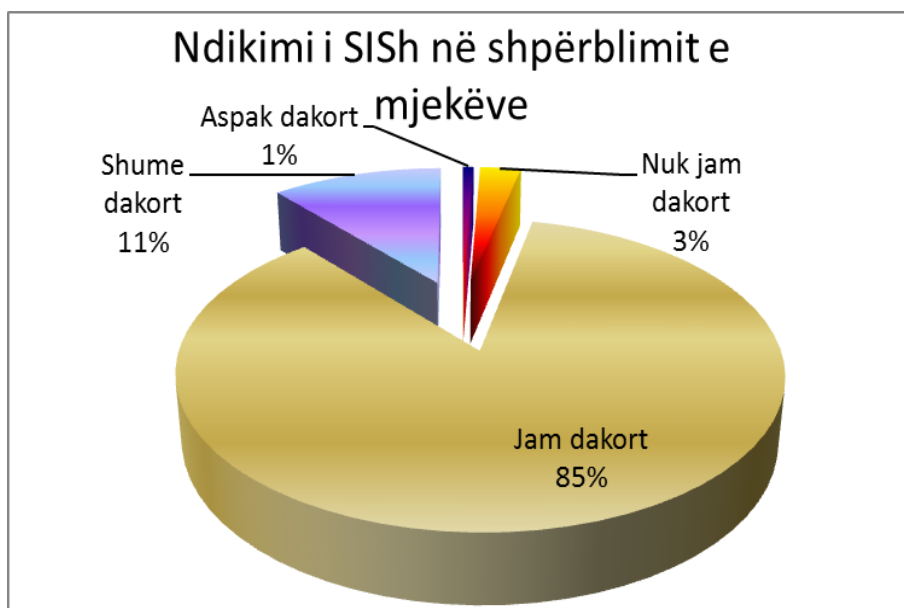
Grafiku Nr.56: Lidhja e pagës me SISH

Në lidhje me njohurinë e stafit për ndikimin e SISH në pagën e tyre, 55% thonë që nuk ndikon, 26% nuk janë të sigurtë dhe 19% që ndikon (Grafiku Nr.56). Në të vërtetë paga e personelit mjeksor nuk varet nga volume i punës që kryejnë dhe raportohet përmes SISH, por vetëm shpërblimi që ato marrin cdo 6-muaj varet nga raportimi dhe funksionimi i SISH.



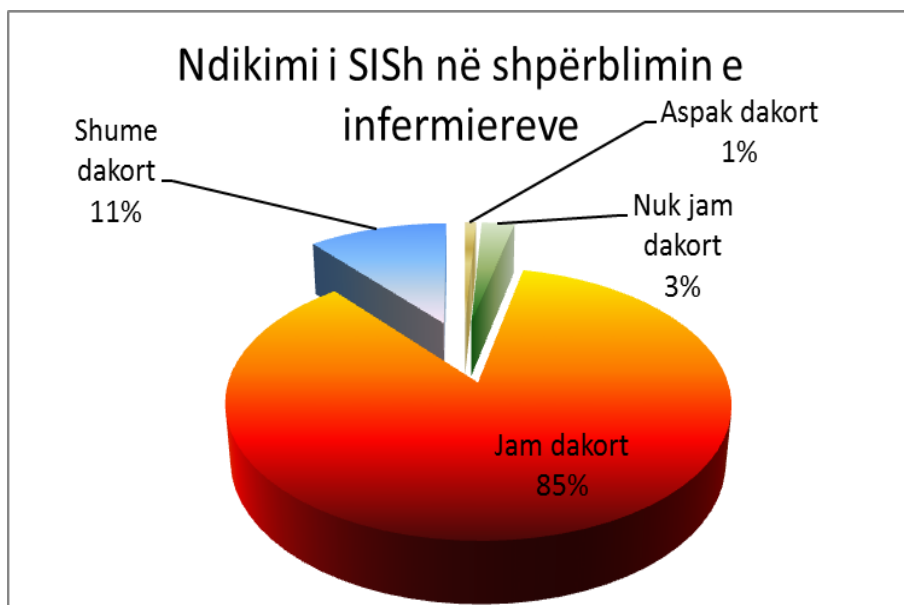
Grafiku Nr.57: Opinioni i personelit mjeksor mbi ndikimin e SISH në menaxhimin e QSh

87% e personelit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që SISH ndikon në menaxhimin e QSh. Përmes informacionit të prodhuar nga SISH Drejtori i QSH ka të mundur shpërblimin e personelit mjeksor cdo 6 muaj bazuar në kontributin e tyre në realizimin e indikatorëve përkatës (Grafiku Nr.57).



Grafiku Nr.58 : Ndikimi i SISH në shpërblimin e Mjekëve

Duke marrë në konsideratë që në kontratën e QSh është sanksionuar që Drejtori do të kryejë shpërblimin e personelit mjeksor bazuar në kontributin e tyre në realizimin e indikatorëve³⁵, pra në rezultatet e punës së tyre, funksionimi i SISH bën të mundur aplikimin e këtij rregulli. Kështu 96% janë dakort dhe shumë dakort që funksionimi i SISH ndikon në shpërblimin e mjekëve dhe infermiereve (Grafiku Nr.58 dhe Grafiku Nr.59).



Grafiku Nr.59: Ndikimi i SISH në shpërblimin e infermiereve

³⁵ Kontrata e financimit ISKSH –QSh, Aneksi III-V -VI

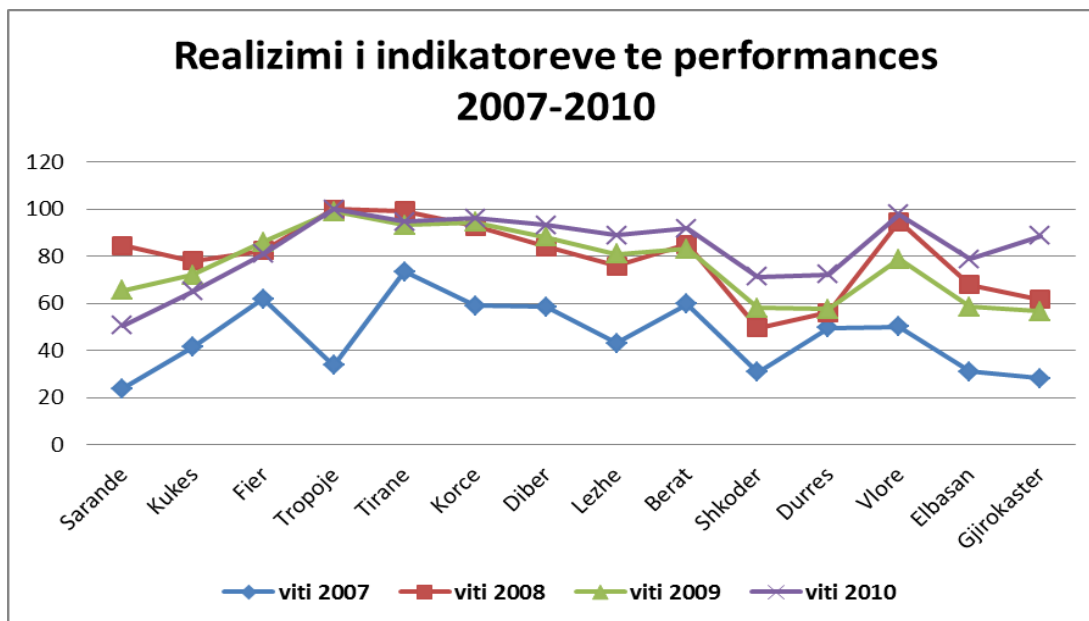
5.8. Ecuria e Performancës dhe Bonusit në qendrat shëndetësore të përzgjedhura

Me fillimin e reformës në parësor u mat për herë të parë volumi i punës së kryer nga personeli mjekësor, dhe vecanërisht Mjekëve që shërbejnë në QSh. Volumi i punës u mat përmes një indikatori të quajtur “Indikatori i performancës”, që matej si numri mesatar i vizitave të kryera në një ditë pune nga Mjekët në një QSH gjatë një muaji. Indikatori i performancës është i lidhur me 10% të buxhetit të QSh, llogaritet cdo muaj dhe jepet cdo fund të muajit pasardhës. Me qëllim matjen e indikatorit të performancës u vendosën edhe standarti i numrit mesatar të vizitave në një ditë pune që duhet të kryenin Mjekët në zonat urbane dhe zonat rurale.

Tabela Nr.5.13 : Ecuria e performancës gjatë viteve 2007-2010

Rajoni	Viti 2007	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010
Berat	59.7	85	83,1	91,7
Diber	58.4	84	88,2	93,2
Durres	49.7	56	57,5	72,2
Elbasan	31.1	67,9	58,5	78,6
Fier	61.8	82,4	86	80,8
Gjirokaster	21.1	61,6	56,6	88,6
Korce	59.0	92,7	94,3	96
Kukes	41.5	78	71,9	64,9
Lezhe	43.1	75,9	80,9	88,8
Shkoder	30.8	49,6	57,9	71,3
Tirane	73.3	99,2	93,1	94,7
Vlore	50.0	94,5	78,7	97,6
Sarande	23.8	84,5	65,5	50,6
Tropoje	33.8	100	99	100
Mesatare	46.0	79.4	76.5	83.5
Diferenca mes 2007 dhe	-	↑ 33.4%	↑ 30.5%	↑ 37.5%
Diferenca mes 2008 dhe	-	-	↓ 2.8%	↑ 4%
Diferenca mes 2009 dhe	-	-	-	↑ 6,9%

Në Tabelën Nr.5.13 është analizuar ecuria e indikatorit të performancës gjatë viteve 2007-2010 në QSh të përzgjedhura në studim, të grupuara sipas rajoneve. Ky indikator matet si numër mesatar i vizitave në një ditë pune që janë kryer nga një mjek familje gjatë një periudhe 1(një) mujore. Performanca në vitin e dytë të reformës, në vitin 2008 është rritur 33.4% krahasuar me vitin e parë të reformës 2007. Performanca në vitin 2010 është rritur 37.5% krahasuar me vitin 2007, është rritur 4% krahasuar me vitin 2008 dhe rritur 7% krahasuar me vitin 2009 (p=0.519).



Grafiku Nr.60 : Ecuria e indikatorit të performancës gjatë v. 2007-2010

Ndërkohë në Grafikon Nr.60 shikohet në mënyrë vizuale ecuria dhe rritja e indikatorit të performancës gjatë viteve 2007-2010.

Tabela Nr.5.14 : Indikatorët e performancës sipas QSH

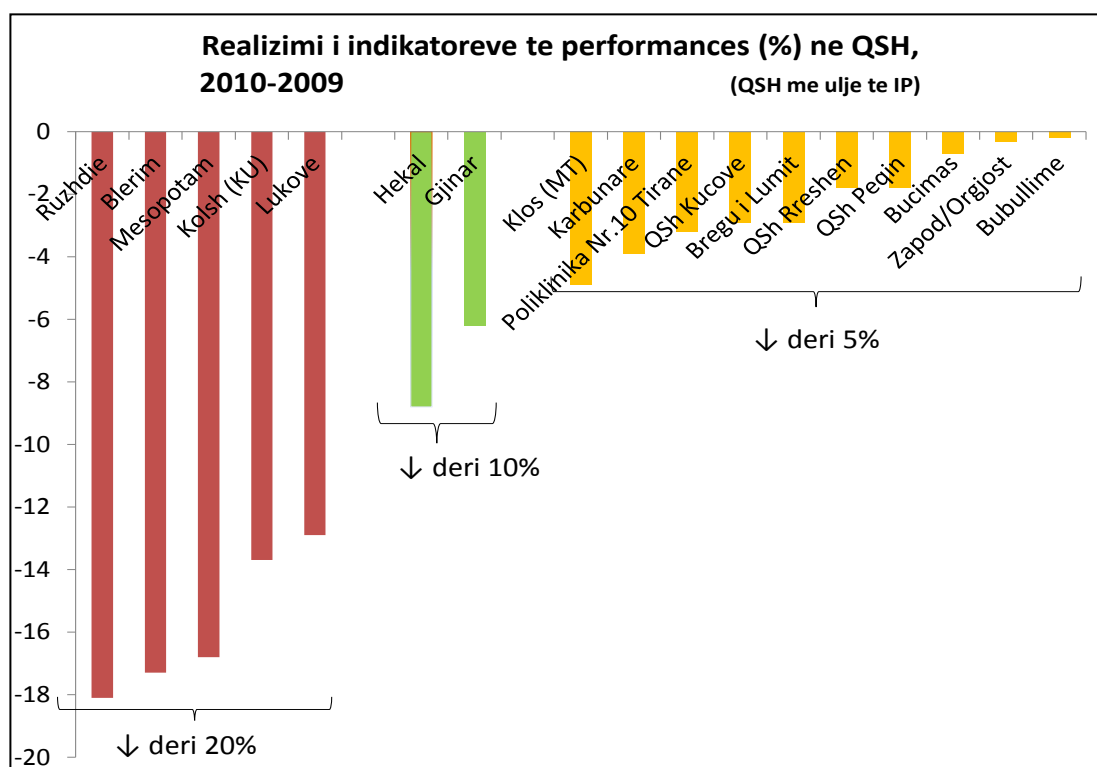
Rajoni	Qendra Shendetesore	Realizimi ne % Viti 2007	Realizimi ne % Viti 2008	Realizimi ne % Viti 2009	Realizimi ne % Viti 2010	Diferenca 2010-2009	Masa e ndryshimit
Fier	Ruzhdie	33.1	50	47	28.9	-18.1	↓ mbi 10%
Shkodër	Blerim	29.2		80.6	63.3	-17.3	
Sarandë	Mesopotam	32.3	83	56	39.2	-16.8	
Kukës	Kolsh (KU)	33.8	100	73.8	60.1	-13.7	
Sarandë	Lukove	15.4	86	75	62.1	-12.9	
Fier	Hekal	44.6	100	90	81.2	-8.8	↓ deri 10%
Elbasan	Gjinat	39.2	100	100	93.8	-6.2	
Diber	Klos (MT)	84.4	72	91	86.1	-4.9	↓ deri 5%
Fier	Karburnare	81.5	84	100	96.1	-3.9	
Tiranë	Polikli Nr.10 Tiranë	83.8	100	98.2	95.0	-3.2	
Berat	QSh Kucove	72.5	100	97.5	94.6	-2.9	
Tiranë	Bregu i Lumit	87.7	100	99	96.1	-2.9	

Lezhe	QSh Rreshen	55.6	77	100	98.2	-1.8	
Elbasan	QSh Peqin	36.3	79	65.7	63.9	-1.8	
Korce	Bucimas	50.0	94.6	100	99.3	-0.7	
Kukes	Zapod/Orgjost	49.2	56	70	69.7	-0.3	
Fier	Bubullime	102.3	100	100	99.8	-0.2	
Korce	QSh Erseke	89.4	100	100	100.0	0.0	
Korce	QSh Nr.2 Korce	59.4	100	100	100.0	0.0	
Korce	Ligenas	60.0	83	100	100.0	0.0	
Tirane	Polikl Nr.2 Tirane	81.9	100	99.2	100.0	0.8	↑0-5%
Diber	Gjorice	49.2	100	99	100.0	1.0	
tropoje	Bujan	33.8	100	99	100.0	1.0	
Lezhe	QSH Lezhe	53.8	92	96	100.0	4.0	
Berat	Roshnik	42.3	100	94.6	99.3	4.7	
Fier	Kuman	47.7	78	93	97.9	4.9	
Diber	Muhurr	46.9	68	94	99.4	5.4	↑5-10%
Berat	QSh Nr.1 Berat	89.4	100	94.2	100.0	5.8	
Durres	Golem (KJ)	41.5	60	56	62.1	6.1	
Shkoder	Rrape	27.7	56.2	54.5	60.7	6.2	
Tirane	Ndroq	58.5	100	82.6	88.8	6.2	
Tirane	Paskuqan	54.6	95.6	86.6	93.6	7.0	
Vlore	QSh Nr.2 Vlore	46.9	100	89.4	96.8	7.4	
Korce	Voskopoje	36.2	86	71.7	80.8	9.1	
Elbasan	Lenie	32.3	65	32	42.7	10.7	↑mbi 10%
Elbasan	Qukes	16.9	52	64.4	75.6	11.2	
Gjirokaste	Picar	5.4	27.6	72.4	87.1	14.7	
Durres	Kenete	53.1	34	40	57.3	17.3	
Diber	Arras	53.1	96	69	87.5	18.5	
Elbasan	QSh Nr.2 Elbasan	57.5	82	75.3	94.9	19.6	
Shkoder	Dajc (SH)	33.8	59.6	70.9	91.0	20.1	↑mbi 20%
Durres	QSh Nr.4 Durres	54.4	74	76.5	97.1	20.6	
Lezhe	Blinisht	20.0	58.6	46.9	68.3	21.4	
Elbasan	Mollas (EL)	35.4	97	72	94.3	22.3	
Shkoder	Gruemire	45.4	60.7	58.9	82.8	23.9	
Gjirokaste	Krahes	38.5	82	64.2	89.9	25.7	
Berat	Zhepe	34.6	40	46.4	73.0	26.6	
Vlore	Narte	53.1	89	68	98.3	30.3	↑mbi 30%
Shkoder	Shale (B. Lumi)	17.7	22	25	58.8	33.8	
Gjirokaste	Carshove	42.3	78.5	61.5	99.4	37.9	
Gjirokaste	Cepo	26.2	58.3	28.4	78.0	49.6	
Elbasan	Qsh nr.4 elbasan	0.0	0	0	85.0	85.0	

Në Tabelën Nr.5.14 është paraqitur krahasimi i realizimit të indikatorit të performancës sipas QSh, por të grupuara sipas nivelit të ndryshimit midis viti 2010 dhe viti 2009. Kështu, 5 QSh kanë një ulje të realizimit të indikatorit të performancës mbi 10%, 2 QSh kanë ulje deri në 10% dhe 10 QSh kanë ulje deri në 5% të realizimit të performancës. Nga ana tjetër, janë 6 QSh që kanë rritje deri në 5%, janë 8 QSh që kanë rritje nga 5-10% dhe 6 QSH që kanë rritje nga 10-20% të realizimit të performancës. Vërejmë që janë 7 QSH që kanë rritje të realizimit të performancës me 20-30% dhe 5 QSh më rritje të performancës mbi 30%. Pra, në përfundim janë vetëm 17 QSH nga 52 që kanë ulje të realizimit të indikatorit të performancës krahasuar me vitin 2009, dhe janë 32 QSH që kanë rritje të realizimit të performancës dhe 3 QSH që kanë të njëjtin nivel realizimi të performancës.

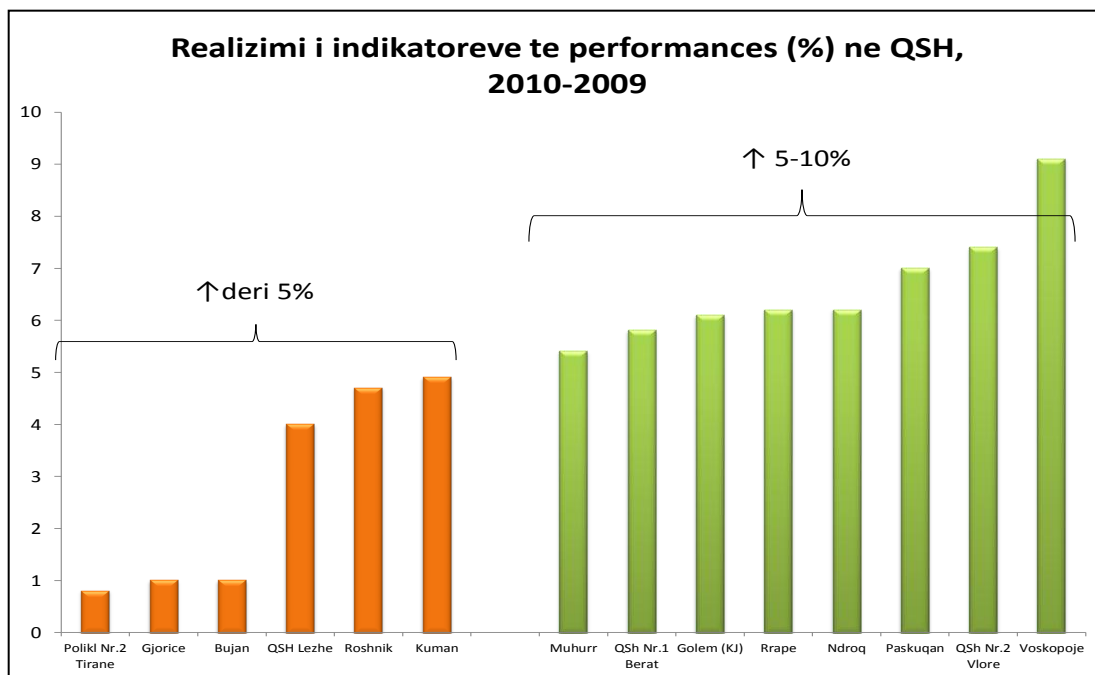
Në mënyrë figurative ndarja e QSH sipas nivelit të realizimit të indikatorit të performancës (IP) jepen edhe në grafikët e mëposhtëm.

Kështu, në Grafikon Nr.61 vërehen QSH që kanë patur ulje të realizimit të IP në vitin 2010 krahasuar me vitin 2009, të grupuara në : QS me ulje deri në 5%, QSH me ulje deri 5-10% dhe QSH me ulje mbi 20% të IP

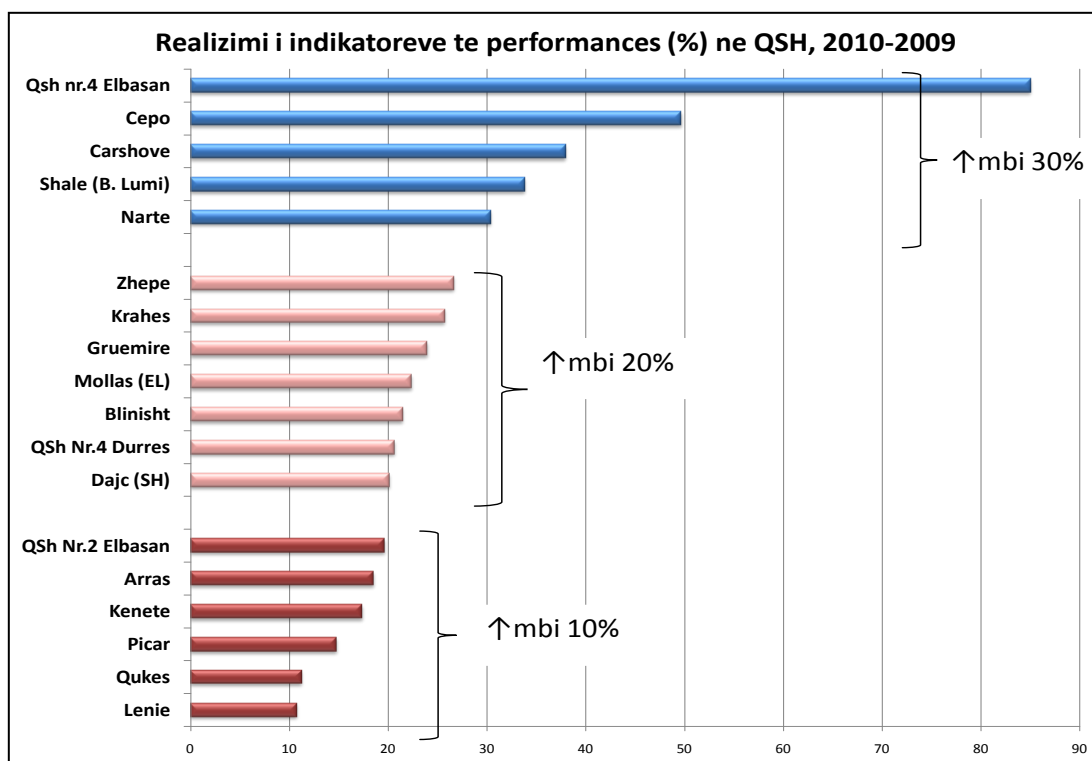


Grafiku Nr.61 : QSH që kanë patur ulje të realizimit të indikatorit të performancës 2010-2009

Në Grafikon Nr.62 paraqiten QSH që kanë patur rritje të realizimit të IP në vitin 2010 krahasuar me vitin 2009, grupuar në QSH me rritje deri në 5% dhe ato me rritje nga 5-10%.



Grafiku Nr.62 : QSH që kanë patur rritje të realizimit të IP deri në 10%, 2010-2009



Grafiku Nr. 63: QSh që kanë rritje të realizimit të IP mbi 10%, 2010-2009

Në Grafikon Nr.63 janë paraqitur QSH që kanë patur rritje të realizimit të IP në vitin 2010 krahasuar me vitin 2009, të grupuara në QSh me rritje 10-20%, 20-30 % dhe mbi 30% rritje të realizimit të performacës.

QSH në vend kryejnë aktivitetin në vendndodhje të ndryshme (urban / rural), fushore/malore, të mëdha apo të vogla, me personel mjeksor të kualifikuar ose jo, dhe shumë faktorë të tjerë, por në Tabelën Nr.15 tregohet lidhja e realizimit të IP me tre faktorë: Njohuritë për reformën, pjesmarrjen në edukimin në vazhdim dhe vendndodhja sipas urban/rural.

Tabela Nr.5.15 : Lidhja midis ecures së Indikatorit të performancës dhe njohurive të stafit për reformën, zonën ku punojnë (urban\rural) dhe edukimin mjeksor në vazhdim

Faktorët	Ulje Indikatori i Performancës (n=17)	Rritje Indikatori i Performancës (n=32)	Lidhja
njohuri për reformën			
<50%	5 (29.4)	4 (12.5)	r=0.213
50%	10 (58.8)	18 (56.2)	p=0.001
>50%	2 (11.8)	10 (31.3)	
Zona			
rural	12 (70.6)	24 (75.0)	r=0.101
urban	5 (29.4)	8 (25.0)	p=0.234
Pjesmarrja në edukimin e vazhduar			
<50%	2 (8.2)	2 (6.2)	r=0.091
50%	14 (86.6)	28 (87.5)	p=0.645
>50%	1 (5.2)	2 (6.2)	

Në Tabelën Nr. 5.15 vërejmë që ka një lidhje pozitive, statistikisht të rëndësishme mes njohurive për reformën dhe indikatorit të performancës. Me rritjen e njohurive nga ana e stafit rritet niveli i realizimit të Indikatorit të Performancës në QSH (koeficienti i korrelacionit të Kendal's=0.213, p=0.001). Kjo tregon se në QSh ku stafi mjeksor ka nivel të lartë të njohurive për reformën ka shumë gjasa që kjo ka ndikuar në rritjen e realizimit të performancës.

Nuk ka lidhje statistikisht të rëndësishme mes vend-ndodhjes së QSH dhe indikatorit të performancës, (koeficienti i korrelacionit të Kendal's=0.101, p=0.234).

Nuk ka lidhje statistikisht të rëndësishme mes edukimit në vazhdim të personelit në QSH dhe indikatorit të performancës, (koeficienti i korrelacionit të Kendal's=0.091, p=0.645).

Një nga qëllimet kryesore të reformës të filluar në kujdesin shëndetësor parësor në vitin 2007 ishte edhe përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor ndaj popullatës në zonën e mbulimit. Ky qëllim u projektua të realizohej përmes disa indikatorëve të grupuara si “bonusi për cilësinë” i cili do të përfaqësohej nga 5% e buxhetit të QSh. Indikatorët e bonusit maten çdo 3 muaj dhe sasia monetare përkatëse i kalonte QSh në llogarinë banakare në fund të muajit pasardhës të 3 mujorit që kaloi. Indikatorët u vendosën në vitin 2008 sepse më përpara nuk ekzistonte infrastruktura për mbledhjen

e informacionit përkatës për llogaritjen e indikatorëve. Në kontratën e viti 2008³⁶ u vendosën indikatorët me anë të të cilëve do të matej bonusi (Tabela Nr.5.16)

Tabela Nr.5.16 : Lista e indikatorëve të vendosur në vitin 2008 për matjen e bonusit

	Indikatori	Piket
1	Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë (PVHP) brenda vitit nga MF	15
2	Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për diagnoza të zgjedhura.	20
3	Përqindja e pacientëve kronike të vizituar cdo muaj nga MF.	15
4	Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë.	15
5	Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjec të vaksinuar plotësisht.	20
6	Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.	15
	TOTAL	100

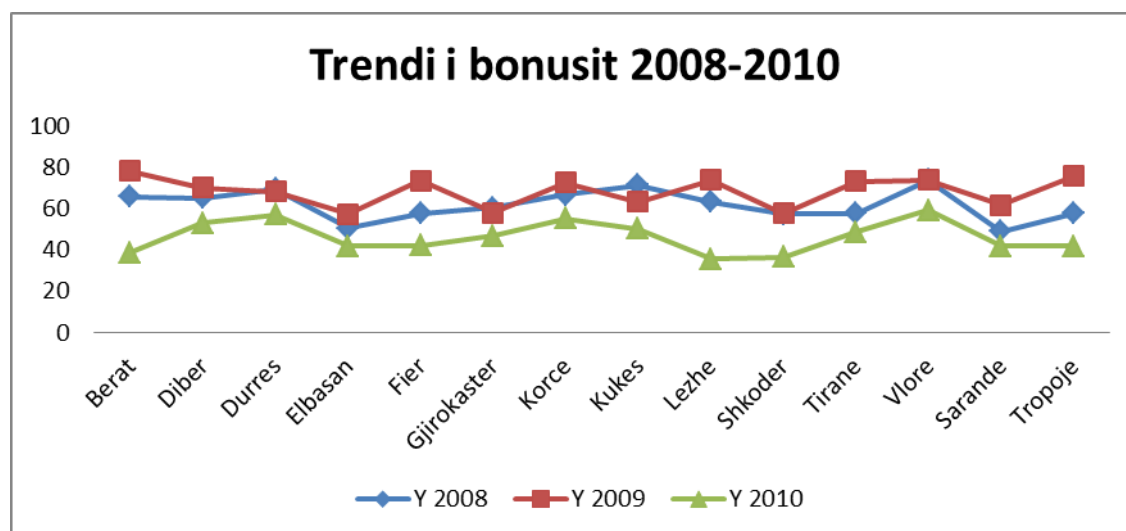
Në Tabelën Nr.5.17 është paraqitur ecuria e bonusit nga viti 2008-2010 në QSh e përzgjedhura për të qënë pjesë e studimit, të grupuara sipas rajoneve. Niveli i realizimit të Bonusit (10%) është rritur pothuajse 7% në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008 ($p=0.07$), ndërkah në vitin 2010 bonusi u ul pothuajse 15% krahasuar me vitin 2008 dhe pothuajse 22% krahasuar me vitin 2009 ($p<0.001$).

Tabela Nr. 5.17 : Ecuria e bonusit gjatë viteve 2008-2010

Rajoni	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010
Berat	65,8	78,2	38,8
Diber	65,2	70	53
Durres	69,4	68,1	56,9
Elbasan	50,5	57,3	41,7
Fier	57,5	73,5	42,2
Gjirokaster	60,6	58	46,9
Korce	66,8	72,5	55,1
Kukes	71,4	63,4	50,2
Lezhe	63,4	73,9	35,5
Shkoder	57,3	57,7	36,4
Tirane	57,8	73,1	48,7
Vlore	73,9	73,9	59,2
Sarande	49	61,8	41,9
Tropoje	57,6	75,7	41,9
Mean	61,9	68,4	46,3
Diferenca midis 2008 dhe	-	↑ 7%	↓ 14,9%
Diferenca midis 2009 dhe	↓ 7%	-	↓ 22%

³⁶ Kontrata financimit ISKSH – QSh viti 2008, Aneksi V

Në grafikun Nr. 64 shprehet në mënyrë vizuale ecuria e bonusit gjatë viteve 2008-2010, ku vërehet ulja e bonusit gjatë vitit 2010 krahasuar me vitin 2008 dhe 2009.



Grafiku Nr.64 : Ecuria e bonusit gjatë viteve 2008-2010

Ulja e bonusit në vitin 2010 është e lidhur me ndryshimin e mënyrës së raportimit ku për herë të parë u vendos në funksionim në të gjithë vendin SISH dhe indikatorët e bonusit u matën përmes këtij sistemi. Kjo solli në rritjen e saktësisë së të dhënave të raportuara por në disa raste pati edhe nën raportim të aktivitetit në lidhje me indikatorët. Një shkak tjetër që ndikoi në uljen e realizimit të bonusit në v. 2010 është edhe futja e tre indikatorëve të rinj. Kjo kërkoi kohë që personeli shëndetësor të kuptonte këto indikatorë, qëllimin e vendosje së tyre si dhe si duhet të planifikonin punën për realizimin e tyre. Vendosja e indikatorëve të rinj përkoi me futjen e SISH si rrjedhojë kërkonte edhe trainimin e personelit për mënyrën e plotësimit të formularit të vizitës me kodet përkatëse.

Tabela Nr.5.18 : Ecuria e bonusit sipas QSH 2008-2010

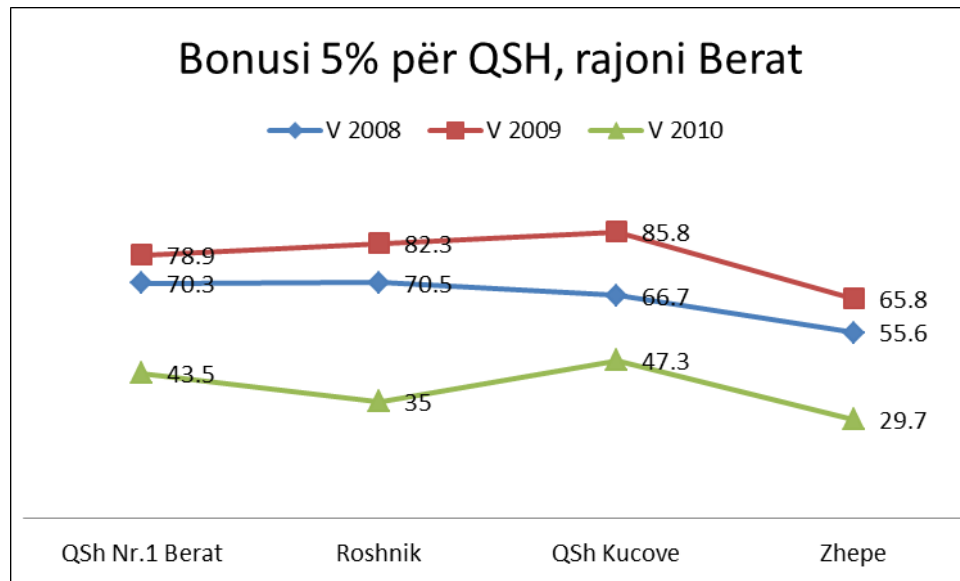
Rajoni	QSH	V 2008	V 2009	V 2010	Krahasime t 2008- t 2009	Rezultat	Krahasime t 2009- t 2010	Rezultat
Berat	QSh Nr.1 Berat	70.3	78.9	43.5	8.6	↑	-35.4	↓
	Roshnik	70.5	82.3	35	11.8	↑	-47.3	↓
	QSh Kucove	66.7	85.8	47.3	19.1	↑	-38.5	↓
	Zhepe	55.6	65.8	29.7	10.2	↑	-36.1	↓
Diber	Gjorice	66.1	77.2	41.9	11.1	↑	-35.3	↓
	Arras	70.8	69.2	53.4	-1.6	↓	-15.8	↓
	Muhurr	62.6	68.7	57.2	6.1	↑	-11.5	↓
	Klos (MT)	61.2	64.9	60	3.7	↑	-4.9	↓
Durres	QSh Nr.4, DR	68.6	68.5	58.8	-0.1	↓	-9.7	↓
	Kenete	69	72.2	65.9	3.2	↑	-6.3	↓
	Golem (KJ)	70.6	63.7	46.1	-6.9	↓	-17.6	↓

Elbasan	QSh Nr.2 EL	52.2	62.1	44.3	9.9	↑	-17.8	↓
	Gjinar	69.4	74.9	50.2	5.5	↑	-24.7	↓
	Mollas (EL)	66.3	69.3	50.2	3	↑	-19.1	↓
	Qsh nr.4 EL			34.5	0	↑	34.5	↓
	Lenie	53.9	58.4	35	4.5	↑	-23.4	↓
	Qukes	57.2	65.1	36.5	7.9	↑	-28.6	↓
	QSh Peqin	54.9	71.6	41.3	16.7	↑	-30.3	↓
Fier	Kuman	62.2	80.4	48.4	18.2	↑	-32	↓
	Ruzhdie	57.9	77.8	35	19.9	↑	-42.8	↓
	Bubullime	62	77.5	53.9	15.5	↑	-23.6	↓
	Karbunare	51.5	65.8	47.4	14.3	↑	-18.4	↓
	Hekal	53.9	66.2	26.5	12.3	↑	-39.7	↓
Gjirokastrë	Cepo	56.4	61	64.3	4.6	↑	3.3	↑
	Picar	49.1	45.5	35.5	-3.6	↓	-10	↓
	Carshove	69	67.2	35.6	-1.8	↓	-31.6	↓
	Krahes	68.1	58.4	52.4	-9.7	↓	-6	↓
Korce	QSh Erseke	71.9	76.5	77	4.6	↑	0.5	↑
	QSh Nr.2, KO	66.7	71.8	43.4	5.1	↑	-28.4	↓
	Liqenas	72.8	73.2	71.7	0.4	↑	-1.5	↓
	Voskopojë	48.9	65.2	19.7	16.3	↑	-45.5	↓
	Bucimas	73.9	75.8	63.9	1.9	↑	-11.9	↓
Kukes	Kolsh (KU)	67.5	62.1	49.7	-5.4	↓	-12.4	↓
	Zapod/Orgjost	75.3	64.6	50.7	-10.7	↓	-13.9	↓
Lezhe	QSH Lezhe	63.9	73.3	37.3	9.4	↑	-36	↓
	Blinisht	68.9	69.4	37.4	0.5	↑	-32	↓
	QSh Rreshen	57.3	79	31.7	21.7	↑	-47.3	↓
Shkoder	Gruemire	64.4	63.7	41.5	-0.7	↓	-22.2	↓
	Blerim	55.7	60.9	25.7	5.2	↑	-35.2	↓
	Rrape	55.8	49.8	22.3	-6	↓	-27.5	↓
	Dajç (SH)	72.8	78.2	49.3	5.4	↑	-28.9	↓
	Shale, B. Lumi	38	36.1	43.4	-1.9	↓	7.3	↑
Tirane	Poliklin Nr.2	52.3	74.8	56.7	22.5	↑	-18.1	↓
	Poliklin Nr.10	55.1	59.1	33.4	4	↑	-25.7	↓
	Bregu i Lumit	57	75.7	53.6	18.7	↑	-22.1	↓
	Ndroq	64.2	81.7	55.8	17.5	↑	-25.9	↓
	Paskuqan	60.5	74.1	44	13.6	↑	-30.1	↓
Vlore	QSh Nr.2 Vlore	73	80.1	65.9	7.1	↑	-14.2	↓
	Narte	74.9	67.7	52.4	-7.2	↓	-15.3	↓
Sarande	Mesopotam	45.2	49	36.8	3.8	↑	-12.2	↓
	Lukove	52.8	74.6	47	21.8	↑	-27.6	↓
Tropoje	Bujan	57.6	75.7	41.9	18.1	↑	-33.8	↓
Mesatarja e QSH		60.8±8.6	68.8±9.9	45.8±12.5	6.8	↑	-23.0	↓

Në tabelën Nr.5.18 është paraqitur në mënyrë analitike ecuria e bonusit sipas QSh në vitet 2008-2010. Nga tabela shohim se në vitin 2009 shumica e QSh patën rritje të bonusit krahasuar me vitin 2008, vetëm 11 nga 52 QSh pjesë e studimit patën ulje. Në vitin 2010 pothuajse të gjitha QSh patën ulje të bonusit, vetëm 3 nga 52 QSh patën

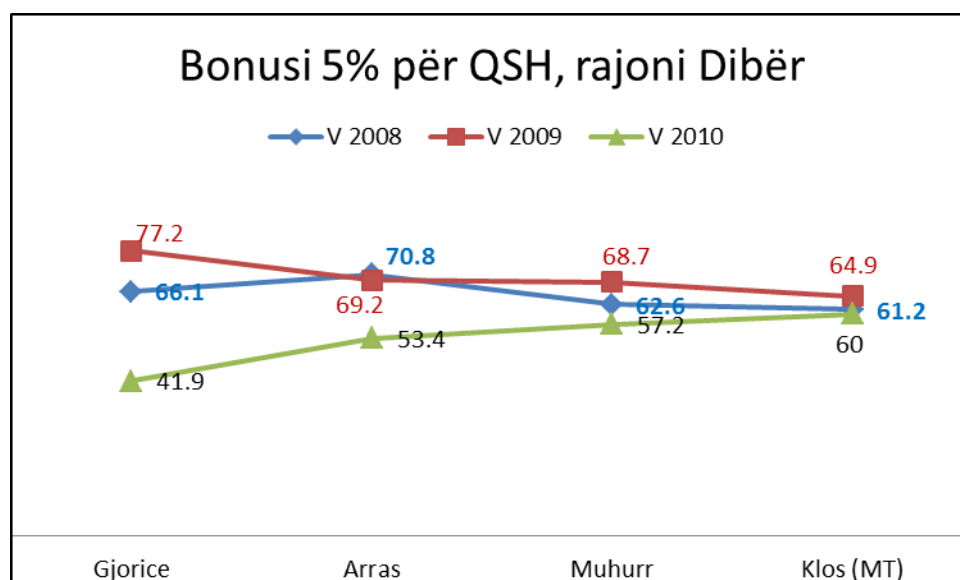
rritje. Kjo ecuri shikohet edhe nga mesatarja e bonusit për gjithë QSh, ku në vitin 2009 ishte $68.8 \pm 9.9\%$ ndërkohë në vitin 2010 ishte $45 \pm 12.5\%$.

Më poshtë do të shikojmë në mënyrë grafike ecurinë e bonusit sipas QSh të cdo rajoni.



Grafiku Nr.65 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Beratit 2008-2010

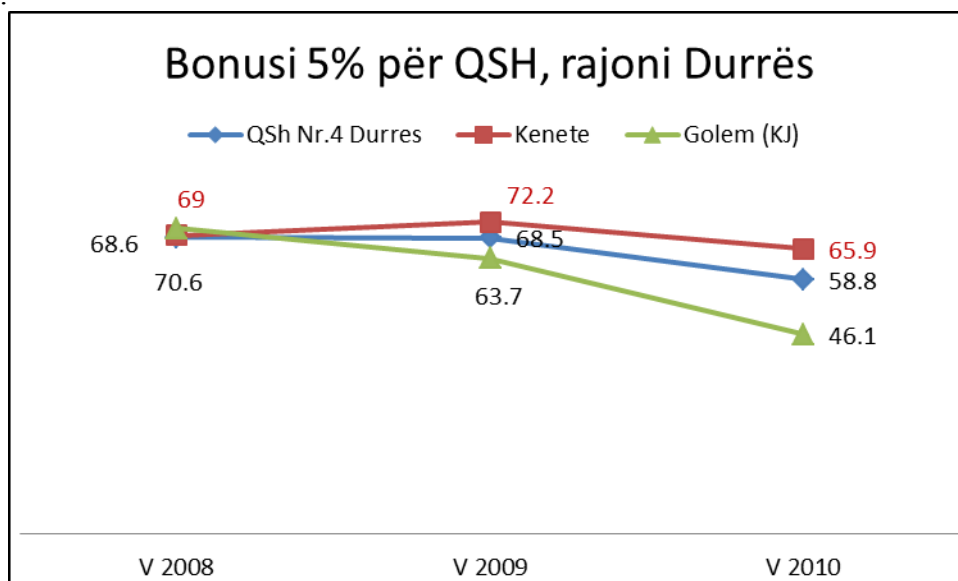
Në Grafikon Nr.65 vërehet se bonusi i QSh në rajonin e Beratit ka ndjekur modelin e ecurisë në rang vendi. Kështu në vitin 2009 kemi rritje të realizimit të bonusit në të 4 QSh të përzgjedhura, ndërkohë në vitin 2010 ka rënie në të gjitha QSh krahasuar me vitin 2009 por edhe me vitin 2008.



Grafiku Nr.66 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Dibrës 2008-2010

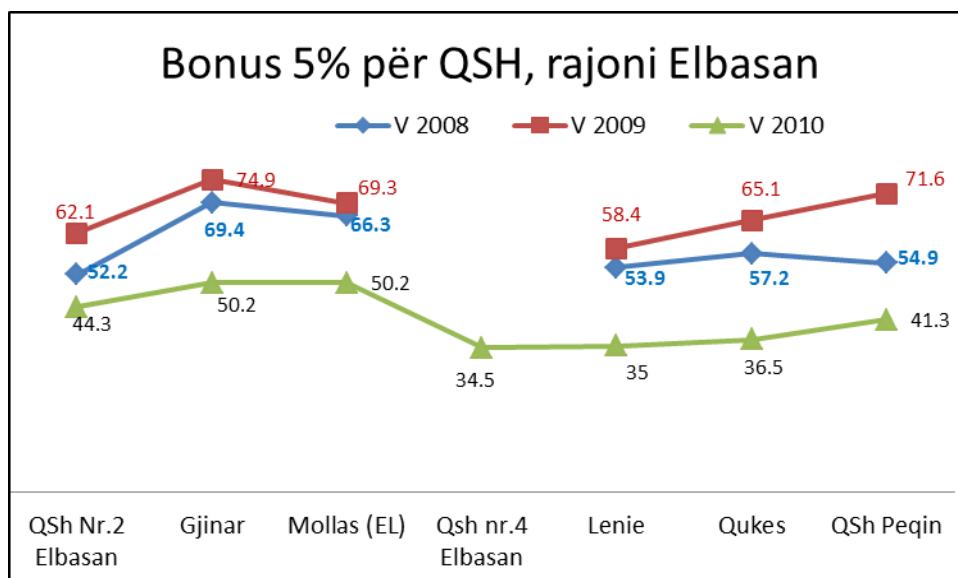
Në Grafikon Nr.66 vërejmë që në vitin 2009 ka patur rritje të realizimit të bonusit në 3 QSh nga 4 të përzgjedhura, ndërkohë në vitin 2010 ka patur rënie të realizimit të

bonusit në 3 QSh krahasuar me vitin 2009 dhe me vitin 2008, dhe ulje të lehtë në QSH Klos krahasuar me v.2009 dhe pothuajse në të njëjtin nivel krahasuar me vitin 2008.



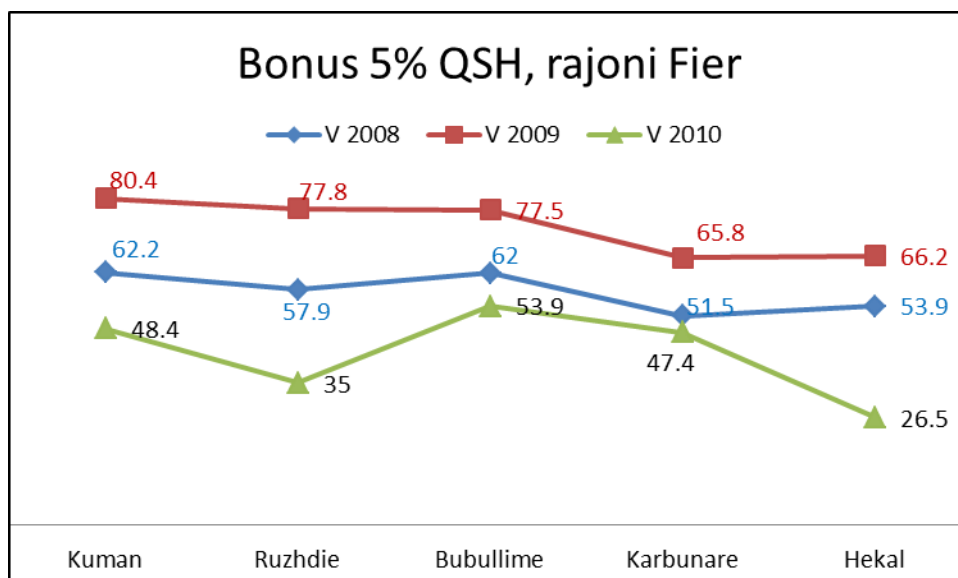
Grafiku Nr.67 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Durrësit 2008-2010

Në Grafiku Nr.67 vërehet se në Qarkun e Durrësit gjatë vitit 2009 ka patur rritje të lehtë të bonusit në QSh Kënetë, ulje të lehtë në QSh Golem dhe vetëm në QSh Nr.4 ka të njëjtin nivel përmbushje të bonusit. Bonusi në vitin 2010 krahasuar me vitin 2008 ka patur ulje në të tre QSH në studim.



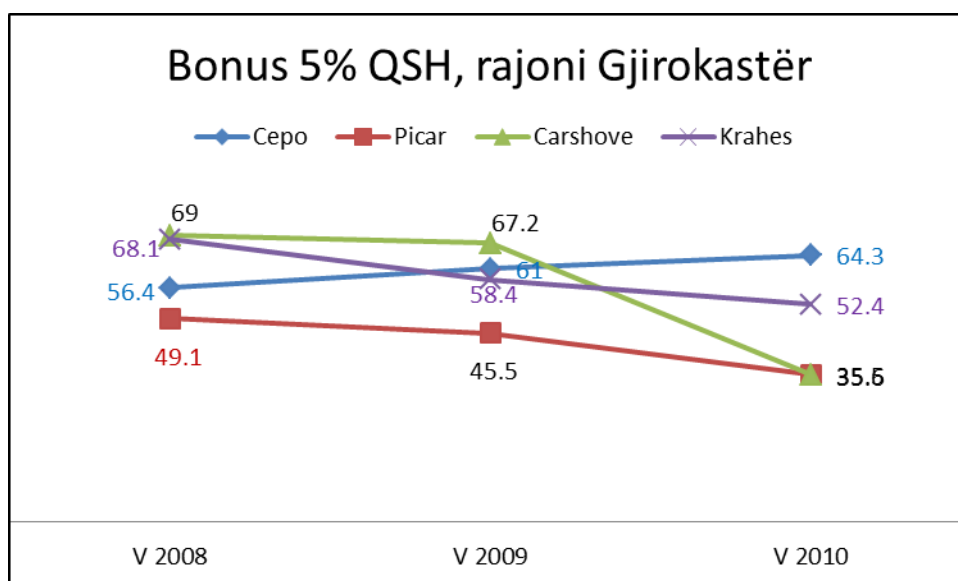
Grafiku Nr.68: Ecuria e bonusit në Qarkun e Elbasanit 2008-2010

Ecuria e bonusit në QSh të Qarkut të Elbasanit ndjek ecurinë e bonusit në të gjithë vendin, ku në vitin 2009 ka rritje të bonusit në të 6 QSh të përzgjedhura (sepse një prej QSH pjesë e samplit është krijuar në vitin 2009). Ndërkohë në vitin 2010 ka rënie të realizimit të bonusit në të gjitha QSh krahasuar me vitin 2009 por edhe me vitin 2008 (Grafiku Nr.68).



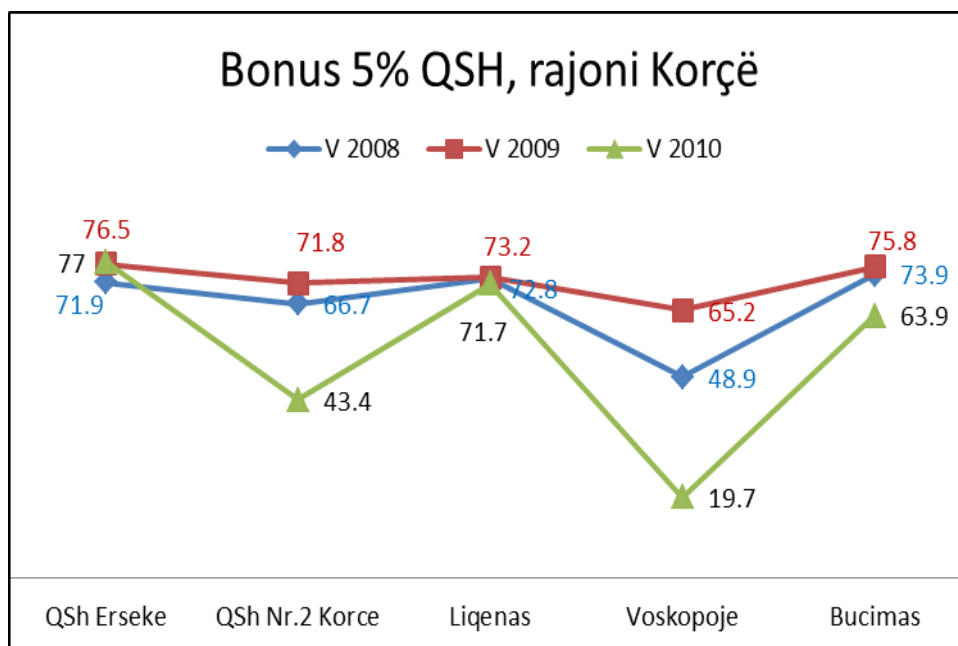
Grafiku Nr.69: Ecuria e bonusit në Qarkun e Fierit 2008-2010

Në vitin 2009 kemi një rritje të realizimit të bonusit në të gjitha QSh pjesë e samplit në Qarkun e Fierit, ndërkohë në vitin 2010 ka ulje në të gjitha QSh krahasuar me vitin 2009 dhe me vitin 2008 (Grafiku Nr.69).



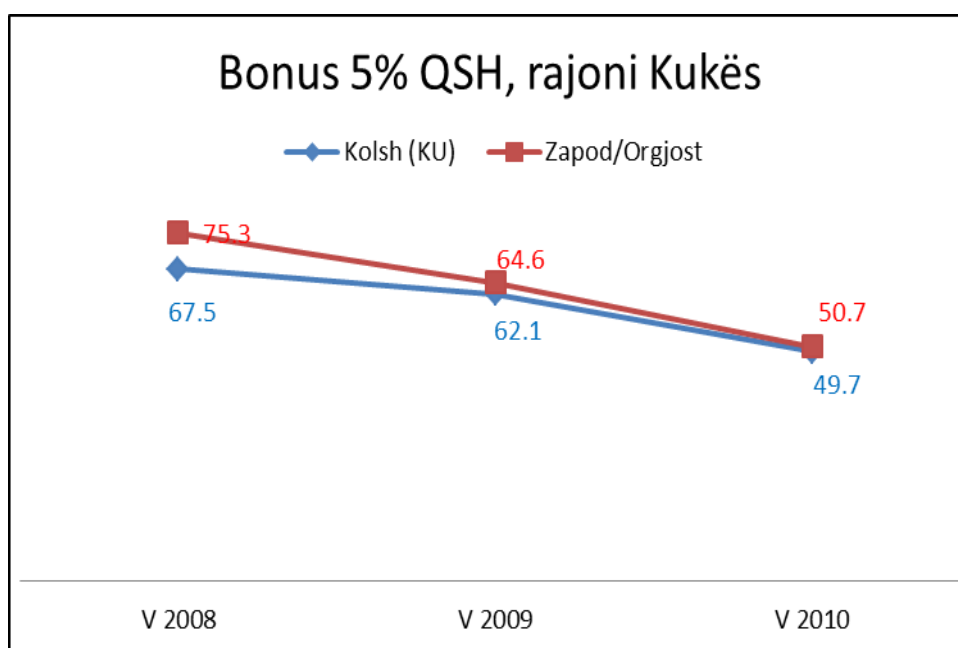
Grafiku Nr.70: Ecuria e bonusit në Qarkun e Gjirokastrës 2008-2010

Në Qarkun e Gjirokastrës në kundërshtim me ecurinë e përgjithshme, gjatë vitit 2009 ka patur një ulje të bonusit në 3 nga 4 QSh pjesë e samplit nga 2% në QSH Carshovë në 10% në QSH Krahes, dhe vetëm në QSH Cepo ka patur rritje të bonusit. Në vitin 2010 vazhdon ulja në 3 QSh që kanë patur ulje edhe në vitin 2009, ndërkohë vazhdon rritja në QSH Cepo (Grafiku Nr.70).



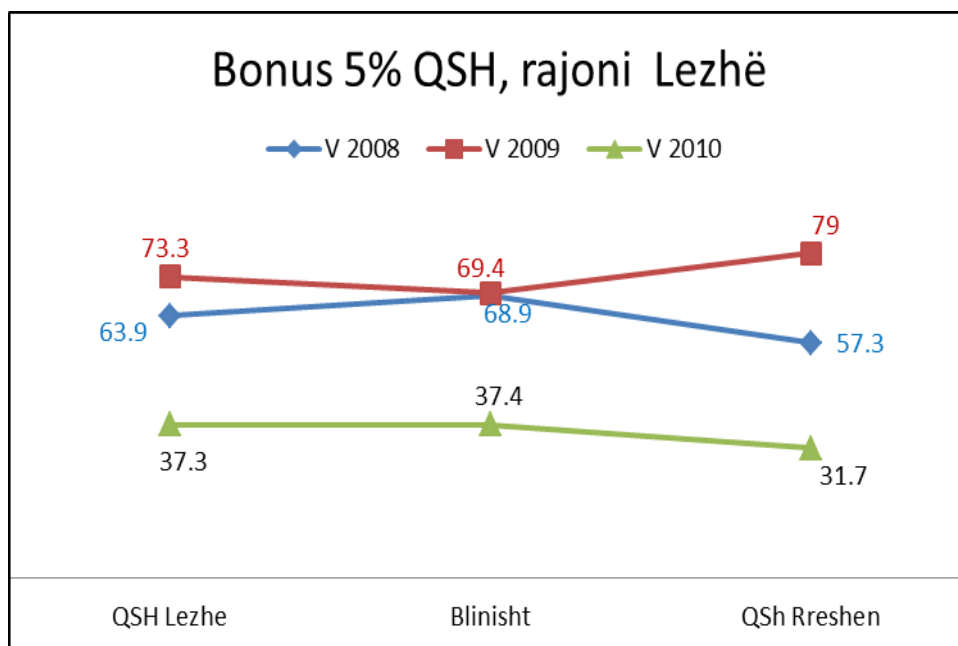
Grafiku Nr.71 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Korcës 2008-2010

Në Qarkun e Korcës ecuria e bonusit ndjek modelin e përgjithshëm në rang vendi. Kështu në vitin 2009 ka rritje të lehtë të bonusit në 4 nga 5 QSh pjesë e samplit dhe rritje sinjifikative prej 16% në QSh Voskopoje (Grafiku Nr.71).



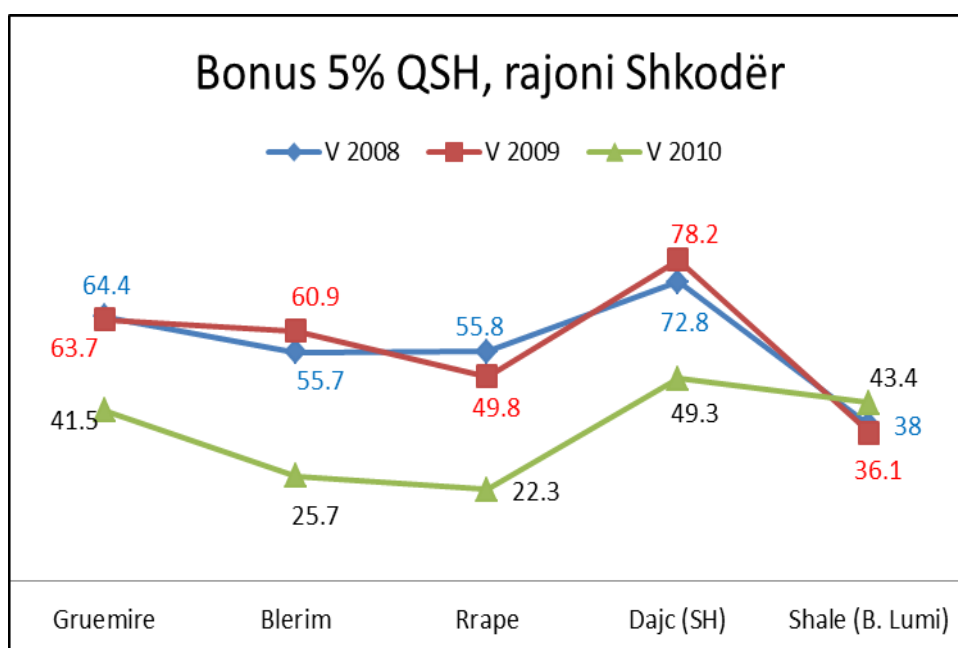
Grafiku Nr.72 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Kukësit 2008-2010

Në Qarkun e Kukësit në të kundërt të ecurisë së bonusit në rang vendi, kemi një rënie të realizimit të bonusit në vitin 2008 dhe në vitin 2009. Kështu në të dy QSh pjesë e studimit ka një rënie me 5% në Kolsh dhe 11 % në Zapod në v.2009 krahasuar me v.2008, dhe ulje 14% në Zapod dhe 12% në Kolsh në vitin 2010 krahasuar me v.2009 (Grafiku Nr.72).



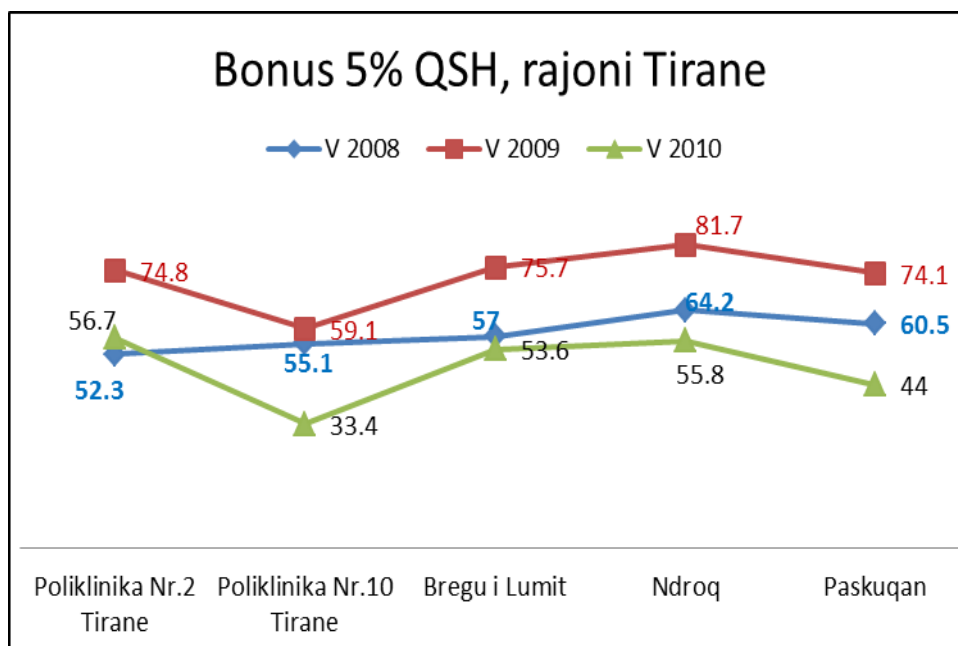
Grafiku Nr.73 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Lezhës 2008-2010

Në QSh të Qarkut të Lezhës vërejmë që gjatë vitit 2009 pati një rritje të bonusit në 2 (dy) prej tyre, dhe pothuajse të njëjtin realizim në 1(një) prej tyre. Gjatë vitit 2010 ka një rënie të realizimit të bonusit në të tria QSh pjesë e studimit (Grafiku Nr.73).



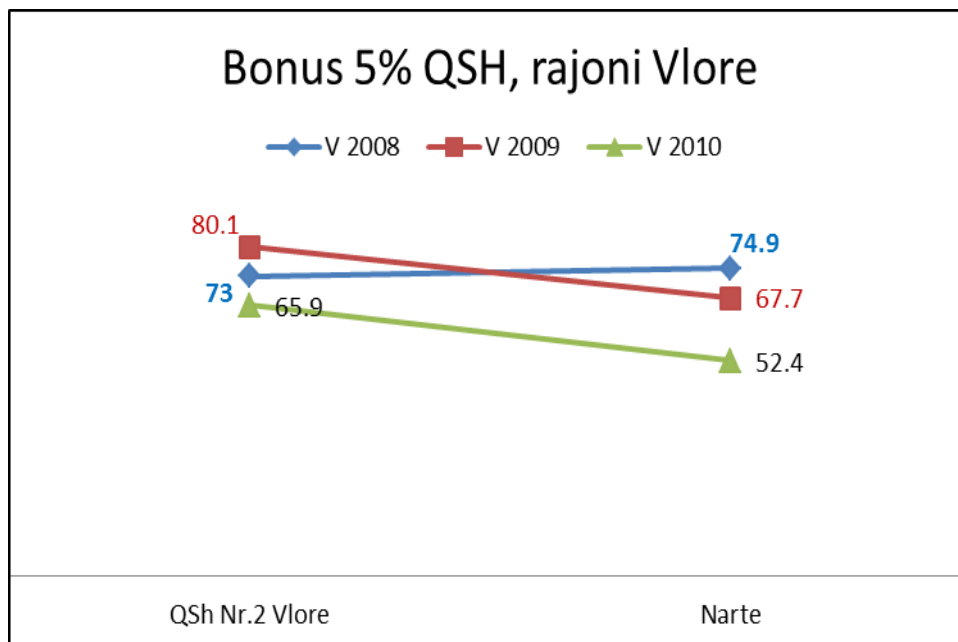
Grafiku Nr.74 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Shkodrës 2008-2010

Në Grafikon Nr.74 vërejmë që bonusi në QSh e përzgjedhura në Qarkun e Shkodrës gjatë vitit 2009 ka rritje në 2 (dy) prej tyre, përkatësisht në Blerim dhe Dajc, dhe të njëjtin nivel në 2 (dy) QSh të tjera, në Gruemirë dhe Shalë. Vetëm në QSh Rrape vërejmë ulje të realizimit të bonusit në vitin 2009 krahasuar me v.2008. Në vitin 2010 realizimi i bonusit ka ulje në krahasim me vitin 2009 në 4 QSh dhe rritje vetëm në një prej tyre, në QSh Shalë.



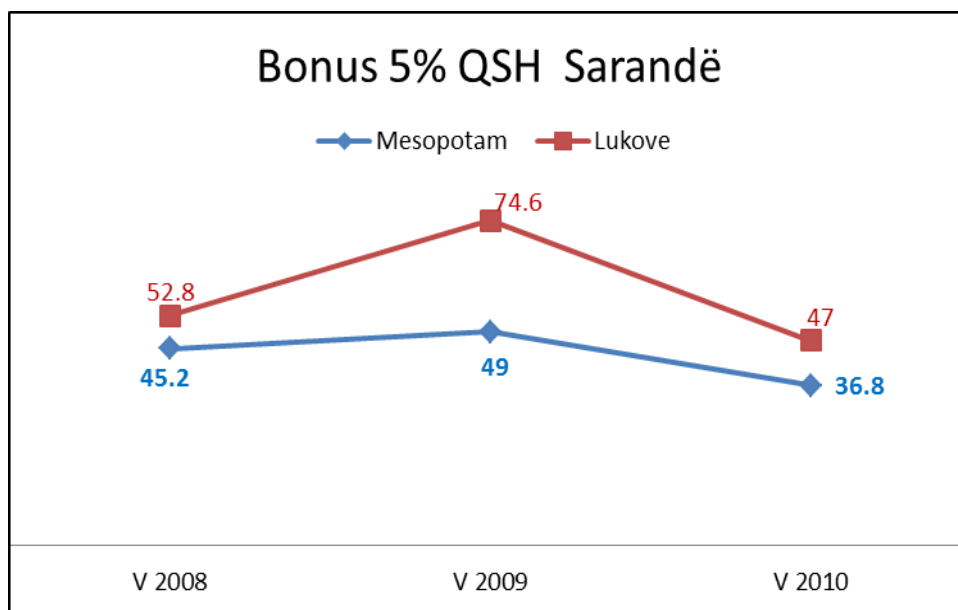
Grafiku Nr.75 : Ecuria e Bonusit në Qarkun e Tiranës 2008-2010

Gjatë vitit 2009 realizimi i bonusit në krahasim me vitin 2008 ka patur rritje në të 5 (pesë) QSh pjesë e samplit të studimit në Qarkun e Tiranës. Ndërkohë, gjatë viti 2010 vërejmë që ka ulje të realizimit të bonusit në krahasim me vitin 2009 në të 5 (pesë) QSh pjesë e studimit (Grafiku Nr.75).



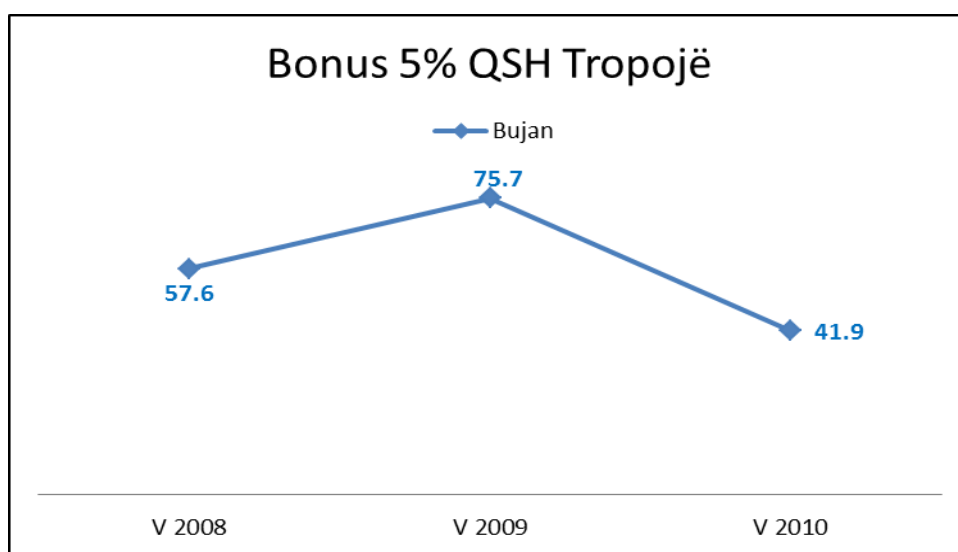
Grafiku Nr.76 : Ecuria e bonusit në Qarkun e Vlorës 2008-2010

Në Grafikon Nr.76 vërejmë gjatë vitit 2009 krahasuar me vitin 2008 ka rritje të realizimit të bonusit në QSh Nr.2 në Vlorë dhe ulje në QSh Nartë. Në vitin 2010 krahasuar me vitin 2009 ka patur ulje të realizimit të bonusit në të 2 (dy) qëndrat pjesë të studimit.



Grafiku Nr.77: Ecuria e bonusit në Sarandë 2008-2010

Në rrethin e Sarandës vërejmë që realizimi i bonusit në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008 ka qënë më i lartë, në mënyrë të ndjeshme në QSh Lukovë me 22% rritje, ndërsa në QSH Mesopotam me 4%. Ndërsa në vitin 2010 ka patur ulje të realizimit të bonusit në krahasim me vitin 2009 por edhe me vitin 2008 (Grafiku Nr/77).



Grafiku Nr.78 : Ecuria e bonusit në Tropojë 2008-2010

Ne Grafikon Nr.78 vërejmë që në QSh Bujan të përzgjedhur për të qënë pjesë e studimit në rrethin e Tropojës, realizimi i bonusit ka patur rritje në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008, ndërsa në vitin 2010 ka patur rënie në krahasim më vitin 2009 por edhe me vitin 2008.

Lidhja e realizimit të bonusit me faktorë si njohuritë për reformën dhe pjesëmarrjen në Edukimin Mjekësor në Vazhdim është si më poshtë.

Duke krahasuar nivelin e realizimit të bonusit dhe nivelin e njohurive për reformën nga ana e personelit shëndetësor të intervistuar, do të gjejmë rezultatin:

Tabela Nr.5.19 : Lidhja midis realizimit të bonusit dhe njohurive të stafit për Reformën

Lidhja mes njohurive për reformën dhe bonusit	
	Bonus
r (koef i korrelacionit te Kendal tau-b)	0.218
Vlera p	0.023

Në Tabelën Nr.5.19 vërejmë se ka një lidhje pozitive statistikisht të rëndësishme mes nivelit të njohurive të personelit për reformën dhe bonusit, çfarë do të thotë që sa më të mira të jenë njohuritë për reformën, aq më i lartë është realizimi i bonusit.

Tabela Nr.5.20 : Lidhja midis realizimit të bonusit dhe pjesmarrjes së stafit në Edukimin Mjeksor në Vazhdim

Lidhja mes bonusit dhe edukimit në vazhdim	
	Edukimit ne vazhdim
r (koef I korrelac te Kendal tau-b)	0.607
Vlera p	<0.001

Në Tabelën Nr.5.20 vërejmë se ka një lidhje pozitive statistikisht të rëndësishme mes bonusit dhe edukimit në vazhdim. Sa më shumë personel të kenë ndjekur edukim në vazhdim aq më shumë bonus ka përfituar QSh.

Një element i rëndësishëm i menaxhimit të QSH është edhe menaxhimi financiar i saj. Financat e QSH varen në masë të madhe prej nivelit të realizimit të indikatorëve të performancës dhe të bonusit. Në tabelën Nr. 5.21 bëhet krahasimi i ecurisë së financave të QSh të përzgjedhura në vitin 2008 krahasuar me vitin 2007. Megjithë ecurinë pozitive të performancës dhe llogaritjes së bonusit për herë të parë, në tabelë vërejmë se shumica e QSh rezultojnë me ulje të buxhetit të tyre në vitin 2008 krahasuar me vitin 2007. Kjo lidhet me mënyrën e llogaritjes së buxhetit të QSH për herë të parë në fillim të vitit 2007, por edhe me përshtatjen e buxhetit të vitit 2008 bazuar edhe në nivelin e realizimit të shpenzimeve për vitin 2007.

Tabela Nr.5.21:Evolimi i financave te QSh gjatë vitit 2008

Kodi i QSH	QSH	Ndryshimi i buxhetit 2008-2007	Masa e ndryshimit
16	Voskopoje	-95%	
8	Ruzhdie	-26%	
13	QSh Erseke	-22%	↓ mbi 20%
34	Lukove	-22%	
23	Bubullime	-20%	
7	Kuman	-18%	
25	Grumire	-18%	
24	Karbunare	-17%	
27	Klos (MT)	-16%	↓ 10-20%
30	Carshove	-15%	

26	Hekal	-14%	
10	Cepo	-14%	
49	Gjorice	-13%	
3	QSh Nr.2 Elbasan	-13%	
50	Mesopotam	-13%	
20	QSH Lezhe	-12%	
11	Picar	-10%	
52	Muhurr	-9%	
21	Blinisht	-9%	
37	Shale (B. Lumi)	-8%	↓ 5-10%
39	Poliklinika Nr.2 Tirane	-8%	
40	Poliklinika Nr.10 Tirane	-8%	
41	Bregu i Lumit	-8%	
46	Narte	-8%	
1	QSh Nr.4 Durres	-7%	
5	Mollas (EL)	-7%	
14	QSh Nr.2 Korce	-7%	
19	Zapod/Orgjost	-7%	
36	Dajc (SH)	-7%	
9	Lenie	-6%	
22	Qukes	-6%	
32	Blerim	-6%	
43	Paskuqan	-6%	
12	Golem (KJ)	-5%	
42	Ndroq	-5%	↓ deri 5%
31	Bucimas	-4%	
33	Rrape	-4%	
45	QSh Nr.2 Vlore	-4%	
51	Arras	-3%	
4	Gjinar	-3%	
18	Kolsh (KU)	-3%	
44	Bujan	-3%	
15	Liqenas	-2%	
35	Zhepe	0%	
38	Krahes	0%	↑ deri 5%
47	QSh Nr.1 Berat	1%	
28	QSh Rreshen	5%	
48	Roshnik	12%	
17	QSh Kucove	13%	↑ mbi 10%
29	QSh Peqin	15%	
	MESATARJA	-9%	

Në tabelën Nr.5.22 shikohet evolimi i buxhetit të QSh gjatë vitit 2009 krahasuar me vitin 2008. Kështu vërejmë se në përgjithësi buxheti i QSh është rritur me 6% mesatarisht në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008. Kjo lidhet edhe me rritjen e realizimit të nivelit të performancës dhe të bonusit në v.2009 krahasuar me v.2008.

Tabela Nr.5.22 : Evolimi i financave të QSh gjatë vitit 2009

Kodi i QSH	QSH	Ndryshimi i buxhetit 2009-2008	Masa e ndryshimit
35	Zhepe	-98%	
36	Dajç (SH)	-6%	↓
43	Paskuqan	-6%	
47	QSh Nr.1 Berat	-5%	
37	Shale (B. Lumi)	-4%	
9	Lenie	-2%	
18	Kolsh (KU)	-1%	
17	QSh Kucove	0%	↑ 0-5%
51	Arras	0%	
12	Golem (KJ)	0%	
40	Poliklinika Nr.10 Tirane	0%	
42	Ndroq	0%	
33	Rrape	1%	
39	Poliklinika Nr.2 Tirane	1%	
48	Roshnik	2%	
1	QSh Nr.4 Durres	2%	
15	Liqenas	2%	
41	Bregu i Lumit	2%	
5	Mollas (EL)	3%	
31	Bucimas	3%	
19	Zapod/Orgjost	3%	
21	Blinisht	3%	
21	Blerim	3%	
45	QSh Nr.2 Vlore	3%	
4	Gjinar	4%	
22	Qukes	4%	
29	QSh Peqin	4%	
23	Bubullime	5%	
14	QSh Nr.2 Korce	5%	
44	Bujan	5%	
46	Narte	5%	
2	Kenete	6%	↑ 6-10%
20	QSH Lezhe	6%	
28	QSh Rreshen	6%	
25	Gruemire	6%	
34	Lukove	7%	
50	Mesopotam	8%	
11	Picar	9%	
52	Muhurr	10%	
3	QSh Nr.2 Elbasan	10%	
26	Hekal	10%	
10	Cepo	10%	
49	Gjorice	12%	↑mbi10%
27	Klos (MT)	12%	

24	Karbunare	12%	
7	Kuman	15%	
30	Carshove	15%	
13	QSh Erseke	20%	
8	Ruzhdie	27%	
16	Voskopoje	47%	
	MESATARJA	+6 %	

Në tabelën nr. 5.23 bëhet krahasimi i ecurisë së buxhetit të QSh në vitin 2010 krahasuar me vitin 2009. Kështu, vërejmë që në vitin 2010 buxheti i QSh të përfshira në studim është ulur mesatarisht me 2%. Kjo lidhet me nivelin e realizimit të shpenzimeve të kryera nga QSh gjatë vitit 2009, por edhe me nivelin e realizimit të performancës dhe bonusit gjatë viti 2010.

Tabela Nr. 5.23 : Evolimi i financave gjatë vitit 2010

Kodi I QSH	QSH	Te dhena financiare 2010- 2009	Masa e ndryshimit
44	Bujan	-16%	
29	QSh Peqin	-12%	
33	Rrape	-11%	
32	Blerim	-10%	
25	Gruemire	-9%	
48	Roshnik	-8%	
18	Kolsh (KU)	-7%	
30	Carshove	-6%	↓ mbi 5%
19	Zapod/Orgjost	-6%	
17	QSh Kucove	-5%	↓ deri 5%
3	QSh Nr.2 Elbasan	-4%	
26	Hekal	-3%	
34	Lukove	-3%	
49	Gjorice	-2%	
4	Gjinar	-2%	
7	Kuman	-2%	
8	Ruzhdie	-2%	
24	Karbunare	-2%	
14	QSh Nr.2 Korce	-2%	
16	Voskopoje	-2%	
20	QSH Lezhe	-2%	
37	Shale (B. Lumi)	-2%	
52	Muhurr	-1%	
31	Bucimas	-1%	
50	Mesopotam	-1%	
1	QSh Nr.4 Durres	0%	pa ≠
12	Golem (KJ)	0%	
9	Lenie	0%	

22	Qukes	0%	
13	QSh Erseke	0%	
15	Liqenas	0%	
28	QSh Rreshen	0%	
40	Poliklinika Nr.10 Tirane	0%	
41	Bregu i Lumit	0%	
35	Zhepe	1%	↑deri 10%
51	Arras	1%	
27	Klos (MT)	1%	
5	Mollas (EL)	1%	
11	Picar	1%	
21	Blinisht	1%	
39	Poliklinika Nr.2 Tirane	1%	
42	Ndroq	1%	
45	QSh Nr.2 Vlore	1%	
2	Kenete	2%	
46	Narte	3%	
47	QSh Nr.1 Berat	5%	
23	Bubullime	5%	
43	Paskuqan	5%	
10	Cepo	6%	
36	Dajç (SH)	9%	
	MESATARJA	-2 %	

6 : Përfundime dhe diskutime

Në këtë studim u përfshinë 52 QSh të përzgjedhura të cilat përbëjnë 12.5% të gjithë qendrave shëndetësore që ofrojnë shërbimin shëndetësor parësor në Shqipëri, dhe personeli shëndetësor i punësuar prej tyre. Të gjitha qendrat shëndetësore objekt i këtij studimi i janë nënshtruar reformës në kujdesin shëndetësor parësor dhe janë të pranueshme si objekt i këtij studimi, nga të cilat është përzgjedhur mostra ku janë mbledhur të dhënat e mëposhtme. 684 personel shëndetësor u intervistuan si pjesë e këtij studimi, nga të cilët 17.3% ishin meshkuj dhe 82.7% femra, ku 42% punojnë në zonat urbane dhe 58% në zonat rurale. Përkatësia e profesionistëve të intervistuar i përgjigjet strukturës së stafit mjeksor që ofron shërbimin shëndetësor në kujdesin parësor, ku shumica i përket profesionit të infermierit përkatësisht 73% dhe 27% Mjek. Shumica e mjekëve të familjes banojnë në zonat urbane rreth 88%, duke bërë që të shkojnë në punë në zonat rurale në mëngjes dhe të kthehen në mesditë.

Mjekët e familjes janë një element shumë i rëndësishëm i reformës në parësor, duke qenë se ato janë edhe Drejtorë të qendrave shëndetësore, dhe niveli ekonomik i tyre është një element që ndikon në performancën e tyre. 62% e mjekëve e deklarojnë veten në nivelin ekonomik mesatar, 33% në nivel të mirë dhe 2% në nivel shumë të mirë.

Cdo qendër shëndetësore që ofron shërbimin shëndetësor parësor ka një zonë mbulimi të caktuar dhe numër popullate që banon në zonën e mbulimit. Qendrat shëndetësore që janë pjesë e studimit mbulojnë me shërbim 14.9% të totalit të popullatës të regjistruar pranë të gjithë mjekëve të familjes. Gjatë periudhës së kryerjes së studimit në kujdesin parësor në vend ishin të punësuar 8236 punonjës shëndetësor, ku 1580 janë mjek familje dhe 6656 infermiere, ku pjesë e studimit ishin 684 punonjës shëndetësor që përbëjnë 8.3% të të gjithë stafit që ka qenë pjesë e reformës në parësor. Niveli arsimor i personelit shëndetësor të intervistuar në procesin e studimit është 55% me arsim të lartë dhe 45% me arsimim të mesëm. Pamvarësisht se 73% e stafit të intervistuar janë infermier, qenia e pjesës më të madhe të stafit me edukim të lartë, ka krijuar parakushte për suksesin e reformës në kujdesin parësor sepse sa më i lartë edukimi aq më lehtë kuptohen hapat e reformës nga personeli që zbaton ato. Një prej elementëve me rëndësi në mbajtjen e aftësive profesionale për ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore dhe zbatimin e reformave të ndryshme që zbatohen në sektorin shëndetësor si dhe në përsosjen e aftësive profesionale është edukimi mjeksor në vazhdim. 72% e stafit të intervistuar kanë marrë pjesë gjatë 3 viteve të fundit në një aktivitet të edukimit mjeksor në vazhdim.

6.1 Njohuritë e stafit mjeksor në lidhje me reformën e ndërmarrë në kujdesin shëndetësor parësor

Një element i rëndësishëm i suksesit apo mos suksesit të reformave është përfshirja në proces e stafit që do të zbatojë masat e reformës përkatëse. Në këtë rast, njohuria e stafit nëse në qendrën shëndetësore ku punojnë dhe në kujdesin shëndetësor në tërësi po zbatohet një reformë, tregon përfshirjen e stafit në proces. 91% e stafit mjeksor pohon se po zbatohet një reformë në kujdesin shëndetësor parësor, ku ndër këto janë Mjekët më të mirë informuar dhe pohojnë që në qendrën shëndetësore ku punojnë po zbatohet reformë me 94% në krahasim me 89.8% të Infermiereve. 87% e stafit deklarojnë që ka ndryshuar mënyra e financimit, 4% deklarojnë që nuk ka ndryshuar dhe 9% nuk janë të sigurtë. Mjekët dhe infermieret kanë njohuri të njëjta mbi ndryshimin e mënyrës së financimit me 85.3% dhe 87.6%. 90% e të intervistuarve

tregojnë që ka ndryshuar mënyra e pagesës së personelit shëndetësor, 4% nuk janë të sigurtë dhe 6% thonë që nuk ka ndryshuar.

infirmieret (91.4%) më shumë se Mjekët (85.3%) që pohojnë se ka ndryshuar mënyra e pagesës pas fillimit të reformës. Gjithashtu, 10.3% e Mjekëve deklarojnë që nuk ka ndryshuar mënyra e pagesës ndërkohë janë vetëm 4.2% e infermiereve që deklarojnë të njëjtën gjë. 83% e të intervistuarve pohojnë se është krijuar Bordi i QSH, ndërsa 14% nuk janë të sigurtë, ndërsa 3% deklarojnë se nuk është krijuar Bordi i QSH.

Mjekët dhe infermieret kanë njohuri të njëta mbi krijimin e Bordit të QSH, ku 84.5% dhe 82% pohojnë krijimin e tij. Ndërkohë 12.5% e Mjekëve dhe 15.4% e infermiereve nuk janë të sigurtë nëse Bordi është krijuar.

6.2 Informimi i personelit mbi aktivitetin e QSH

Një nga hapat për suksesin e QSh në zbatimin e reformës është njohja e personelit mjeksor me vendimet që merr Drejtori për organizimin e punës. 90% e të intervistuarve tregojnë se Drejtori i bën transparent vendimet e marra për organizimin e punës dhe vetëm 4% e mohojnë atë. 83% e të intervistuarve tregojnë që Drejtori i bën transparente shpenzimet financiare në QSH dhe 7% deklarojnë të kundërtën.

Bordi i QSH si “parlamenti” i QSh merr vendime të rëndësishme për funksionimin e saj, kështu që njohuria mbi funksionimin e tij ndihmon në kuptimin e vendimeve të marra. 75% e të intervistuarve kanë njohuri se si funksionon Bordi ndërsa 14% nuk e kanë këtë informacion. Detyrimet e QSh dhe personelit mjeksor gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor janë të përshkruara në kontratën e financimit³⁷. Kështu që leximi i saj i bën personelin shëndetësor më të ndërgjegjshëm ndaj detyrave dhe suksesit në punë. 91% e të intervistuarve pohojnë që e kanë lexuar kontratën e financimit dhe vetëm 7% nuk e kanë lexuar atë. Në punën e përditshme personeli shëndetësor udhëhiqet nga udhëzimet, urdhërat dhe protokollat përkatëse që dalin nga ISKSH. 88% e të intervistuarve pohojnë që kanë info dhe vetëm 5% nuk kanë info mbi udhëzimet, urdhërat dhe protokollat përkatëse.

6.3 Siguria dhe kënaqësia në punë

Një faktor që ndikon në suksesin e reformave në shëndetësi, është siguria dhe kënaqësia e stafit mjeksor në punë. Sipas teorisë së motivimit të Maslow, siguria në punë është në nivelin e dytë të piramidës së Hierarkisë së Nevojave³⁸ të punonjësve në një institucion. Burimet njerëzore që zbatojnë reformën në kujdesin shëndetësor parësor kanë nevojë që të ndjehen të sigurtë në vendin e punës dhe të vlerësuar për punën e bërë. 97% e personelit mjeksor ka lidhur kontratën individuale me Drejtorin e QSh. Kontrata individuale e punës nuk ekzistonte përpara fillimit të reformës në vitin 2007, sepse edhe QSh nuk funksiononte si “ndërmarrje”. Ndërkohë, lidhja e kontratës individuale të punës krijon siguri për vendin e punës, sepse kontrata është hartuar bazuar në Kodin e Punës³⁹, gjë që është e vështirë për t’u prishur nga ana e Drejtorit të QSh. 88% e të intervistuarve ndjehen më të sigurtë në vendin e punës pas lidhjes së kontratës individuale të punës. Sipas teorisë së motivimit të dy-faktorëve nga Herzberg, një prej elementëve të “faktorit higjienik” që eliminon pakënaqësinë në punë dhe ndikon pozitivisht në motivimin e punonjësve është edhe siguria në punë⁴⁰. Një tjetër element që ndikon në performancën e stafit mjeksor në punë është kënaqësia ndaj pagesës që marrin në vendin e punës. Sipas principeve të motivimit të

³⁷ Kontrata e financimit ISKSH-QSh, Aneksi III-V-VI

³⁸ A Theory of Human Motivation, A. H. Maslow (1943)

³⁹ Kontrata individuale QSH – Personel shendetesor, Aneksi IV

⁴⁰ Herzberg, Frederick (1959), The Motivation to Work

punonjësve⁴¹ lekët janë shpërblimi më i mire. Duke qenë se lekët janë arsyeja kryesore për njerëzit të punojnë, asnjë shpërblim nuk mund të vlerësohet nëse ato nuk paguhen mjaftueshëm për të mbuluar nevojat e tyre bazë. Në këtë pikë, duket sikur stafi mjeksor është i ndarë pothuaj në mes, 47% janë të kënaqur me pagesën që marrin, ndërsa 46% nuk janë të kënaqur, pamvarësisht rritjes së vazhdueshme të bërë cdo vit pagës së mjekëve dhe infermiereve⁴². Ndërkohë janë mjekët më të kënaqur me pagën që marrin, ku 49.5% e tyre deklarojnë kënaqësinë ndaj pagesës ndërsa 44% nuk janë të kënaqur. Nga ana tjetër, 45.8% e stafit infermieror janë të kënaqur ndërsa 47.6% nuk janë të kënaqur me pagesën. Më të kënaqur me pagesën janë stafi mjeksor në zonat rurale me 53%, ndërsa më të pakënaqur janë në zonat urbane me 53.4%. Një nga elementët e rinj të reformës financiare që ju nënshtrova kujdesi shëndetësor parësor është edhe shpërblimi që QSh mund t'u japë personelit 2 herë në vit, në Qershor dhe në Dhjetor⁴³. Një prej principeve të motivimit të punonjësve është shpërble performancën⁴⁴. Mënyra më e mirë për inkurajimin e rritjes së performancës është të shpërblesh individët për performancën e tyre ose të lidhësh cdo shpërblim tjetër ata marrin me arritjen e qëllimeve të organizatës. Prandaj ky element është vendosur në kontratën e QSH për të motivuar stafin mjeksor që të ofrojë shërbim sa më cilësor ndaj banorëve që kanë në zonën e mbulimit. 69% e stafit të intervistuar deklarojnë që janë të kënaqur me shpërblimin që marrin dy herë në vit, ndërsa vetëm 27% deklarojnë të kundërtën.

Nëse bëjmë analizim të kënaqësisë së stafit mjeksor ndaj shpërblimit që marrin dy herë në vit, të ndarë sipas profesionit mjek/infermier, atëherë vërejmë që janë mjekët më të kënaqur me shpërblimin me 73.4%, kundrejt 67.4% të infermiereve, dhe kjo lidhet me faktin që shpërblimi jepet si përqindje e pagës ku paga e Mjekut është më e madhe se e pagës së infermieres. Përtej elementëve të sigurisë në punë, kënaqësisë me pagesën apo shpërblimit dy herë në vit, kënaqësia në punë e stafit mjeksor është një element thelbësor për të performuar më mirë. Kështu, vërejmë që 68% e stafit të intervistuar deklarojnë që janë dakort dhe 15% shumë dakort, që janë më të kënaqur me punën që prej fillimit të reformës. Qëllimi i reformës së ndërmarrë në kujdesin parësor është që të ofrohet një shërbim shëndetësor sa më i mirë dhe komuniteti të jetë i kënaqur me cilësinë e shërbimit. 93% e të intervistuarve janë të mendimit se komuniteti është i kënaqur me shërbimin që merr në QSH dhe vetëm 1% deklaroi të kundërtën.

6.4 Njohuritë për reformën nga Drejtorët e Qendrave Shëndetësore

Me fillimin e reformës qendrat shëndetësore drejtohen nga Drejtorët e tyre, të cilët kanë përgjegjësinë ligjore për menaxhimin e burimeve financiare, njerëzore dhe materiale që ka qendra shëndetësore⁴⁵. Bazuar në këto përgjegjësi, përgatitja profesionale dhe familjarizimi me kërkesat e reformës marrin një rëndësi të dorës së parë⁴⁶. Shumica e Drejtorëve të qendrave shëndetësore të intervistuar (67%) deklarojnë se janë dakort që dokumenti i reformës në kujdesin shëndetësor parësor është i qartë dhe 19% janë shumë dakort. Shumica e Drejtorëve (61%) janë dakort dhe 8% shumë dakort që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm me qëllim kuptimin

⁴¹ De Cenzo AD, Robbins PS. Human Resource Management. 6th edition New York: John Wiley&Sons Inc. 1999

⁴² Tabela e pagave e personelit shëndetësor 2007-2010, Aneksi IX - X

⁴³ Udhëzimi Nr. 14 Datë 15.06.2009 "Për përdorimin e të tjera që realizojnë qendrat shëndetësore nga veprimtaria e tyre"

⁴⁴ De Cenzo AD, Robbins PS. Human Resource Management. 6th edition New York: John Wiley&Sons Inc. 1999

⁴⁵ VKM 857 Datë 20.12.2006, Aneksi II

⁴⁶ Trainimi i kryer nga ISKSH në bashkëpunim me Proshëndetit, Konferenca e mbylljes së Projektit

dhe zbatimin e saj. Megjithëse shumica e Drejtorëve deklarojnë se trainimi i reformës është i mjaftueshëm, 67% e tyre janë dakort dhe shumë dakort se kanë nevojë për më shumë trainim për të zbatuar reformën. Kërkesa e Drejtorëve për më shumë trainim për reformën justifikohet edhe nga deklarimi i tyre mbi ndryshimin e metodës së punës së tyre. Kështu, afërsisht 60% janë dakort dhe shumë dakort që metoda e tyre e punës ka ndryshuar me fillimin e punës, por 41% deklarojnë se nuk janë dakort dhe aspak dakort që metoda e punës ka ndryshuar.

80 % e Drejtorëve janë dakort dhe shumë dakort që kanë nevojë për më shumë trainim për të kuptuar reformën, ndërkohë që rreth 70% e tyre pranojnë që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm. Reforma në parësor zbatohet jo vetëm nga Drejtorët e QSh por edhe nga stafi mjeksor. Me qëllim arritjen e objektivave të vendosura në kontratën e financimit por edhe realizimin e indikatorëve përkatës është e nevojshme që personeli mjeksor të ketë njohuri mbi reformën dhe të veprojnë si ekip.

Shumica e personelit mjeksor (60%) thonë që trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm, por ndërkohë e shikojnë të nevojshme trainimin e vazhdueshëm mbi këtë çështje, ku 78% e tyre deklarojnë që kanë nevojë për më shumë trainim për të kuptuar reformën. Duke qënë se reforma është një proces dhe cdo vit futen elementë të rinj të saj, rreth 72% e tyre kanë nevojë për më shumë trainim për zbatimin e reformës.

Përmes testit Chi-square nuk u gjet asnjë diferencë statistikisht e rëndësishme mes menaxherëve dhe personelit shëndetësor lidhur me njohuritë për reformën. Në përqindjen më të lartë ata japin alternativat e përgjigjeve “jam dakort” ose “shumë dakort”. Kjo tregon se në realizimin apo mosrealizimin e indikatorëve të performancës apo të bonusit, ndikimi i nivelit të njohurive për reformën është asnjëherë nga ana e Drejtorëve apo personelit tjetër shëndetësor. 77% e personelit mjeksor janë dakort apo shumë dakort që dokumenti i reformës është i qartë. Nga krahasimi i përgjigjeve të dhëna për njohuritë mbi reformën e Drejtorëve dhe stafit tjetër të QSH, shikojmë që lidhja është më e fortë për përgjigjen “dokumentit i reformës është i qartë” ku $p = 0.027$ dhe “trainimi mbi reformën është i mjaftueshëm” ku $p = 0.047$, pra të dy aktorët kryesorë që zbatojnë reformën në nivel QSh janë dakort në këto dy pika. Kjo përforcon edhe njëherë idenë që dokumenti i reformës duhet të jetë i qartë dhe personeli mjeksor që do të zbatojë reformën duhet të trainohet.

6.5 Opinioni i stafit mjeksor mbi funksionimin e QSh

Me fillimin e reformës QSh menaxhohet nga Drejtori dhe ekonomisti i saj, të cilët kanë autonominë për menaxhimin e burimeve financiare dhe njerëzore për plotësimin e objektivave të vendosura në kontratën e financimit.

Personeli mjeksor në shumicë dërrmuese me 92% janë dakort dhe shumë dakort që QSh po menaxhohet më mirë pas fillimit të reformës në parësor. Në menaxhimin e QSh pëfshihen organizimi i punës së përditshme i personelit mjeksor, prokurimi i barnave dhe materialeve mjeksore për kujdesin ndaj rasteve urgjente, blerja e kитеve laboratorike për bërjen e analizave laboratorike në ato QSH që kanë aparaturat përkatëse, blerja e materialeve higjienizuese për të krijuar një ambjent të sigurtë, si dhe mirmbajtja e ambjenteve dhe mjeteve të punës. Kështu, 85% e të intervistuarve pranojnë që Drejtori i QSH ka autonomi më të gjërë nga sa kishte patur përpara fillimit të reformës ndërsa 82% tyre janë dakort dhe shumë dakort që kushtet e punës në QSh pas fillimit të reformës janë përmirësuar. Në kushtet e punës përfshihen mjetet e punës që stafi ka në dispozicion, barnat dhe materialet e konsumit, ambjente të pastra dhe të përshtatshme për të punuar. Një nga risitë e reformës ishte lënia e të

ardhurat dytësore që QSh mblidhte në duart e saj⁴⁷, dhe përdorimi sipas disa rregullave të përgatitura nga Këshilli Administrativ i ISKSH-së⁴⁸. 75% e personelit mjeksor të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që QSH është duke i përdorur vetë të ardhurat dytësore, ndërsa 85% e stafit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që QSh ka furnizim të mirë me medikamente të urgjencës.

Me fillimin e reformës kontrata e financimit midis ISKSH dhe QSh bazohet në ofrimin e paketës bazë të shërbimeve.⁴⁹ Paketa bazë tashmë përbëhet prej 7 shërbimeve: 1-Kujdesi për rastet e urgjencës, 2-Kujdesi për fëmijët, 3-Kujdesi për gratë dhe shëndeti riprodhues, 4-kujdesi për të rriturit, 5-kujdesi për moshën e tretë, 6-kujdesi për shëndetin mendor, 7-edukimi dhe promovimi shëndetësor⁵⁰. 73% e të intervistuarve janë dakort dhe shumë dakort që në QSh janë të pranishme materialet që nevojiten për ofrimin e paketës bazë.

6.6 Sistemi i informacionit shëndetësor

Prej vitit 2008 ISKSh nënshkroi një memorandum bashkëpunimi me Ministrinë e Shëndetësisë⁵¹ dhe në bashkëpunim me projektin ProShëndetit që asistonte reformën në kujdesin parësor filloi zbatimin e Sistemit të Informacionit Shëndetësor (SISH) në nivel QSh. Për këtë qëllim doli udhëzimi përkatës mbi procedurat e funksionimit të sistemit të informacionit shëndetësor në shërbimin parësor⁵², si dhe u trainuan i gjithë personeli shëndetësor mjek dhe infermier për mënyrën e plotësimit të formularit të vizitës dhe atij të procedurave mjeksore. SISH bazohet në plotësimin e një formulari⁵³ për çdo vizitë që kryen Mjeku i familjes ose infermierja, dhe informacioni i tij dixhitalizohet duke u hedhur manualisht në databasen e përgatitur. Bazuar në një Memorandum mirëkuptimi midis ISKSH dhe Ministrisë së Shëndetësisë në v.2009⁵⁴, ISKSh mori përsipër shtrirjen e SISH në të gjithë vendin dhe ndarjen e informacionit të grumbulluar me Ministrinë e Shëndetësisë. Prej vitit 2010 informacioni për aktivitetin e QSH dhe për llogaritjen e indikatorëve të performancës dhe bonusit bëhet përmes SISH. Si rrjedhojë njohuria e personelit mjeksor mbi SISH dhe mënyrën si funksionon ka rëndësi në lidhje me matjen e rezultateve të punës së tyre. 98.6% e personelit të intervistuar deklaroi që përdor SISH në vendin e punës. 88% e stafit të intervistuar deklaroi që janë dakort dhe shumë dakort që kanë trainimin e duhur për plotësimin e formularit të pacientit që është në bazë të funksionimit të SISH. 70% e stafit të intervistuar deklaroi që nuk kanë nevojë për trainim të mëtejshëm për plotësimin e formularit të pacientit dhe vetëm 30% janë dakort dhe shumë dakort që kanë nevojë për më shumë trainim. 94% e personelit mjeksor të intervistuar deklaroi që janë dakort dhe shumë dakort që raportimi me formularin e SISH do të ndikojë në performancën e QSH. Dhe kjo është e vërtetë sepse sa më saktë të raportohet aktiviteti me anë të SISH aq më e saktë do të jetë edhe llogaritja e

⁴⁷ VKm Nr.564 datë 07.05.2008, “Për një ndryshim në vendimin Nr.857 Datë 20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”

⁴⁸ Udhëzimi Nr. 14 Datë 15.06.2009 “Për përdorimin e të ardhurave të tjera që realizojnë qëndrat shëndetësore nga veprimtaria e tyre”

⁴⁹ VKM 857 Datë 20.12.2006, Aneksi II

⁵⁰ Urdhër Nr. 95 Datë 16.02.2009 “Për miratimin e paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor”

⁵¹ Korrik 2008, derguar DRSKSH me shkresë NR.1781/2, datë 31.07.2008

⁵² Udhëzimi Nr.10 Datë 31.07.2008 “Për procedurat e funksionimit të sistemit të informacionit shëndetësor në shërbimin parësor”

⁵³ Urdhër Nr.362 Datë 11.06.2009 “Mbi ngritjen dhe funksionimin e SISH bazuar në formularin e vizitës pranë Drejtorive të Shëndetit Rajonal në nivel Qarku”

⁵⁴ Marrëveshja midis Ministrisë së Shëndetësisë dhe Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor mbi Sistemin e Informacionit Shëndetësor Parësor, datë 24.06.2009, Nr. Prot.1529

performancë së QSH. Formulari i pacientit (FP) plotësohet me dorë dhe më vonë informacioni hidhet në kompjuter, ndërkohë që 91% e stafit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që FP të plotësohet direkt në kompjuter. 86% e stafit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që të aplikohet FP në QSH. Kjo tregon që personeli mjeksor është i qartë për impaktin e SISH në aktivitetin e QSh. 98% e stafit të intervistuar deklarojnë që plotësojnë një FP për çdo vizitë që ato kryejnë në QSH, pra ashtu sic e kërkon edhe manuali i SISH. Në lidhje me njohurinë e stafit për ndikimin e SISH në pagën e tyre, 55% thonë që nuk ndikon, 26% nuk janë të sigurtë dhe 19% që ndikon. Në të vërtetë paga e personelit mjeksor nuk varet nga volumi i punës që kryejnë⁵⁵ dhe raportohet përmes SISH, por vetëm shpërblimi që ato marrin çdo 6-muaj varet nga raportimi dhe funksionimi i SISH.

87% e personelit të intervistuar janë dakort dhe shumë dakort që SISH ndikon në menaxhimin e QSh. Përmes informacionit të prodhuar nga SISH Drejtori i QSH ka të mundur shpërblimin e personelit mjeksor çdo 6 muaj bazuar në kontributin e tyre në realizimin e indikatorëve përkatës. Duke marrë në konsideratë që në kontratën e QSh është sanksionuar që Drejtori do të kryejë shpërblimin e personelit mjeksor bazuar në kontributin e tyre në realizimin e indikatorëve⁵⁶, pra në rezultatet e punës së tyre, funksionimi i SISH bën të mundur aplikimin e këtij rregulli. Kështu 96% janë dakort dhe shumë dakort që funksionimi i SISH ndikon në shpërblimin e mjekëve dhe infermiereve.

6.7 Ecuria e Performancës dhe Bonusit në qendrat shëndetësore të përzgjedhura

Me fillimin e reformës në parësor u mat për herë të parë volumi i punës së kryer nga personeli mjeksor, dhe vecanërisht Mjekëve që shërbejnë në QSh. Volumi i punës u mat përmes një indikatorit të quajtur “Indikator i performancës”, që mated si numri mesatar i vizitave të kryera në një ditë pune nga Mjekët në një QSH gjatë një muaji.

Indikator i matet : Vizitat totale të siguruarve të Mjekëve në QSH në muaj, pjesuar me numrin e ditëve të punës në një muaj dhe numrin e Mjekëve me kohë të plotë që punojnë në QSH.

Indikator i performancës ishte i lidhur me 10% të buxhetit të QSh, llogaritet çdo muaj dhe jepet çdo fund të muajit pasardhës. Me qëllim matjen indikatorit të performancës u vendosën edhe standarti i numrit mesatar të vizitave në një ditë pune që duhet të kryenin Mjekët në zonat urbane dhe zonat rurale. Me qëllim arritjen e rezultatit të kërkuar dhe bërjen transparente të objektivit të këtij indikator, u vendos si standart : Për mjek në komuna (fushore/kodrinore - 9, malore/thelle malore – 6) dhe në bashki (MPF femije - 10, MPF gjithë moshat / MPF të rritur – 12, MPF për studentet - 9)⁵⁷.

Ky indikator ka si qëllim të matë numrin mesatar të vizitave në një ditë pune që janë kryer nga një mjek familje gjatë një periudhe 1(një) mujore. Performanca në vitin e dytë të reformës, në vitin 2008 është rritur 33.4% krahasuar më vitin e parë të reformës 2007. Kjo rritje kaq e madhe e indikatorit të performancës është arritur si pasojë e ndryshimit të mentalitetit të punës, klimës pozitive të krijuar në QSh pas funksionimit të saj si ndërmarrje e vetëadministruar, por edhe për shkak të vendosjes së objektivit më afër realitetit. Nëse në vitin e parë të reformës standarti ishte 16 vizita në ditë për Mjekët në qytet dhe 13 për ato në fshat⁵⁸, në vitin 2008 ky objektiv u ndryshua në 12 vizita në ditë për Mjekët në qytet, dhe në fshat u ul dhe u përshkallëzua në 9 vizita në zonat fushore/kodrinore, ndërsa në zonat malore 6 vizita

⁵⁵ Tabela e pagave e personelit shëndetësor 2007-2010, Aneksi IX - X

⁵⁶ Kontrata e financimit ISKSH - QSh

⁵⁷ Kontrata e financimit ISKSH- QSh 2008, Aneksi V

⁵⁸ Kontrata e financimit ISKSH – QSh 2007, Aneksi III

në ditë. Në vitet 2009 dhe 2010 standarti për matjen e indikatorit të performancës nuk ndryshoi, gjë që solli një përshtatje të stafit dhe rritje të realizimit të tij. Performanca në vitin 2010 është rritur 37.5% krahasuar me vitin 2007, është rritur 4% krahasuar me vitin 2008 dhe rritur 7% krahasuar me vitin 2009 ($p=0.519$).

Po të krahasojmë realizimin e indikatorit të performancës sipas QSh, por të grupuara sipas nivelit të ndryshimit midis viti 2010 dhe viti 2009, do të vërejmë që janë vetëm 17 QSH nga 52 që kanë ulje të realizimit të indikatorit të performancës krahasuar me vitin 2009, dhe janë 32 QSH që kanë rritje të realizimit të performancës dhe 3 QSH që kanë të njëjtin nivel realizimi të performancës.

Përvec vendosjes së standarteve reale të objektivit për indikatorin e performancës, ka edhe elementë të tjerë që ndikojnë në realizimin ose mos realizimin e tij.

Ka një lidhje pozitive, statistikisht të rëndësishme mes njohurive për reformën dhe indikatorit të performancës. Me rritjen e njohurive, rritet niveli i Indikatorit të Performancës në QSH (koeficienti i korrelacionit të Kendal's=0.213, $p=0.001$). Kjo tregon se në QSH ku stafi mjeksor ka nivel të lartë të njohurive për reformën ka shumë gjasa që kjo ka ndikuar në rritjen e realizimit të performancës. Kjo gjetje përforcon aksiomën që sa më shumë të informohen dhe përfshihen në procesin e zbatimit të reformës stafi mjeksor, sa më shumë motivohen dhe gëzojnë rezultatet e punës së tyre, aq më shumë ato angazhohen në arritjen e objektivave të caktuara.

Nuk ka lidhje statistikisht të rëndësishme mes vend-ndodhjes së QSH dhe indikatorit të performancës, (koeficienti i korrelacionit të Kendal's=0.101, $p=0.234$). Kjo tregon se pamvarësisht vend ndodhjes gjeografike të QSH, është personeli shëndetësor faktori kryesor që vendos për suksesin apo dështimin e reformës.

Nuk ka lidhje statistikisht të rëndësishme mes edukimit në vazhdim të personelit në QSH dhe indikatorit të performancës, (koeficienti i korrelacionit të Kendal's=0.091, $p=0.645$). Nisur nga vetë natyra e indikatorit që mat performancën, që është një indikator sasior, nuk kërkon njohuri të thella profesionale por vetëm planifikimin e duhur dhe shkuarjen e rregullt cdo ditë dhe në orar në vendin e punës.

Një nga qëllimet e reformës të filluar në kujdesin shëndetësor parësor në vitin 2007 ishte edhe përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor ndaj popullatës në zonën e mbulimit. Ky qëllim u projektua të realizohej përmes disa indikatorëve të grupuara si “bonusi për cilësinë” i cili do të përfaqsohej nga 5% e buxhetit të QSH.

Indikatorët e bonusit në fillim të reformës ishin 8⁵⁹ por ato nuk plotësonin disa prej karakteristikave që duhet të kenë indikatorët (SMART), pra nuk ishin specifik, nuk ishin realist, nuk mund të mateshin, të arritshëm. Për këtë qëllim vetëm në vitin 2008 u arrit që të vendoseshin 6 indikatorë. Indikatorët me anë të të cilëve matej bonusi u vendosën të tillë që ta kapnin disa nga treguesit shëndetësor më të rëndësishëm, si sëmundjet kronike, shëndetin e gruas, shëndetin e fëmijëve, kontaktin e Mjekut të familjes me popullatën në ngarkim si dhe edukimin mjeksor në vazhdim⁶⁰

1- Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë (PVHP) brenda vitit nga MF.

2- Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për diagnoza të zgjedhura.

3- Përqindja e pacientëve kronike të vizituar cdo muaj nga MF.

4- Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë.

5- Përqindja e fëmijëve të moshës 0-1 vjeç të vaksinuar me DTP3.

6- Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.

⁵⁹ VKM 857, Datë 20.12.2006, Aneksi II, Shtojca 1, Aneksi B

⁶⁰ Kontrata ISKSH-QSH 2008, Aneksi V

Indikatorët e bonusit maten cdo 3 muaj dhe sasia monetare përkatëse i kalon QSh në llogarinë banakare në fund të muajit pasardhës të 3 mujorit që kaloi. Indikatorët u vendosën në vitin 2008 sepse më përpara nuk ekzistonte infrastruktura për mbledhjen e informacionit përkatës për llogaritjen e indikatorëve. Në kontratën e viti 2008⁶¹ u vendosën indikatorët me anë të të cilëve do të matej bonusi. Niveli i realizimit të Bonusit (10%) është rritur pothuajse 7% në vitin 2009 krahasuar me vitin 2008 ($p=0.07$), ndërsa në vitin 2010 bonusi u ul pothuajse 15% krahasuar me vitin 2008 dhe pothuajse 22% krahasuar me vitin 2009 ($p<0.001$).

Në vitin 2009 nuk u ndryshuan indikatorët e vendosur në vitin 2008, gjithashtu edhe sistemi i mbledhjes së informacionit për matjen e tyre ishte i njëjti që u implementua që në fillim. Si rezultat vërejmë që ka konsolidim të realizimit të indikatorëve dhe rritje të bonusit me 7%.

Ulja e bonusit në vitin 2010 ka një ulje të realizimit të bonusit krahasuar me vitin 2009 me 22%, gjë që është e lidhur me shtimin e 3 indikatorëve të rinj⁶²

1. Përqindja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që kanë kryer vizitat e detyrueshme nga personeli shëndetsor⁶³;

2. Përqindja e pacienteve me HTA të diagnostikuar nën mjekim (gjithë statet) që kanë vlerën e Tensionit Arterial brenda “normës”.

3. Përqindja e pacientëve të diagnostikuar me Diabet që kanë nivelin e glicemisë esëll brenda “normave

Në uljen e nivelit të realizimit të bonusit nuk ndikoi vetëm vendosja e indikatorëve të rinj por edhe standarti i kërkuar me qëllim marrjen e pikëve përkatëse për cdo indikator. Kështu, për indikatorin e HTA dhe të Diabetit u vendos një prag për marrjen e pikëve përkatëse disi i lartë, në nivelin e 80% dhe QSh që e realizonte nën këtë prag nuk merrte asnjë pikë nga ky indikator.

Gjithashtu, kjo ulje është e lidhur edhe me ndryshimin e mënyrës së raportimit të informacionit për llogaritjen e indikatorëve, ku për herë të parë u vendos në funksionim në të gjithë vendin SISH dhe indikatorët e bonusit u matën përmes këtij sistemi. Kjo solli në rritjen e saktësisë së të dhënave të raportuara por në disa raste pati edhe nën raportim të aktivitetit në lidhje me indikatorët. Në raportimi ndodhi më shumë për arsye se Mjekët dhe infermieret harronin që të plotësonin kodet speciale që shënohen në formularin e pacientit me qëllim matjen e indikatorëve specifikë (psh për të sëmurët me HTA esencial stadi I-rë duhet të shënojnë kodin përkatës sipas ICD9 që është 401, kur presioni i gjakut është brenda normave i stabilizuar duhet shënuar kodi i vecantë 605

Në vitin 2009 shumica e QSh patën rritje të bonusit krahasuar me vitin 2008, vetëm 11 nga 52 QSh pjesë e studimit që patën ulje. Në vitin 2010 pothuajse të gjitha QSh patën ulje të bonusit, vetëm 3 nga 52 QSh patën rritje. Kjo ecuri shikohet edhe nga mesatarja e bonusit për gjithë QSh, ku në vitin 2009 ishte $68.8 \pm 9.9\%$ ndërkohë në vitin 2010 ishte $45 \pm 12.5\%$.

Përveç faktorëve teknikë që kanë ndikuar në realizimin apo mosrealizimin e indikatorëve të bonusit, ka edhe faktorë të tjerë “cilësorë” që duhen marrë në konsideratë. Kështu, lidhja e realizimit të bonusit me njohuritë për reformën dhe pjesëmarrjen në Edukimin Mjekësor në Vazhdim janë disa prej faktorëve.

Duke krahasuar nivelin e realizimit të bonusit dhe nivelin e njohurive për reformën nga ana e personelit shëndetësor të intervistuar, do të gjejmë lidhjen si më poshtë:

⁶¹ Kontrata e financimit ISKSH – QSH 2008, Aneksi V

⁶² Kontrata financimit ISKSH – QSH 2010, Aneksi VI

⁶³ Ligji 8876 Date 04/04/2002 ”Për shëndetin riprodhues”

r (koef I korrelacionit te Kendal tau-b) = 0.218 dhe Vlera $p=0.023$.

Ka një lidhje pozitive statistikisht të rëndësishme mes nivelit të njohurive të personelit për reformën dhe bonusit, çfarë do të thotë që sa më të mira të jenë njohuritë për reformën, aq më i lartë është realizimi i bonusit. Indikatorët e bonusit kanë patur si qëllim përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe kanë qenë të lidhur me rezultatet që kishte si qëllim të arrinte reforma. Si rrjedhim sa më i lartë niveli i njohurive të personelit shëndetësor aq më i lartë realizimi i indikatorëve të bonusit.

Ndërkohë një tjetër faktor që merret në konsideratë dhe ka qënë pjesë e indikatorëve të bonusit, është edukimi mjekësor në vazhdim. Rezultatet e gjetura për lidhjen midis EMV dhe realizimit të bonusit është si më poshtë: r (koef I korrelac te Kendal tau-b) = 0.607 , Vlera $p=<0.001$. Shikojmë që ka një lidhje pozitive statistikisht të rëndësishme mes bonusit dhe edukimit në vazhdim. Sa më shumë personel të kenë ndjekur edukim në vazhdim aq më shumë bonus ka përfutur QSh. Sa më shumë që personeli shëndetësor të jetë pjesë e edukimit mjekësor në vazhdim, aq më i kualifikuar dhe në kontakt me të rejtat më të fundit të mjeksisë do të jetë, dhe si rezultat do të jetë në gjëndje të ofrojë shërbim shëndetësor më cilësor, duke patur si rezultat një popullatë më të shëndetshme në zonën e mbulimit.

Fillimit të reformës në parësor në Janar 2007 i parapriu një proces i vështirë i përgatitjes së buxhetit për cdo QSH dhe për gjithë KSHP. Procesi i përgatitjes së buxhetit fillestar për KSHP kaloi nëpër disa hapa. Me qëllim përcaktimin e buxhetit historik për secilën QSH, ISKSH mblodhi bashkë sasinë e lekëve për zërat 600 dhe 601 (pagat dhe sigurimet shëndetësore e shoqërore) për gjithë stafin [për Mjekët (nga buxheti i ISKSH) dhe për infermieret e stafin tjetër (nga buxheti i MSH)] dhe gjithë fondet e buxhetuara nga zëri 602 (fondet operative dhe për mirëmbajtje nga MSH dhe shpërndara përmes DSHP-ve) dhe nga Komunitat (të alokuara nga buxheti i tyre).

Ky proces u krye në bazë rajonale, ku DRSKSH ishte e ngarkuar të siguronte që sasia e mjeteve financiare që do t'i jepej cdo QSH ishte afër nevojave të tyre (duke përdorur 85% të buxhetit historik) për të financuar të paktën pagat e stafit në të njëjtën nivel me vitin paraardhës.

Faktori që ndikoi më shumë në ndryshimin e buxhetit midis QSH ishte alokimi i 602 në nivel bashkie. Ishte e pamundur që të llogarisje me saktësi sasinë e fondeve që cdo QSH kishte marrë në të kaluarën për mallra dhe shërbime sepse faturat ishin shumat totale që DSHP kishin harxhuar.

Përpara konsolidimit dhe shpërndarjes së fondeve të QSH, fondet që do të transferoheshin në ISKSH u rritën 5% për pagat e MF, 15% për pagat e infermiereve, dhe 13% për 602 për mallra dhe shërbime. Efekti i këtij hapi ishte që ta bënte më të lehtë për QSH të praninin faktin se fillimisht do të merrnin vetëm 85% të 100% të “buxhetit historik”, sepse në fakt, me 85% të shumës së rritur , buxheti e bën të mundur për cdo QSH të përballojë pagën e stafit në të njëjtën nivel me të vitit të mëparshëm, dhe i gjithë stafi do të shikonte si mundësi për të fituar më shumë nga 15% që do të shpërndahej për performancë më të mirë.

Në krahasimin e ecurisë së buxhetit të QSh-ve gjatë viteve 2007-2010 vërejmë që ka një ulje të tij me 9% në vitin 2008 krahasuar me 2007. Megjithatë ecurinë pozitive të performancës dhe llogaritjes së bonusit për herë të parë, QSh rezultojnë me ulje të buxhetit të tyre në vitin 2008 krahasuar me vitin 2007. Kjo lidhet me mënyrën e llogaritjes së buxhetit të QSH për herë të parë në fillim të vitit 2007, por edhe me përshtatjen e buxhetit të vitit 2008 bazuar edhe në nivelin e realizimit të shpenzimeve për vitin 2007. Kështu, llogaritja në fillim e zërit 602 (mallra dhe shërbime) u bë pothuajse në mënyrë asnjënjëse, jo reale sepse edhe rekordet e shpenzimeve të DSHP-ve dhe pushtetit lokal nuk ishin të rregullta. Mirëpo në vitin 2008 ISKSH

kishte informacion të hollësishëm mbi shpenzimet e QSh nga zëri 602 (mallra dhe shërbime), si pasojë u krye rillogaritja e buxhetit të QSH bazuar në nevojat reale të tyre. Kështu që pas këtij procesi, dhe bazuar dhe në nivelin e përthithjes së fondeve mbi nivelin e realizimit të performancës dhe bonusit, pamvarësisht që pati rritje të realizimit të performancës krahasuar me vitin 2007, buxheti i gjithë QSh të përzgjedhura u ul mesatarisht me 9%. Në vitin 2009 ka rritje të buxhetit të QSh mesatarisht me 6% me vitin parardhës, si rrjedhojë e rritjes së realizimit të performancës dhe bonusit krahasuar me vitin 2008, si rrjedhojë edhe fondi i përthithur nga QSh është më i madh. Ndërkohë në vitin 2010 ka një rënie të buxhetit të përthithur nga QSh mesatarisht me 2 % krahasuar me vitin 2009, dhe kjo kryesisht për shkak të realizimit më të ulët të bonusit, i cili pati ulje gjatë v.2010. Duke marrë në konsideratë variablat që përbëjnë buxhetin e QSh, që janë : 600 dhe 601, pagat dhe kontributet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore, të cilat janë rritur në mënyrë konstante cdo vit⁶⁴, prej 2007 deri në 2010, atëherë kontributi i tyre është pozitiv në drejtim të rritjes së buxhetit. Duke u rritur pesha specifike e 600 dhe 601, atëherë bie pesha specifike brenda buxhetit e 602, si rrjedhim përvec vitit 2008 kur u bë për herë të parë rillogaritja e buxhetit të QSh, dhe kryesisht 602 bazuar në të dhëna të sakta, në vitet e tjera buxheti ka ndryshuar në varësi të nivelit të realizimit të indikatorëve të performancës dhe bonusit.

⁶⁴ Aneksi IX - X

7 : Rekomandime

- 1- Përfshirja e personelit shëndetësor në reformë dhe bërja e saj “pronë” e tyre përmes gëzimit të produktit të punës, është element pozitiv për rritjen e performances në punë
- 2- Trainimi i personelit shëndetësor rreth reformës, rregullave të saj dhe objektivave përkatëse është element i rëndësishëm për sukses
- 3- Personeli mjekësor duhet të marrë pjesë aktive në Edukimin Mjekësor në Vazhdim me qëllim ngritjen profesionale dhe ofrimin e një shërbimi sa më cilësor
- 4- Sistemi i pagesës ndaj ofruesve të kujdesit shëndetësor të jetë i bazuar në rezultatet e punës së tyre të matura përmes indikatorëve përkatës, me qëllim përmirësimin e shëndetit të popullatës.
- 5- Indikatorët e vendosur për matjen e rezultateve të reformës shëndetësore duhet të jenë të matshëm, realist, specifik, të arritshëm si dhe konsistentë në numër.
- 6- Ngritja e sistemeve të informacionit për mbledhjen e saktë dhe në kohë të informacionit që nevojitet për llogaritjen e indikatorëve, duhet të jetë parakusht.
- 7- Motivimi financiar është një element shumë i rëndësishëm për rritjen e kënaqësisë në punë të personelit shëndetësor.
- 8- Trainimi i Menaxherëve me kurrikul që përmban të rejtat e reformës që po zbatohet ndihmon në orientimin më të shpejtë dhe arritjen e rezultateve të dëshiruara.
- 9- Institucioni politik bërës duhet të ketë parasysh që dokumenti rregullator i reformave që do të zbatohen në fushën e shëndetësisë duhet të jetë i qartë dhe lehtësisht i kuptueshëm nga aktorët
- 10- Siguria në punë përmes nënshkrimit të kontratave individuale të punës është një faktor që ndikon në aktivitetin e personelit shëndetësor
- 11- Vendosja e indikatorëve duhet shoqëruar me një prag përmbyshje të arsyeshëm me qëllim motivimin e personelit shëndetësor për të arritur objektivin

8 : Bibliografi

- Essentials of health care finance – William O. Cleverly; Andrew E. Cameron
- Health Technology Assessment and Health Policy-making in Europe, *Current status, challenges and potential*, European network for HTA, European Observatory on Health systems and policies
- Management in health care practice – Luka Kovacic, Lijana Zaletel-Kragelj
- Health systems and their evidence based development- Vesna Bjegovic, Donco Donev
- World Bank “Health care modernization in Albania” (Conseil Sante)
- Organizata Botërore e Shëndetësisë, Observatory Studies series 21, 2010
- World DataBank – World Bank (Shtator 2011)
- Saltman and Dubois 2004
- Organizata Botërore e Shëndetit, Botim në v.2000
- Raporti i Bankës botërore 2006’
- Ligji mbi Organizimin dhe Funksionimin e Pushtetit Lokal, Nr. 7572, Datë 10.06.1992
- ACHO 2003:Shikimi i shëndetësisë në nivel vendor: rezultatet e një vlerësimi cilësor me palët e interesuara në Shqipëri. Raporti përfundimtar
- WHO, Observatory studies series 21, 2010
- Kornai J (1992), The socialist system : The political economy of communism. Oxford, Clarendon press
- Ligji mbi Sigurimet Shendetësore në Republikën e Shqipërisë, Nr.7870, Datë 13.04.1994, miratuar me Dekret Nr. 950 Datë 25.11.1994
- Kontrata financimit ISKSH – QSH 2007 - 2010
- Ligjit 8876 Date 04/04/2002 ”Për shëndetin riprodhues”
- VKM 857, Datë 20.12.2006
- Urdhër Nr. 95 Datë 16.02.2009 “Për miratimin e paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor”
- Udhëzimi Nr.10 Datë 31.07.2008 “Për procedurat e funksionimit të sistemit të informacionit shëndetësor në shërbimin parësor”
- Urdhër Nr.362 Datë 11.06.2009 “Mbi ngritjen dhe funksionimin e SISH bazuar në formularin e vizitës pranë Drejtorive të Shëndetit Rajonal në nivel Qarku”
- Marrëveshja midis Ministrisë së Shëndetësisë dhe Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor mbi Sistemin e Informacionit Shëndetësor Parësor, datë 24.06.2009, Nr. Prot.1529
- VKM Nr.564 datë 07.05.2008, “Për një ndryshim në vendimin Nr.857 Date 20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”
- Udhëzimi Nr. 14 Datë 15.06.2009 “Për përdorimin e të ardhurave të tjera që realizojnë qendrat shëndetësore nga veprimtaria e tyre”
- Ensuring value for money in health care: the role of HTA in the european union, Corina Sorenson, Panos Kanavos, Michael Drummond, January 2007
- Management of health technologies: an international review. Egon Jonsson and David Banta , BMJ 1999
- Economic Evaluation of Environmental Health Interventions to Support Decision Making, Guy Hutton 2006
- Tallin Charter, Health systems for Health and Wealth, WHO 2008

- Camilla Palmhoj Nielsen, Antonio Sarriid Santamera, Hindrik Vondeling, January 2007
- De Cenzo AD, Robbins PS. Human Resource Management. 6th edition New York: John Wiley&Sons Inc. 1999
- Adams, J.S. (1963) Towards An Understanding of Inequality. Journal of Abnormal and Normal Social Psychology. (67), pp. 422-43
- Herzberg, Frederick (1959), *The Motivation to Work*, New York: John Wiley and Sons
- A Theory of Human Motivation, A. H. Maslow (1943), *Psychological Review*, 50, 370-396

9 : Anekset

Aneksi 1 : Pyetsori për intervistimin e personelit shëndetësor

Kodi I ofruesit: |___|___|___||___|___| Nr. Pyetsorit |___|___|___||

Intervista per OFRUESIT E SHERBIMIT

(Pyetesor me Vete Plotesim)

I/e nderuar Koleg,

Ju falenderojme per angazhimin tuaj ne studimin “Vleresimi i reformes ne Kujdesin Shendetesor Paresor”. Ky studim realizohet ne kuader te studimeve te thelluara ne programin Doktorature ne Shendet Publik nga ana e Z.Gazment KODUZI si edhe rishikimit te politikave te ISKSH-se ne lidhje me financimin e Kujdesit Shendetesor Paresor.

Qellimi i studimit:

Qellimi i ketij studimi eshte grumbullimi dhe analiza e te dhenave ne lidhje me reformen ne sistemin e financimit dhe sistemin e informacionit te KShP. Studjuesi pret qe informacioni i grumbulluar te ndihmoje drejtuesit ne qender dhe rrethe ne identifikimin e disa prej pikave te forta dhe te dobeta ne procesin e reformave. Synimi final eshte asistimi i qendrave shendetesore dhe mjekeve te familjes ne procesin e implementimit te reformes.

Procesi i perzgjedhjes:

Qendrat shendetesore ku po kryhen intervistat me personelin shendetesor u perzgjodhen nepermjet nje programi kompjuterik te posacem dhe nuk u ndikua nga asnje kriter objektiv apo subjektiv.

Plotesimi i pyetesorit:



Studimi do te realizohet nepermjet nje pyetesori me plotesim individual (i vete-administruar). Do t'ju kerkonim qe te plotesoni te gjitha pyetjet ne secilin modul. Nga vleresimet paraprake, plotesimi i ketij pyetesori zgjat rreth 15 minuta. Ju mund te pergjigjeni duke vendosur nje “+” ose “X” ne rrethin perbri opsionit te zgjedhur te pergjigjes.

Anonimiteti dhe konfidencialiteti:

Pyetesoret jane anonime (pa emer). Pas plotesimit, pyetesoret e cdo rrethi do te grumbullohen, do te mbyllen ne nje zarf te posacem dhe do te dorezohen ne ISKSh, ku do te realizohet hedhja ne kompjuter dhe perpunimi i te dhenave. Nuk ka asnje menyre per te identifikuar personat qe kane plotesuar pyetesore te caktuar.

001. EMRI I QENDRES: _____

002. QYTETI / FSHATI (emri): _____

003. Profesioni : 1- Mjek

2- Infermiere

Moduli 1: Informacion personal dhe trajnimet e kryera

004. Gjinia		1	☐ M		
		2	☐ F		
005. Viti i lindjes _____					
006. Gjendja civile	1	☐ I/e martuar/bashkejeton	007. A keni femije?	1	☐ Po
	2	☐ I/e pamartuar		2	☐ Jo
	3	☐ I/e divorcuar			
	4	☐ I/e ve			
008. Vendi i lindjes	1	☐ Zone rurale	009. Vendi i banimit	1	☐ Zone rurale
	2	☐ Zone urbane		2	☐ Zone urbane
010. Besimi fetar	1	☐ Musliman	011. Sa shpesh i vizitoni vendet e besimit?	1	☐ Te pakten nje here ne jave
	2	☐ Ortodoks		2	☐ Te pakten nje here ne muaj
	3	☐ Katolik		3	☐ Gjate festave fetare
	4	☐ Tjeter		4	☐ Nje here ne vit ose me rralle
	5	☐ Ateist (shko tek pyetja 012)			
012. Si e konsideroni veten ne lidhje me duhan pirjen?	1	☐ Asnjehere duhan pires	013. Si e vleresoni gjendjen tuaj ekonomike?	1	☐ E keqe
	2	☐ Duhan pires i rregullt		2	☐ Mesatare
	3	☐ Duhan pires i rastit		3	☐ E mire
	4	☐ Ish duhan pires i rregullt		4	☐ Shume e mire
	5	☐ Ish duhan pires i rastit			
014. Viti i perfundimit te studimeve: _____					
015. Niveli i studimeve te kryera:		1 Mesem	Infermieret vazhdojne plotesimin e pyetsorit te pyetja 018		
		2 I larte			
016. A keni diplome ne fushen e Mjeksis se Familjes (nga Fakulteti i Mjeksis se Familjes)?	1	☐ Po	017. A keni nje diplome ekuivalente me diplomen e Mjeksis se Familjes?	1	☐ Po
	2	☐ Jo		2	☐ Jo
018. Gjate 3 viteve te fundit, a keni marre pjese ne aktivitetet e edukimit te vazhdueshem?	1	☐ Po	019. Gjate 3 viteve te fundit, a keni marre pjese ne ndonje trajnim (organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike, etj)?	1	☐ Po
	2	☐ Jo		2	☐ Jo
020. Gjate 3 viteve te fundit, a keni botuar ndonje artikull ne nje reviste shkencore?	1	☐ Po	021. Gjate 3 viteve te fundit, a keni marre pjese ne ndonje konference shkencore?	1	☐ Po
	2	☐ Jo		2	☐ Jo
022. Rajoni ku punoni					
1 ☐ Berat	5 ☐ Fier	9 ☐ Kukes			
2 ☐ Diber	6 ☐ Gjirokastr	1 ☐ Shkoder			
3 ☐ Durres	7 ☐ Lezhe	0 ☐ Tirane			
4 ☐ Elbasan	8 ☐ Korçe	1 ☐ Vlore			
		1			
		1			
		2			
023. Vendi juaj i punes	1 ☐ QSh ne zonen urbane	024. Pergjegjesi administrative: A jeni drejtor i nje QSh?	1	☐ Po	
	2 ☐ QSh ne zonen rurale		2	☐ Jo	
	3 ☐ Poliklinike				
025. A jeni i dy punesuar ne ndonje prej institucioneve qe permenden perbri?		1 ☐ Kabinet/klinike ne pronesi personale			
		2 ☐ Kabinet/klinike private ne pronesi te dikujt tjeter			
		3 ☐ OJQ			
026. Numri i mjekeve dhe infermiereve ne qendren tuaj shendetesore apo poliklinike (perfshi edhe ju personalisht)		1- Mjek nr. _____			
		2- Infermiere nr. _____			

Moduli 2/a: Reforma ne Kujdesin Shendetesor Paresor

027. Prej kater vitesh ne QSh ku une punoj po zbatohet reforma e kujdesit shendetesor paresor	1	☐ Po		
	2	☐ Jo		
	3	☐ Nuk jam i/e sigurt		

028. Si rezultat i reformes ne Kujdesin Shendetesor Paresor (KSHP)...				
	Po	Jo	Nuk jam i sigurt	
A)...ka ndryshuar menyra e financimit te Qendres Shendetesore (QSH)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
B)...ka ndryshuar menyra e pageses se mjekeve / infermiereve	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
C)...ka ndryshuar procedura e referimit tek mjeku specialist	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
D)...ka ndryshuar menyra e dhenies se recetes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
E)...jane vendosur kriteret per licensimin e mjekeve / infermiereve	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
F)...jane vendosur kriteret per akreditimin e QSh	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
G)...eshte krijuar nje Bord i QSh	1 ☐	2 ☐	3 ☐	

029. Sipas mendimit tuaj				
	Po	Jo	Nuk jam i sigurt	
A)...drejtori i Q.Sh. i ben transparente vendimet e marra ne lidhje me organizimin e punes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
B)...drejtori i Q.Sh. i ben transparente shpenzimet e buxhetit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
C)...ju jeni i informuar per gjithcka qe lidhet me aktivitetin e Q.Sh	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
D)...ju jeni i informuar per menyren e funksionimit te bordit te Q.Sh	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
E)...Bordi i Q.SH. ka impenjimin e duhur per te trajtuar problemet ne menyre te drejte dhe transparente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
F)...ju e keni lexuar kontraten e nenshkruar ndermjet Q.Sh. dhe DRSKSH	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
G)...ju keni nenshkruar kontraten individuale te punes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
H)... Ju jeni me e sigurte ne vendin e punes pas nenshkrimit te kontrates individuale	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
J).... Ju jeni me kenaqur me pagesen qe merrni per rrogen tuaj...	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
K)... Ju jeni e kenaqur me shperblimin qe merrni cdo 6- muaj (ne Korrik dhe ne Dhjetor)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
L)...ju e keni informacionin e nevojshem ne lidhje me urdherat, udhezimet dhe protokollat per nje mbarevajtje te mire te punes tuaj	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
M)...ju e keni informacionin e perditesuar ne lidhje me urdherat, udhezimet dhe protokollat per nje mbarevajtje te mire te punes tuaj	1 ☐	2 ☐	3 ☐	
N)...komuniteti ku ju ofroni sherbimin eshte i kenaqur me sherbimin e marre ne Q.Sh	1 ☐	2 ☐	3 ☐	

P)... sa ka qene shperblimi qe ju merrni perpara fillimit te reformes ??? 1- Korrik 2006: _____
 Leke

2- Dhjetor 2006: _____ Leke

Q).... sa ka qene shperblimi qe ju moret vitin e kaluar (2010) ne: 1- Korrik 2010: _____ Leke
2- Dhjetor 2010: _____ Leke

030. Qe prej fillimit te reformes ne Kujdesin Shendetesor Paresor (KSHP)...				
	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A)...qendra shendetesor po menaxhohet me mire	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B)...drejtori i QSH ka autonomi me te gjere	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C)...mjeket e QSH kane autonomi klinike me te gjere	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D)...kushtet ne QSH jane permiresuar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E)...QSH eshte duke menaxhuar vete te ardhurat dytesore	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
F)...QSH ka furnizim te mire me medikamente urgjence	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
G)...QSH ka furnizim te mire me pajisje jo-mjekesore per ofrimin e paketes baze te sherbimeve	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

031. Sipas mendimit tuaj				
--------------------------	--	--	--	--

	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A - Dokumenti i reformes eshte i qarte	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B - Trajnimi mbi reformen eshte i mjaftueshem	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C - Kam nevojë për më shumë trajnim për të kuptuar reformen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D - Kam nevojë për më shumë trajnim për të zbatuar reformen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E - Me fillimin e reformes, metoda ime e punës ka ndryshuar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
F - Me fillimin e reformes, unë jam më i/e kënaqur me punën	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
G - Me fillimin e reformes, unë ndjehem më shumë i/e stresuar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

MPF / Infermiere SHKON TEK MODULI 2/B, PIKA 8, "Sistemet e informacionit shëndetësor"

Moduli 2/b: Sistemet e Informacionit Shendetesor

034. QSH ku une punoj eshte duke perdorur nje sistem te ri	1	☐ Po
informacioni bazuar ne formularin e pacientit (FP)	2	☐ Jo [fund i modulit]
	3	☐ Nuk jam i/e sigurt

035. Shprehni shkallen e miratimit per pohimet e meposhtme:

	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A - Une kam trajnimin e duhuar per te plotesuar FP	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B - Me nevojitet me teper trajnim per te plotesuar FP	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C - Une kam veshtiresi ne plotesimin e FP	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D - Raportimi bazuar ne FP do te kete rezultate te mira	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E - Do te ishte me mire sikur FP te plotesohet direkt ne kompjuter	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
F - Do te ishte me mire sikur FP te mos aplikohet	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

036. Ne lidhje me zbatimin e sistemit te informacionit shendetesor

	Po	Jo	Nuk jam i sigurt
A - Une plotesoje nje formulari pacienti (FP) per cdo vizite	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B - QSH ka nje sistem te mire per grumbullimin e FP	1 ☐	2 ☐	3 ☐
C - Mua me vjen informacion i rregullt bazuar ne FP-te e plotesuara nga une	1 ☐	2 ☐	3 ☐
D - Mua me vjen informacion i rregullt bazuar ne receta me rimbursim qe leshoj	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E - Paga ime varet nga numri i FP-ve qe une plotesoje	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F - Paga ime varet nga numri i vizitave qe une kryej	1 ☐	2 ☐	3 ☐

037. Zbatimi i plote i sistemit te informacionit qe bazohet tek formulari i pacientit (FP) do te permiresoje...

	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A) ...cilesine e kujdesit ne QSH	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B) ...fluksin e pacienteve ne QSH	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C) ...menaxhimin e QSH	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D) ...procesin e referimit tek mjeku specialist	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E) ...procesin e shperblimit te mjekëve	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
F) ...procesin e shperblimit te infermiereve	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
G) ...procesin e vaksinimit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
H) ...procesin e planifikimit familjar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
K) ...procesin e kujdesit per gruan shtatzane	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
L) ...procesin e kujdesit per femijet 0-1 vjec	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
M)- Tjeter				

[KETO PYETJE PLOTESOHET VETEM NGA DREJTORET E QSH]

032. Ne lidhje me reformen

	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A - Kam marre trajnimin e nevojshem per te zbatuar detyrat e mia	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B - E kuptoj qarte rolin tim si drejtor/e	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C - Roli i drejtorit lidhet vetem me pergjegjesi administrative	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D - Roli i drejtorit lidhet me pergjegjesi klinike	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E - Kam nevojte per me teper trajnim per te zbatuar detyrat e mia	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

033. Ne lidhje me kompetencat tuaja si drejtor

	Aspak dakord	Nuk jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A - Kam kompetenca te mjaftueshme per te realizuar ate cka pritet prej meje	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B - Kam autonomi te plote per te marre ne pune ose pushuar infermieret	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

C - Kam autonomi te plote per te marre ne pune ose pushuar mjeket	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D - Kam autonomi te plote per te marre ne pune ose pushuar personelin jo mjeksor	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E - Kam autonomi te plote per te realizuar blerje te ndryshme	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

JU FALEMINDERIT PER PJESMARRJEN TUAJ NE KETE STUDIM

Aneksi 2 : Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 857 Datë 20.12.2006

“Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”

VENDIM

Nr.857, datë 20.12.2006

PËR FINANCIMIN E SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NGA SKEMA E DETYRUESHME E SIGURIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Në mbështetje të nenit 100 të Kushtetutës dhe të neneve 4, pika 2, shkronja “b” e 36 të ligjit nr.7870, datë 13.4.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, me propozimin e Ministrit të Shëndetësisë, Këshilli i Ministrave

VENDOSI:

1. Financimin, nga skema e detyrueshme e sigurimeve shëndetësore, të shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP), të përcaktuara në shtojcën 1, që i bashkëlidhet këtij vendimi.

2. Shërbimet e KSHP-së organizohen dhe ofrohen në bazë qendrash shëndetësore, sipas udhëzimit të Ministrit të Shëndetësisë.

3. Qendra shëndetësore është person juridik, publik, jobuxhetor, jofitimprurës, me llogari bankare të veçantë, i cili përfshin të gjithë rrjetin e dhënësve të shërbimit, në varësi të tij, siç është përcaktuar në kontratë.

Qendra shëndetësore ushtron veprimtarinë, administrohet dhe vepron në bazë të ligjeve në fuqi, të statutit të qendrës shëndetësore dhe të rregullores së përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të KSHP-së, e përcaktuar në shtojcën 2, së bashku me anekset përkatëse A+B, që i bashkëlidhen këtij vendimi.

Qendra shëndetësore drejtohet nga drejtori i kësaj qendre.

4. Ministri i Shëndetësisë, brenda datës 30 janar 2007, të miratojë statutin tip të qendrave shëndetësore, ndërsa bordi i qendrave shëndetësore miraton statutin për çdo qendër shëndetësore.

5. ISKSH-ja lidh kontratë me qendrat shëndetësore, në të gjithë vendin, në bazë të rregullores së përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të KSHP-së, të përcaktuara në pikën 1 të këtij vendimi.

Nga kjo bëjnë përjashtim:

a) Shërbimet e ofruara nga qendrat komunitare të shëndetit mendor;
b) Shërbimi dentar publik;
c) Shërbimet e higjienës dhe të epidemiologjisë;
c) Shërbimet e ofruara nga strukturat e ngritura për edukimin dhe promovimin shëndetësor;

d) Shërbimet e ofruara nga mjekët e shkollave, të kopshteve dhe çerdheve.

6. Mënyra e pagesës dhe e shpërblimit të punës së punonjësve të qendrave shëndetësore, që kanë lidhur kontratë me ISKSH-në sipas këtij vendimi, miratohet nga këshilli administrativ i këtij instituti.

7. Ministri i Shëndetësisë dhe Ministri i Financave miratojnë tarifat për shërbimet e ofruara nga qendrat shëndetësore për rastet e personave të pasiguruar dhe për shërbime jashtë paketës së shërbimeve të KSHP-së. Të ardhurat e krijuara nga shërbimet e ofruara, sipas kësaj pike, përdoren sipas përcaktimeve të vendimit nr.432, datë 28.6.2006 të Këshillit të Ministrave “Për krijimin dhe administrimin e të ardhurave, që krijojnë institucionet buxhetore”.

8. Ministri i Shëndetësisë dhe ISKSH-ja, brenda vitit 2006, të identifikojnë të gjitha qendrat shëndetësore, në bazë të ndarjes administrative në vend, numrin e personelit mjekësor dhe atij ndihmës dhe numrin e popullsisë, që ato mbulojnë me shërbime të KSHP-së.

9. Ngarkohen Ministria e Shëndetësisë, Ministria e Brendshme dhe ISKSH-ja, që, me fondet e miratuara në buxhetin e vitit 2007, të planifikojnë zhvillimin e veprimtarive për promovimin, komunikimin dhe informimin, për financimin e shërbimeve të KSHP-së nga skema e

sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

10. Drejtori i Shëndetit Publik emëron drejtorin e përkohshëm të çdo qendre shëndetësore, për një periudhë kohe jo më të gjatë se deri më 30 mars 2007. Drejtori i qendrës shëndetësore emërohet dhe lirohet nga bordi i qendrës.

Drejtori i përkohshëm i qendrës shëndetësore ngarkohet, që, brenda datës 16 janar 2007:

- të lidhë kontratën individuale, të përkohshme, të punës me secilin nga punonjësit aktualë të qendrës shëndetësore;

- të çelë llogarinë bankare të qendrës shëndetësore pranë një banke të nivelit të dytë, e cila ka degë në afërsi të qendrës shëndetësore;

- të marrë në dorëzim, rregullisht, inventarin aktual të mjeteve në përdorim të qendrës shëndetësore, sipas rregullores së përgjithshme të kontraktimit të shërbimeve të KSHP-së.

11. Ngarkohen Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH-ja, që, në bashkëpunim me organet e qeverisjes vendore, brenda datës 30 mars 2007, të ngrenë bordet e qendrave shëndetësore.

12. ISKSH-ja, brenda datës 30 mars 2007, të përfundojë lidhjen e kontratave me çdo qendër Shëndetësore.

13. Të gjitha aktet nënligjore, që janë në kundërshtim me këtë vendim, shfuqizohen.

14. Ngarkohen Ministria e Shëndetësisë, Ministria e Financave dhe Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor për zbatimin e këtij vendimi.

Ky vendim hyn në fuqi pas botimit në Fletoren Zyrtare.

KRYEMINISTRI

Sali Berisha

SHTOJCA 1

LISTA E SHËRBIMEVE TË KSHP QË DUHET TË OFROJË QENDRA SHËNDETËSORE

Kujdesi për të rriturit

Diagnozat kryesore dhe mjekimi i sëmundjeve

Kjo kategori mbulon sëmundjet më të përhapura të të rriturit që përfitojnë shërbime në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

Hipertensioni

Dhimbjet e gjoksit

Angina /sëmundja e ishemiç së zemrës

Insuficiencë kardiake

Diabeti

Infeksioni i aparatit urinar

Anemia

Azma

Dhimbjet akute të mesit

Depresioni

Ankthi

Infeksione të rrugëve të frymëmarrjes të të rriturit

Problemet e lëkurës

Problemet e prostatit

Dhimbjet e kokës

Artriti ose dhimbjet e kyçeve

Kujdesi pediatrik

Diagnozat kryesore dhe mjekimi i sëmundjeve

Kjo kategori mbulon sëmundjet më të përhapura të fëmijët që përfitojnë shërbime në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

Infeksioni akut i bajameve

Bronkiti

Infeksionet e rrugëve të poshtme të frymëmarrjes

Infeksioni i veshit të mesëm
Heqja e barkut dhe të vjellat
Konvulsionet nga temperatura e larta
Temperatura e lartë
Infeksionet e rrugëve urinare
Problemet e të ushqyerit
Problemet e lëkurës

Kujdesi për fëmijën
Monitorimi i rritjes dhe zhvillimit të fëmijës
Imunizimi

Shëndeti i gruas dhe kujdesi shëndetësor riprodhues
Kjo kategori mbulon shërbimet më të zakonshme të nevojshme për gratë që përfitojnë shërbime në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

Planifikimi familjar
Sëmundjet/infeksionet, seksualisht, të transmetueshme
Vizita e gjirit
Analiza e qafës së mitrës
Menopauza
Shtatzënia normale
Diagnostikimi klinik dhe mjekimi gjatë shtatzënisë
Kujdesi pas lindjes
Shërbimet parandaluese

Kujdesi për rastet urgjente
Kjo kategori mbulon arsyet më të zakonshme të nevojshme për personat që përfitojnë shërbime urgjence në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

Menaxhimi fillestar dhe stabilizimi i problemeve urgjente
Ataket e azmës
Dhimbjet e gjoksit
Frakturat
Kujdesi për gërvishtjet/plagët

Shërbimet minilaboratorike (që mund të ofrohen pa pasur nevojë për personel laborant)
Shërbimet minimale të shfrytëzueshme në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor
përfshijnë:

Analizën e urinës
Analizën e sheqerit në gjak
Analizën e barrës
Analizën e sekrecioneve vaginale për gjetjen e infeksionit

Aneksi 3 : Kontrata e financimit ISKSH – QSh 2007

KONTRATE QSH 2007

Baza Ligjore :

Ligji Nr. 7870, datë 13. 10. 1994, “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;

Ligji Nr. 3766, datë 17. 12. 1963, “Për kujdesin shëndetësor”, të ndryshuar;

Kodi i Punës, Kodin civil,

VKM Nr. _____ Date _____ Per kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor paresor dhe Rregullores së përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor,

Statuti i tip I Qendres shëndetësore

Palet:

1. Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor i përfaqësuar nga Z./Znj. _____, drejtor i Drejtorisë Rajonale të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (DRSKSH) _____,

2. Qendra Shëndetësore Nr.1 Tirane (që këtë e tutje do të quhet QSh) e përfaqësuar nga Z. / Znj. _____ drejtor i QSH, me seli në adresën Rruga Bajram Curri Nr. Tirane, e përbërë nga:

Qendra shëndetësore nr.1 Tirane.

Ambulanca e Qytetit Studentit

Ambulanca Shkoze

OSE

Qendra Shëndetësore Peze (që këtë e tutje do të quhet QSh) e përfaqësuar nga Z. / Znj. _____ drejtor i QSH, me seli në adresën: Rruga, Qyteti, Rrethi, Qarku, e përbërë nga:

Qendra shëndetësore Peze

Ambulanca Peze-Helmes

Ambulanca Peze e Vogel etj.

sot, më datën _____ 2006, kanë rënë dakord për lidhjen dhe zbatimin e kontratës me përmbajtjen që vijon:

Objekti i Kontratës

Neni 1

Objekti i kësaj Kontrate është Blerja nga ana e ISKSH e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor për banorët që ofron Qendra Shëndetësore për banorët që ajo mbulon.

Dispozita të Përgjithshme

Neni 2

Mjekët e familjes (MF) dhe Mjekët e përgjithshëm (MP) janë pika e parë e kontaktit për pacientet në sistemin shëndetësor. Palët në Kontratë bien dakord të zbatojnë konceptin e mjekësisë familjare, duke u mbështetur në rolin e mjekut të përgjithshëm / mjekut të familjes, si “pritësi i parë” për nivelet e tjera të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Neni 3

Në bazë të parmit të zgjedhjes së lirë të dhënësit të shërbimeve, banorët zgjedhin MP / MF, duke u regjistruar në QSh. Rekomandohet që t’u sugjerohet banorëve të zgjedhin

MP/ MF me te afert. Rekomandohet, gjithashtu, që pjesëtarët e një familjeje të regjistroheshin tek i njëjti MP / MF.

QSh do të organizojë regjistrimin fillestar të banoreve bazuar në udhëzimet e përcaktuara nga ISKSH. Numri i banoreve për një MP / MF duhet të jetë në përputhje me normat dhe standardet që ka përcaktuar MSh. Banoret kanë të drejtë të ndryshojnë MP / MF jo më shpesh se 1 herë në vit.

Neni 4

QSh përgjigjet për tërë rrjetin e dhënësve të shërbimeve që ka në vartësi, siç përshkruhet me hollësi në Aneksin A.

Shërbimet që ofron Qendra Shëndetësore

Neni 5

QSh do të ofrojë shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, që përshkruhen me hollësi në Aneksin B, si më poshtë vijon:

- Kujdesin për rastet e urgjencës;
- Vizitën mjekësore dhe diagnostikimin
- Trajtimin, pershkrimin, referimin dhe ndjekjen
- Mjekimin në shtëpi;
- Edukimin shëndetësor, informimin i të sëmurëve dhe promovimin shëndetësor.
- Parandalimin e sëmundjeve, duke përfshirë imunizimin;
- Menaxhimin, administrimin, dokumentimin dhe dhënien e informacionit.

Shërbimet do të ofrohen në përputhje me dispozitat e Ligjit për Kujdesin Shëndetësor, Ligjin për Sigurimet Shëndetësore dhe të tjera Ligje dhe rregullore që lidhen me to, si dhe protokollet profesionale të përpiluara nga organet kompetente

Në çdo rast QSH do të ofrojë shërbimin e saj në përputhje me udhëzimet e Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH.

Pagesa e Qendrës Shëndetësore

Neni 6

Për dhënien e shërbimeve shëndetësore në sasinë dhe cilësinë e kërkuara QSH do të paguhet si më poshtë;

Pagesa fikse mujore (që këtë e tutje do të quhet Pagesa Fikse)

Pagesa mujore bazuar në aktivitetin (që këtë e tutje do të quhet Pagesa Bazuar në Aktivitetin) dhe,

Pagesa bonus tremujore (që këtë e tutje do të quhet Bonus).

DRSKSH, për shërbimet shëndetësore të ofruara, të cilat përmenden në Nenin 5 dhe përshkruhen me hollësi në Aneksin B të kësaj Kontrate, do t'i paguajnë Qendrës Shëndetësore një Pagesë Fikse (PF) në masën 85 % të buxhetit të kontratuar të QSH sic është përmendur në aneksin D, të barabartë me _____ Lekë, që duhen arkëtuar në 12 kështe mujore të barabarta, jo më vonë se ditën e fundit të muajit paraardhës.

DRSKSH, gjithashtu, do t'i paguajë QSh një Pagesë bazuar në Aktivitetin (PA), të barabartë me 10 % të Buxhetit Rajonal për të gjitha QSH. PA do të llogaritet në përputhje me:

1. Numrin e vizitave të bëra nga QSh. Numri mesatar i vizitave për një ditë në QSH do të jetë 13 vizita për mjek në fshat, dhe 16 në qytet.
2. Numri i të sigurve. Niveli i personave të sigurve do të jetë jo më pak se 60 % e personave të regjistruar në QSH.

PA do të transferohet jo më vonë se dita e fundit e muajit pasardhës.

DRSKSH, me qëllim që të nxisë angazhimin e mëtejshëm të QSh për rritjen e cilësisë së shërbimeve dhe efektivitetin, do t'i paguaje QSH një Pagese Bonus te barabartë me 5% të Buxhetit Rajonal Total për të gjitha QSH dhe do të shpërndahet për secilin QSh bazuar në numrin e popullsisë së regjistruar.

DRSKSH do ta arkëtojë Pagesën Bonus në katër këste, në fund të çdo tremujori, jo më vonë se dita e fundit e muajit të parë të tremujorit pasardhës.

Pagesa Bonus do t'i paguhet QSH kundrejt dëshmive të argumentuara të plotësimit të secilit prej këtyre indikatorëve :

- Planifikimi i vizitave të të semurve kronike (ose pacienteve);
- Ruajtja e % së imunizimit nën standartin kombëtar;
- Situata e % e sëmundshmërisë kronike të të semurve të mbuluar nga QSH;
- Rritja e satisfaksionit të pacienteve (ankesat, 2 pyetësore);
- Persona të vizituar për herë të parë (PVHP) në shifrat 60% e popullatës
- Vdekshmëria foshnjore dhe amtarë nën mesataren e Republikës;
- Mesatarja e vlerës së recetës për diagnozë në bazë Rajoni
- QSH ka raportuar në kohë dhe plotësisht, ashtu siç përcaktohet në këtë kontratë;
- Ulja e vlerës mesatare të recetës për banorë të regjistruar (norma vjetore e uljes 5%);
- Ulja e numrit të referimeve për vizite në kujdesin e specializuar (norma vjetore e uljes 5%);
- Pjesëmarrja e stafit në Trajnimin e Vazhdueshëm

Pershkrimi me i hollësisht i indikatorëve dhe mënyra e vlerësimit të tyre do të bëhet sipas udhëzimit të ISKSH.

Neni 7

DRSKSH kryen pagesën e QSH siç përcaktohet në Nenin 6, vetëm pas marrjes së informacionit që QSH është e detyruar të japë lidhur me treguesit për kryerjen e pagesave.

Neni 8

DRSKSH do t'i arkëtojë pagesat në llogarin e QSH, numri i llogarisë _____, në bankën _____, me adresën _____.

Neni 9

QSH, përfaqësuar nga përgjegjësi i saj, do të garantojë ofrimin e shërbimeve shëndetësore, që janë objekt i kësaj Kontrate, duke lidhur kontrata pune me secilin nga punëmarrësit e QSH. QSH do të regjistrojë të gjithë punonjësit e vet.

Neni 10

Personeli shëndetësor i QSH është i detyruar të respektojë rregullat në zbatimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, përshkrimin e recetës me rimbursim, mbajtjen e dokumentacionit dhe dënimin e informacionit sipas aneksit F të kësaj kontrate.

Neni 11

Të gjitha shpenzimet për punonjësit dhe shpenzimet e tjera që lidhen me ofrimin e shërbimeve të përcaktuara në këtë kontratë janë përgjegjësi e QSH. Këto shpenzime përballohen dhe paguhën nga QSH, nëpërmjet pagesës sipas kësaj kontrate.

Pagat e punonjësve të QSH do të jete në përputhje me sistemin e pagesave të miratuara nga Këshilli Administrativ i ISKSH.

Çështje të tjera

Neni 12

MSH dhe ISKSH do të informojnë QSh për ndryshimet në dispozitat ligjore, standartet, normat dhe udhëzimet për të mundësuar përmbushjen e të gjitha detyrimeve të QSH të detajuara në Regulloren e Pergjithshme.

Neni 13

QSh është e detyruar të vërë në dispozicion dokumentacionin dhe raportin e nevojshëm në përputhje me sistemin e informacionit të ISKSH, me sistemin e Informacionit të Drejtorisë së Kujdesit Parësor, si dhe raportime të tjera që kërkohen nga MSH, ISKSH,

Neni 14

DRSKSH do të kontrollojë përmbushjen e detyrimeve kontraktuale nga ana e QSh përmes:

- Kontrollit të dokumentacionit të paraqitur;
- Kontrollit të aktivitetit shëndetësor në QSH
- Kontrollit të aktivitetit financiar

Pas çdo kontrolli, përpilohet një raport që do të përmbajë konstatimet dhe propozimet për zhdukjen e mangësive dhe parregullsive të vëna re gjatë zbatimit të detyrimeve të kësaj Kontrate.

Ndërprerja e Kontratës

Neni 15

Kjo kontrata mund të ndërpritet nga të dy palët me mirëkuptim, me kusht që njoftimi me shkrim të bëhet të paktën 60 ditë kalendarike para dates së ndërprerjes.

Palët mund ta ndërpresin këtë Kontratë para afatit të mbarimit të saj, si më poshtë vijon:

Kur QSh falimenton ose mbyllet;

Kur QSh humb të drejtën e akreditimit;

Kur konstatohet keqmanaxhim i përdorimit të fondeve;

QSh ka të drejtë të zgjidhë kontratën në mënyrë të njëanshme në rast se ISKSH falimenton ose mbyllet.

Njoftimi për ndërprerjen e Kontratës do të botohet në media, me qëllim që personave të siguruar t'u mundësohet përzgjedhja e një MP / MF të ri.

Zgjidhja e konflikteve

Neni 16

Çdo konflikt që lind nga kjo Kontratë, Palët do të përpiqen ta zgjidhin përmes mirëkuptimit të ndërsjellte.

Nëse konfliktet nuk mund të zgjidhen përmes mirëkuptimit të përbashkët, këto do t'i zgjidhë gjykata kompetente.

Afati i kontrates

Neni 17

Kjo Kontratë është e vlefshme nga data _____ deri me datën _____ dhe hyn në fuqi nepermjet nënshkrimit nga përfaqësuesit e dy paleve.

Neni 18

Kjo Kontratë nënshkruhet në 2 kopje, një kopje për QSH dhe një kopje për DRSKSH
Aneksat e kësaj Kontrate janë pjesë përbërëse e Kontrates.

Qendra Shëndetësore

Drejtoria Rajonale e
Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

Aneksi A: Organizimi i Qendrës Shëndetësore

Qendra Shëndetësore përbëhet nga njësitë e mëposhtme:

Qendra Shëndetësore:

Emri i Qendrës Shëndetësore:

Adresa:

Telefoni:

Celulari:

Faksi:

Posta elektronike:

Ambulanca:

Emri i Ambulances 1:

Adresa e Ambulances 1:

Emri i Ambulances 2

Adresa e Ambulances 2:

Emri i Ambulances 3:

Adresa e Ambulances 3:

Aneksi B: Paketa minimale e shërbimeve që duhet të ofrojë Qendra Shëndetësore

Kujdesi për të rriturit:

Diagnozat Kryesore dhe Mjekimi i Sëmundjeve

Kjo kategori mbulon sëmundjet më të përhapura tek të rriturit që përfitojnë shërbime në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

- *Hipertensioni*
- Dhimbjet e gjoksit
- Angina / sëmundja e ishemiç së zemrës
- *Insuficiencë kardiale*
- *Diabeti*
- Infeksioni i aparatit urinar
- Anemia
- *Azma*
- Dhimbjet akute të mesit
- Depresioni
- Ankthi
- Infeksionet rrugëve të frymëmarrjes tek të rriturit
- Problemet e lëkurës
- Problemet e prostatit
- Dhimbjet e kokës
- Artriti, ose dhimbjet e kyçeve

Kujdesi pediatrik:

Diagnozat Kryesore dhe Mjekimi i Sëmundjeve

Kjo kategori mbulon sëmundjet më të përhapura tek fëmijët që përfitojnë shërbime në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

- Infeksioni akut i bajameve
- Bronkit
- Infeksionet e rrugëve të poshtme të frymëmarrjes
- Infeksioni i veshit të mesëm
- Heqja e barkut dhe vjellja
- Konvulsionet nga temperatura e lartë
- Temperatura e lartë
- Infeksionet e rrugëve urinare
- Problemet e të ushqyerit
- Problemet e lëkurës

Kujdesi për Fëmijën:

- Monitorimi i rritjes dhe zhvillimit të fëmijës
- Imunizimi

Shëndeti i Gruas dhe Kujdesi Shëndetësor Riprodhues:

Kjo kategori mbulon shërbimet më të zakonshme të nevojshme për gratë që përfitojnë shërbime në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

- Planifikimi familjar
- Sëmundjet ose infeksionet seksualisht të transmetueshme
- Vizita e gjirit
- Analiza e qafës së mitrës
- Menopauza
- Shtatzënia normale
- Diagnostikimi klinik dhe mjekimi gjatë shtatzënies
- Kujdesi pas lindjes
- Shërbimet parandaluese
 - Analiza e qafës së mitrës
 - Vizita e gjirit

Kujdesi për rastet urgjente:

Kjo kategori mbulon arsyet më të zakonshme të nevojshme për personat që përfitojnë shërbime urgjence në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

- Menaxhimi fillestar dhe stabilizimi i problemeve urgjente
 - Ataket e azmës
 - Dhimbjet e gjoksit
 - Frakturat
 - Kujdesi për gërvishtjet dhe plagët

Shërbimet minilaboratorike (që duhet të ofrohen pa personel laborator):

Shërbimet minimale të shfrytëzueshme në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor përfshijnë:

- Analizën e urinës
- Analizën e sheqerit në gjak
- Analizën e barrës
- Analizën e sekrecioneve vagjinale për gjetjen e infeksionit

Aneksi C: Të dhëna referimi për Qendrën Shëndetësore për vitin 2005 dhe 2006 Emri i Qendrës Shëndetësore:_____

	2005 31. 12. 2005	2006 30. 06. 2006
Banorët dhe regjistrimi		
Numri i banorëve në zonën e mbulimit		
Numri i banorëve të regjistruar		
Përqindja e banorëve të regjistruar		
Kapaciteti		
Numri MP/MF		
Numri i infermiereve		
Numri i personelit tjetër të klinikës		
Numri i personelit të teknikës		
Numri i personelit të administratës		
Numri i personelit tjetër		
Prodhimi		
Numri i vizitave të MP/MF		
Numri vizitave të infermiereve		
Numri i recetave		
Numri i referimeve		
Efektiviteti		
Vlera e recetave për banorë të regjistruar		
Numri i referimeve për vizitë		
Kualifikimi		
Numri i MP/MF me specializim ⁶⁵ në mjekësinë e familjes		
Numri i personelit që ka marrë pjesë në Trajnimin e Mjekësor të Vazhdueshëm (CME)		
Cilësia		
Numri i anketimeve të bëra me të sëmurët për të parë kënaqësinë e tyre me shërbimet		
A është Qendra Shëndetësore e pajisur me certifikatën e Besueshmërisë dhe Sigurimit të Cilësisë PO/JO		

⁶⁵ Me diplomë të njohur zyrtarisht.

Aneksi D: Shpenzimet e përgjithshme për vitin 2005

Totali për Qendrën Shëndetësore së bashku me pikat shëndetësore , të përshkruara në Aneksin A.

Emri i Qendrës Shëndetësore:_____

TË ARDHURAT AKTUALE	Nga ISSh	Nga Komuna	Nga MSh	Pagesat e përbashkëta	Të ardhurat e tjera	Totali i të ardhurave
Të ardhurat nga burimet kryesore						
Të ardhurat nga asetet kryesore						
Të ardhurat nga donatorët						
Të ardhurat e tjera						
Të ardhurat e pazakonshme						
TOTALI I TË ARDHURAVE						

KODI	SHPENZIMET AKTUALE	Lidhur me zbatimin e kontratës	Lidhur me çështje të tjera	Totali i Shpenzimeve
600	Rroga, Shpërblime të tjera, etj.			
600001	Rroga bruto			
600101	Shpërblimi për vjetërsinë			
600103	Pagesa shtesë			
600104	Pagesa shtesë për vështirësinë			
600105	Pagesa shtesë për përgjegjësinë			
600106	Pagesa shtesë për fëmijët			
600107	Pagesa shtesë për punën jashtë orarit			
600110	Pagesa shtesë për kualifikimin			
600120	Pagesa shtesë për uniformën (para në dorë)			
600121	Pagesa shtesë për ushqimin (para në dorë)			
600122	Pagesa shtesë për transportin			
600199	Kompensime të tjera			
600201	Rroga sipas kontratës			
600901	Shpërblimi për arritjet në punë			
600902	Puna jashtë orarit			
600903	Fondi i veçantë			
600904	Shpërblime të tjera/shtesë			
600999	Shpenzime të tjera për			

	personelin			
601	Kontributet e sigurime shoqërore			
601001	Kontributi për pensionin			
601002	Kontributi për sigurimet shoqërore			
601101	Kontributi për sigurimet shëndetësore			
602	Pajisjet dhe shërbimet e tjera			
6020	Kostoja e materialeve dhe zyrës			
602001	Kancelaria			
602002	Pajisjet për shërbimet e pastrimit			
602003	Shërbimet për rojet dhe sigurimin			
602004	Shërbimet për mirëmbajtjen e rrjetit të kompjuterëve			
602005	Shërbimet e shtypit dhe botimit			
602099	Furnizimi me mjetet e kancelarisë			
6021	Materialet mjekësore			
602101	Uniformat dhe të tjera			
602103	Barnat dhe materialet e tjera mjekësore			
602104	Ushqimet			
602107	Librat dhe botimet			
602199	Materialet dhe shërbimet e tjera			
6022	Shërbimet komunale			
602201	Energjia elektrike			
602202	Uji			
602203	Shërbimet me telefon dhe faks			
602204	Shërbimet postare			
602205	Lëndë ngrohëse			
602299	Kostoja e shërbimeve të tjera			
6023	Transporti			
602301	Benzina dhe nafta			
602302	Mirëmbajtja e mjeteve të transportit			
602303	Riparimi, pjesët e këmbimit, gomat dhe bateritë			
602304	Kostoja e sigurimit të automjeteve			
602399	Shpenzimet e tjera të transportit			
6024	Shpenzimet e udhëtimit			
602401	Udhëtimi brenda vendit, dietat			
602402	Udhëtimi brenda vendit, fjetja			
602403	Udhëtimi brenda vendit, biletat			
602404	Udhëtimi brenda vendit, shpenzime të tjera			

602411	Udhëtimi jashtë shtetit, dieta			
602412	Udhëtimi jashtë shtetit, fjetja			
602414	Udhëtimi jashtë shtetit, shpenzime të tjera			
602413	Udhëtimi jashtë shtetit, biletat			
6025	Mirëmbajtja e vazhdueshme			
602502	Mirëmbajtja e ndërtesave			
602504	Mirëmbajtja e pajisjeve teknike			
602505	Mjetet e transportit			
602508	Shpenzimet për pajisjet e zyrës dhe të përgjithshme			
602509	Pajisja me kompjutera			
602599	Shërbime të tjera për mirëmbajtjen			
6026	Marrja me qera			
602601	Qiraja e zyrës			
602603	Qiraja e pajisjeve			
6027	Kompensime të tjera			
602799	Kompensime të tjera të pagueshme			
6028	Tarifat dhe interesi			
602801	Tarifat e anëtarësisë			
	Interesi			
6029	Shpenzime të tjera			
602901	Shpenzimet për trajnim dhe seminare			
602902	Shpenzimet për reklama dhe botime			
602904	Veprimtaritë shoqërore			
602905	Shpenzimet ligjore			
602906	Sigurimi i ndërtesës dhe të tjera			
602907	Honoraret për mbledhjet e bordit			
602909	Kuotizacioni			
602999	Materiale dhe shërbime të tjera			
	Amortizimi i ndërtesës dhe tokës			
	Amortizimi i pajisjeve mjekësore			
	Amortizimi i orendive			
	Amortizimi i pajisjeve të zyrës			
	TOTALI i shpenzimeve			

GJENDJA	
BLERJA E ASETVE KRYESORE	
Blerja e tokës dhe asetve të paprekshme	
Blerja e mjediseve	
Orenditë dhe pajisjet e zyrës	
Blerja e automjeteve motorike	
Studimet e fizibilitetit, përgatitja e projekteve dhe skicave	
Pajisjet, makineritë dhe mjetet	
Ndërtimi, rinovimi dhe përmirësimi	
Mirëmbajtja themelore dhe e posaçme (mirëmbajtja e kapitalit)	
TRANSFERIMET E KAPITALIT	
Transferimi i kapitalit në qeveri	
Transferimi i kapitalit në Institutin e Sigurimeve Shëndetësore	
Transferimi i kapitalit në komuna	
Transferimi i kapitalet tek të tjerët	
DEPOZITAT BANKARE	
Depozita bankare	
HUAT DHE PJESËMARRJA NË NJË PJESË TË SIGURACIONEVE	
Huat ndaj individëve dhe organizatave ekonomike	
Aksionet në ndërmarrjet publike	
DEBITORËT	
Debitorët për shitjen e shërbimeve	
Debitorët e tjerë	
TOTALI I DEBITIT	

GJENDJA	
KREDITORËT	
Kreditorët që lidhen me blerjen e barnave dhe të materialeve mjekësore	
Kreditorët e tjerë	
KREDITORËT KRYESORË	
Huat bankare	
Huat e tjera	
TEPRICA	
Teprica e vitit	
Llogaria kryesore	
TOTALI i kreditit	

Aneksi E: Buxheti total për vitin 2007

Totali për Qendrën Shëndetësore së bashku me pikat shëndetësore të përshkruara në Aneksin A.

Emri i Qendrës Shëndetësore: _____

TË ARDHURAT AKTUALE	Nga Instituti i Sigurimeve Shëndetësore	Nga Komuna	Nga Ministria e Shëndetësisë	Pagesat e përbashkëta	Të ardhurat e tjera	Totali i të ardhurave
Të ardhurat nga burimet kryesore						
Të ardhurat nga asetet kryesore						
Të ardhurat nga donatorët						
Të ardhurat e tjera						
Të ardhurat e jashtëzakonshme						
TOTALI I TË ARDHURAVE						

KODI	SHPENZIMET AKTUALE	Që lidhen me zbatimin e kontratës	Që lidhen me çështje të tjera	Totali i shpenzimev
600	Rroga, shpërblime të tjera, etj.			
600001	Rroga bruto			
600101	Pagesa shtesë për vjetërsinë			
600103	Pagesa shtesë			
600104	Pagesa shtesë për vështirësinë			
600105	Pagesa shtesë për përgjegjësinë			
600106	Pagesa shtesë për fëmijët			
600107	Pagesa shtesë për punën jashtë orarit			
600110	Pagesa shtesë për kualifikimin			
600120	Pagesa shtesë për uniformën (para në dorë)			
600121	Pagesa shtesë për ushqimin (para në dorë)			
600122	Pagesa shtesë për transportin			
600199	Kompensime të tjera			
600201	Rroga sipas kontratës			
600901	Shpërblimi për arritjet në punë			
600902	Puna jashtë orarit			
600903	Fondi i veçantë			
600904	Shpenzime të tjera/shtesë			
600999	Shpenzime të tjera të personelit			

601	Kontributet e sigurime e shoqërore			
601001	Kontributi për pensionin			
601002	Kontributi për Sigurimet Shoqërore			
601101	Kontributi për Sigurimet Shëndetësore			
602	Pajisjet dhe shërbimet e tjera			
6020	Shpenzimet për materialet dhe zyrën			
602001	Kancelaria			
602002	Pajisjet për shërbimet e pastërtisë			
602003	Shpenzimet për rojet dhe sigurimin			
602004	Shërbimet për mirëmbajtjen e rrjetit kompjuterik			
602005	Shërbimet për shtypjen dhe botimet			
602099	Furnizimi me mjete kancelarie			
6021	Materialet mjekësore			
602101	Uniformat dhe të tjera			
602103	Barnat dhe materialet e tjera mjekësore			
602104	Ushqimi			
602107	Librat dhe botimet			
602199	Materiale dhe shërbime të tjera			
6022	Shërbimet komunale			
602201	Energjia elektrike			
602202	Uji			
602203	Shërbimet me telefon dhe faks			
602204	Shërbimet postare			
602205	Lëndët për ngrohje			
602299	Shpenzime të tjera shërbimesh			
6023	Transporti			
602301	Benzina dhe nafta			
602302	Mirëmbajtja e mjeteve të transportit			
602303	Riparimi, pjesët e këmbimit, gomat dhe bateritë			
602304	Shpenzimet për sigurimin e automjeteve			
602399	Shpenzime të tjera transporti			
6024	Shpenzimet e udhëtimit			
602401	Udhëtimi brenda vendit, dietat			
602402	Udhëtimi brenda vendit, fjetja			
602403	Udhëtimi brenda vendit, biletat			
602404	Udhëtimi brenda vendit, shpenzime të tjera			
602411	Udhëtim i jashtë shtetit, dietat			
602412	Udhëtim i jashtë shtetit, fjetja			
602414	I Udhëtim i jashtë shtetit, shpenzime të tjera			
602413	Udhëtim i jashtë shtetit, biletat			
6025	Mirëmbajtja e vazhdueshme			
602502	Mirëmbajtja e ndërtesave			
602504	Mirëmbajtja e pajisjeve teknike			
602505	Mjetet e transportit			

602508	Shpenzimet për pajisjet e zyrës dhe të përgjithshme			
602509	Pajisja me kompjuterë			
602599	Shpenzimet e tjera për mirëmbajtjen			
6026	Marrja me qera			
602601	Qiraja e zyrës			
602603	Qiraja e pajisjeve			
6027	Kompensimet e tjera			
602799	Kompensimet e të pagueshme			
6028	Tarifat dhe interesi			
602801	Tarifat e anëtarësisë			
	Interesi			
6029	Shpenzime të tjera			
602901	Shpenzimet për trajnimin dhe seminarët			
602902	Shpenzimet për reklamat dhe botimet			
602904	Veprimtaritë shoqërore			
602905	Shpenzimet ligjore			
602906	Sigurimi i ndërtesës dhe të tjera			
602907	Shpërblimi për mbledhjet e bordit			
602909	Kuotizacioni			
602999	Materialet e tjera dhe shërbimet			
	Amortizimi i ndërtesës dhe tokës			
	Amortizimi i pajisjeve mjekësore			
	Amortizimi i orendive			
	Amortizimi i pajisjeve të zyrës			
	TOTALI i shpenzimeve			

GJENDJA	
BLERJA E ASETEVE KRYESORE	
Blerja e tokës dhe aseteve të paprekshme	
Blerja e pajisjeve	
Orenditë dhe pajisjet e zyrës	
Blerja e automjeteve motorike	
Studimet e fizibilitetit, përgatitja e projekteve dhe skicave	
Pajisjet, makineritë dhe aparatura	
Ndërtimi, rinovimi dhe përmirësimi	
Mirëmbajtja themelore dhe e veçantë (mirëmbajtja kryesore)	
TRANSFERIMI I KAPITALIT	
Transferimi i kapitalit në qeveri	
Transferimi i kapitalit në Institutin e Sigurimeve Shëndetësore	
Transferimi i kapitalit në komuna	
Transferimi i kapitalit tek të tjerët	
DEPOZITAT BANKARE	
Depozitat bankare	
HUAT DHE PJESËMARRJA E PJESSHME NË SIGURACIONE	
Huat ndaj individëve dhe organizatave ekonomike	
Aksionet në ndërmarrjet publike	
DEBITORËT	
Debitorët për shitjen e shërbimeve	
Debitorët e tjerë	
TOTALI I DEBITIT	

GJENDJA	
KREDITORËT	
Kreditorët që lidhen me blerjen e barnave dhe materialeve mjekësore	
Kreditorët e tjerë	
KREDITORËT KRYESORË	
Huat bankare	
Huat e tjera	
TEPRICA	
Teprica e vitit	
Llogaria kryesore	
TOTALI i Kreditit	

Aneksi 4 : Kontrata individuale e lidhur midis QSh dhe Mjekut

KONTRATE INDIVIDUALE MP/MF

BAZA LIGJORE

Kontrata individuale e punes lidhet ne baze te ligjit 7961 date 12.07.1995 " Kodi i punes i Republikes se Shqiperise" I ndryshuar, kontrates kolektive te punes te nivelit te pare lidhur me Federaten e Sindikatave te Shendetesise te Shqiperise , Ligji Nr. 8615, datë 1.06.2000 “Për Urdhërin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë” te ndryshuar, dhe Kodi i Etikes dhe Deontologjise mjekesore.VKM Nr.857, DT.20.12.2006, i ndryshuar, nenit 8 te kontrates “Per dhënien e shërbimit të kujdesit shëndetësor paresor dhe financimin nga skema e detyrueshme e sigurimeve shendetesore te ketyre sherbimeve” . Rregullorja e Përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor, Statuti tip i Qendrave Shëndetësore.

Keto kontrata individuale do te cilesohen dhe do te konsiderohen pjese integrale e kontrates se lidhur mes QSH dhe DRSKSH.

Neni 1

PALET KONTRAKTUESE

Sot, me date _____ 2008, nenshkruhet kjo kontrate ndermjet:

Qendres shendetesore perfaqesuar nga Drejtori z/znj _____ .

Mjeku i pergjithshem z/znj _____, qe ofron sherbim shendetesor ne Q.Shendetesore _____, me kodin personal _____, ne cilesine e zbatuesit te skemes se ISKSH-se per popullaten qe mbulon.

Neni 2

OBJEKTI

Qellimi i kesaj kontrate eshte rregullimi i marredhenieve te punes midis paleve si dhe zbatimi i skemes se ISKSH-se nga mjeku i pergjithshem dhe i familjes.

Neni 3

AFATI I KONTRATES

Kjo kontrate lidhet sot me date _____ .

Kontrata lidhet per nje afat kohe te pacaktuar.

Neni 4

VENDI I PUNES DHE PAGA

Z/Znj _____ do te punoje si _____ ne QSH.

Paga mujore e punemarresit eshte _____leke ,ne momentin e nenshkrimit te kontrates. Pagesa e punemarresit do behet ne zbatim te Vendimeve te Keshillit Administrativ te ISKSH-se.

Paga eshte objek ndryshimi ne baze te Vendimeve te Keshillit Administrativ te ISKSH-se.

Pagesa e punemarresit do te ndikohet nga rezultatet e tij ne pune sipas realizimit te treguesve per aktivitetin dhe bonusin.

Punonjesit i jepen deri ne dy paga shperblim ne vit, mbi bazen e vleresimit te eprorit.

Paga jepet _____ ne muaj.

Neni 5

KOHA E PUNES DHE E PUSHIMIT

Kohezgjatja javore e punes eshte 40 ore ne jave,ne 6 dite nga e hena deri te shtunen Kohezgjatja ditore e punes eshte 6 ore e 40 minuta para dite dhe/ose mbasdite. Ne raste te vecanta dhe kushte te caktuara punedhenesi ka te drejte te ndryshoje orarin e punes.

Punemarresi gezon te drejten e nje dite pushim ne jave, te djelen si dhe te drejten e pushimit ne ditet e festave zyrtare.

Punemarresi gezon te drejten e lejes vjetore me pagese 28 dite kalendarike gjate vitit te punes ne vazhdim. Kerkesa per leje duhet bere jo me pak se 7 dite perpara fillimit te lejes.

Neni 6

DETYRIMET E PALEVE

DETYRIMET E DREJTORIT

- Te beje planifikimin e shpenzimeve te rimbursimit per çdo MP/MF kundrejt historikut mbeshtetur ne:
- numrin e rasteve me semundshmeri kronike, sipas deklarates mujore qe dorezon mjeku,
- kostot e shpenzimeve te realizuara sipas struktures se semundshmerise kronike dhe akute, te regjistruara ne SOFT per cdo MP/MF,
- ndryshueshmerine mujore te semundshmerise bazuar ne rastet e reja, ato mendryshime te skemave te mjekimit dhe impaktin financiar perkates,
- koeficientin rajonal te rimbursimit per diagnoze, mbeshtetur ne klasifikimin nderkombetar te semundshmerise (ICD 9),
- Te analizoje shpenzimet e rimbursimit kundrejt planifikimit dhe sherbimeve te ofrura nga MP/MF.
- Te negocoje me MP/MF mbi planifikimin, analizen dhe argumentimin e shpenzimeve dhe sherbimeve te ofruara.
- Te siguroje vazhdimesine e dhenies se sherbimit shendetesor ne Institucionet Shendetesore.
- Te pajise mjekun e pergjithshem me Listen e Barnave, Protokollet e perdorimit, dhe dokumentacionin e nevojshem per ushtrimin e aktivitetit te tij.
- Te pajise dhe sqaroje çdo paqartesi lidhur me aktet ligjore dhe nenligjore (urdhera, udhezime dhe akte normative) qe lidhen me punen e tij .
- Te kontrolloje aktivitetin e mjekut e pergjithshem ne zbatim te kontrates me sigurimet shendetesore.
- Te realizoje takime te rregullta mujore me mjeket per analizimin e treguesve te aktivitetit te tyre.
- Te shperbleje mjekun ne rastet kur kryen mbulimin shendetesor te banoreve te mjekeve te tjere te te njejtut institucion ose te nje institucioni tjeter shendetesor me miratimin e ISKSH.
- Te llogarise dhe te kryeje pagesen e MP/MF ne afatin e duhur .

Neni 7

DETYRIMET E MPF MBI ZBATIMIN E SKEMES SE SIGURIMEVE TE KUJDESIT SHENDETESOR

- Te ofroje sherbimet e paketes baze te sherbimeve shendetesore te mjekut te pergjithshem te percaktuara ne kontraten me qendrat shendetesore.
- Te respektojte masen e rimbursimit te planifikuar.

- Te argumentojë në mënyrë periodike shpenzimet e rimbursimit.
- Te regjistrojë të gjithë banorët që mbulon në regjistrin themeltar, të pasqyrojë çdo muaj ndryshimet në këtë regjister, të bëjë kartelizimin e banorëve, ku numri i kartelave duhet të përputhet me numrin e banorëve të regjistruar dhe në këtë kuader të respektojë parimin e zgjedhjes së lirë të mjekut brenda numrit maksimal të banorëve të përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë.
- Te identifikojë banorët e siguruar nepermjet Librezes së Shëndetit (duke kontrolluar afatin e vlefshëm të saj) dhe Dokumentit të identifikimit.
- Përcaktimi i diagnozës dhe mjekimit të semurit është përgjegjësi e mjekut të përgjithshëm dhe të familjes dhe vetëm në rastet ku nuk përcakton diagnozën apo mjekimin të rekomandojë të semurin për vizite tek mjeku specialist.
- Për mjekimin e të semurëve me barna me rimbursim, MP/MF të mbështetet në praktiken e njohur mjeksore, në protokollet e përdorimit të barnave të miratuara nga ISKSH, kufizimet e listës së barnave. Në çdo rast mjekimi duhet të fillojë me alternativën më të lirë të barit me rimbursim.
- Te semuret kronike t'i rekomandojë për vizite tek mjeku specialist vetëm në ato raste kur e gjykon se ecuria e të semurit përkeqësohet me mjekimin e përcaktuar, duke zbatuar sistemin e referimit. Rekomandimi është tip dhe pasqyrohet në regjistrin e vizitave. Të marrë në konsideratë rekomandimin e MS ose konsultave spitalore për barnat me rimbursim sipas gjykimit profesional, me përjashtim të rasteve kur konstaton se shkelet legjislativi i sigurimeve shëndetësore, kufizimet e listës së barnave, aktet e ISKSH dhe protokollet përdorimit të barnave.
- Te evidentojë në kartelën personale të të semurit të gjitha të dhënat e domosdoshme të njohura nga praktika mjeksore, si anamneza, ekzaminimi subjektiv dhe objektiv, ecuria e sëmundjes, sëmundshmerinë kronike, duke e plotësuar atë sipas rastit me ekzaminimet e nevojshme, përgjigjet e konsultave të specialistëve, epikrizave të daljes nga spitali, kundrejt plotësimit të tyre në kartele.
- Trajtimi me recetë të rimbursueshme i të semurëve të pajisur me rekomandime të specialistëve, të konsultave, fletëdalje apo epikrizat e spitalit do të bëhet sipas vendimit të MP/MF në përputhje me udhëzimet e ISKSH për përshkrimin e barnave në recetën e rimbursueshme.
- Te kryejë viziten falas për të semuret e siguruar si dhe në rastet urgjente dhe të vizitave banorët e pasiguruar kundrejt tarifës të përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe e Financës.
- Te pasqyrojë me shkrim të qartë e të kuptueshëm aktivitetin profesional në: Regjistrin themeltar, Regjistrin e Vizitës, Regjistrin e Urgjencës dhe Vizitës në shtëpi, Kartelën, Recetat me rimbursim dhe pa rimbursim, Rekomandimet tip dhe në Librezën e Shëndetit.
- Te ruajë në kartelën e të semurit Fletëdaljet, Epikrizat përcjellese, Rekomandimet dhe Ekzaminimet konfirmuese të diagnozës, terapise dhe ndryshimit të mjekimit.
- Te plotësojë dhe të dorëzojë në afatin e caktuar evidencat statistikore dhe çdo informacion tjetër në lidhje me aktivitetin e punës të kërkuar nga DRSKSH.
- Të pranojë kontrollin e ISKSH/DRSKSH.
- Rastet e reja kronike dhe ndryshimet e skemave të mjekimit të përcaktohen qartë vendosja e diagnozës dhe mjekimit si dhe t'i deklarojë çdo muaj të dhënat për këto kategori.

Neni 8

DETYRIMET E MPF PER RECETEN

- Ne aktivitetin e tij profesional mjeku pershkruan receta me rimbursim dhe pa rimbursim per trajtimin e te semureve, te cilat leshohen pas kryerjes se vizites. Si recetat me rimbursim ashtu dhe ato pa rimbursim, plotesohen me te gjitha elementet e recetes, ne perputhje me udhezimet e ISKSH/MSH.
- Per recetat me rimbursim, per cdo diagnoze pershkruhet recete e veçante, duke percaktuar sakte kodin e diagnozes dhe te çdo elementi tjetër te recetave tip sipas formatit te ISKSH-se.
- Ne receten me rimbursim te pjeseshem pershkruhen deri ne tre barna per çdo diagnoze.
- Ne receten me rimbursim te plote pershkruhen ne nje recete aq barna sa duhen per trajtimin e te semurit, me perjashtim te kategorise pensioniste qe plotesohen deri ne tre barna per diagnoze.
- Barnat pershkruhen me emrin gjenerik sipas listes se barnave te rimbursueshme dhe protokolleve te miratuar nga ISKSH. Per kategorite veterane dhe invalide lufte, nese kerkohet mjekim me barna alternativ, duhet te percaktohet poshte emrit gjenerik emri tregtar i barit.
- Nuk pershkruhet recete me rimbursim per te semuret gjate kohes se shtrimit ne ne spital. Ne rastet kur pacientet shtrohen ne spital pa rekomandim te MP/MF, ky i fundit pershkruan barnat ne receten pasardhese me rimbursim duke marre parasysh periudhen e shtrimit ne spital.
- Leshimi i barnave narkotike dhe psikotrope behet ne recete te veçante sipas udhezimit te veçante.
- Recetat me rimbursim dhe pa rimbursim te vulosen me vulen personale dhe vulen e institucionit shendetesor.
- Te mbaje pergjegjesi per zbatimin e te gjitha rregullave lidhur me ruajtjen dhe perdorimin e vules se tij personale.
- Receta e rimbursueshme e paperdorshme per shkak te defekteve, te plotesimit gabim e te tjere te kesaj natyre, ruhet deri ne çvleftesimin e tyre nga DRSKSH.

Neni 9

SANKSIONET

Ne rast se nga kontrolli i kyer nga Drejtori i QSh ose nga organet e autorizuar te DRSKSH/ISKSH gjenden shkelje dhe jepen rekomandime, ne zbatim te nenin 3 pikes 9 te kapitullit “Detyrimet e Qendres Shendetesore”, dhe pikes 3 te kapitullit “Detyrimet e DRSKSH” te Kontrates QSH 2008, Drejtori i Qendres shendetesore ka te drejte te zbatoje ndaj MP/MF keto sanksione:

Kushti penal

MP paguan kushtin penal ne masen 100 leke :

- Per çdo gabim ne recete, mungese ne plotesimin e elementeve te recetes me rimbursim ose fletes shoqeruese te librezes se shendetit, me perjashtim te diagnozes, pershkrimin te barit dhe sasise se tij.

- Per gabime, mungesa formale ne plotesimin e elementeve te dokumentacionit qe ploteson mjeku (regjister themeltar, regjister i vizites, kartelet).

Demi ekonomik

MP paguan demin ekonomik ne rastet kur:

- Jep nepermjet recetes me rimbursim perfitime qe i semuri nuk i gezon me ligj ose me aktet qe burojne nga ligji.
- Trajton te semuret me receta te rimbursueshme me barna, doza apo veprim terapeutik qe nuk perputhen me diagnozen ose ne kundërshtim me udhezimet e ISKSH per kufizimet dhe protokollet e perdorimit te barnave.
- Deklaratat per banoret e regjistruar, apo te tjera deklarime si rrjedhoje e te cilave MPF ka pasur perfitime ekonomike nuk rezultojne te verteta.
- Nuk argumenton sipas detyrimeve te pershkruar ne kete kontrate rastet e reja kronike dhe ato me ndryshime te terapise.
- Ne rastin kur vertetohet leshimi i recetave fiktive MP paguan masen e demit ekonomik.

Gjoba

MP denohet me gjobe ne rastet kur vertetohet:

Mospermishja e “Detyrimeve te mjekut te pergjithshem dhe te familjes” me perjashtim te rasteve qe parashikohen ne kapitullin “Sanksione - Nderprerja e kontrates” dhe „Demi ekonomik”. Masa e gjobes eshte nga 1000 deri ne 10000 leke ne varesi te rendesise se shkeljes se konstatuar.

Kryerja e vizites ambulatorie per te pasiguarit, pa dokumentuar ne regjister te vizites mandat pagesen perkatese. Masa e gjobes eshte 5 000 leke.

Masa disiplinore

Per thyerjen e disiplinës ne pune, rregullave te etikes, kodit deontologjik dhe ne rastet e mosrespektimit te kontrates se punes se nenshkruar, merren masat disiplinore respektive ;

- Verejtje
- Verejtje paralajmerim pushim nga puna

Nderprerja e kontrates:

- Kontrata me MP do te zgjidhet ne menyre te menjehershme per thyerje te rende ose
- te perseritur te disiplinës ne pune ne keto raste:
- Mjeku i pergjithshem nuk pranon kontrollin apo inspektimin e DRSKSH/ISKSH.
- MP leshon recete fiktive, me qellim perfitimi per vete ose ne favor te te treteve:
 - ne emer te personave qe nuk jetojne
 - ne emer te personave te rreme
 - ne emer te personave qe nuk kane dijeni per leshimin e recetes (perjashto rastet e konfirmuara nga psikiatri).
- Ne rastet e konstatimit te recetave fiktive mjeku dergohet per ndjekje penale.
- Regjistron ne regjistrin themeltar dhe kartelizon persona te rreme.
- Nuk paraqitet ne pune pa shkaqe te pranueshme dhe ne menyre te perseritur.
- Kur mjeku i pergjithshem eshte perjashtuar nga Urdheri i Mjekut.
- Kur mjeku i pergjithshem eshte denuar me Vendim Gjykate
- Kur tejkalon ne menyre te perseritur dhe te pargumentuar shpenzimet e rimbursimit.

Nderprerja e kontrates nenkupton nderprerjen e mardhenieve juridike te punes.

Neni 10

PROCEDURA E ANKIMIT

MP ka te drejte te ankohet per penalitetin brenda 5 diteve nga dita kur atij i eshte njoftuar masa prane Drejtorit te QSH ose Drejtorit te DRSKSH (ne varesi te organit qe ka ushtruar kontrollin), i cili brenda 5 diteve merr vendimin per vendosjen ose anullimin e penalitetit.

Kunder vendimit te mesiperm mjeku mund te beje ankim tek Drejtori i Pergjithshem i ISKSH brenda 5 diteve nga marrja e njoftimit per vendosjen e penalitetit.

Procedura e arketimit dhe ekzekutimit te gjobes behet ne perputhje me Ligjin "Per kundervajtjet administrative".

Ne rastin zgjidhjes se kontrates e parashikuara ne kapitullin SANKSIONE, MP/MF eshte i detyruar te beje dorezimet e dokumentacionit dhe te bazes materiale qe ka ne ngarkim tek drejtori i qendres shendetesore.

Neni 11

ZGJIDHJA E KONTRATES INDIVIDUALE TE PUNES

Palet kontarktuese kane te drejte te vendosin per zgjidhjen e kontrates individuale:

- Kur zgjidhet nga njera pale dhe ka perfunduar afati i njoftimit.
- Per punemarresin afati i njoftimit per zgjidhjen e kontrates eshte:
- jo me pak se dy jave, kur punonjesi ka deri ne 6 muaj pune
- 1 muaj, kur punonjesi ka 6 muaj deri ne 1 vit pune
- 2 muaj, kur punonjesi ka 1 vit deri ne 5 vjet pune
- Per shkaqe te arsyeshme punedhenesi dhe punemarresi i japin fund marredhenieve te punes, duke respektuar detyrimet ndaj njeri tjetrit, sipas nenit 153 te Kodit te Punes.
- Per shkaqe te justifikueshme ose te pajustificueshme nga punedhenesi ose punemarresi sipas neneve 154,155,156 te Kodit te Punes.
- Kure QSH humbet akreditimin, ose kur QSH nuk zhvillon aktivitet.
- Ne rastin zgjidhjes se kontrates e parashikuara ne kapitullin SANKSIONE, ekonomisti eshte i detyruar te beje dorezimet e dokumentacionit dhe te bazes materiale qe ka ne ngarkim tek drejtori i qendres shendetesore.

Neni 12

ZGJIDHJA E MOSMARREVESHJEVE NE PUNE

Çdo konflikt që lind nga kjo Kontratë, palët do të përpiqen t'a zgjidhin përmes mirëkuptimit të ndërsjelltë.

Nëse konfliktet nuk mund të zgjidhen përmes mirëkuptimit të përbashkët, këto do t'i zgjidhë gjykata kompetente.

Kontrata hartohet ne tre kopje origjkinale me fuqi te njejte juridike.Secila pale kontraktore merr nga nje kopje dhe nje kopje depozitohet prane zyrave te punes.

MJEK I PERGJITHSHEM

DREJTORI I QSH

Aneksi 5 : Kontrata e financimit ISKSH – QSh 2008

KONTRATE

DRSKSH - QSH 2008

Baza Ligjore :

Ligji Nr. 7870, datë 13. 10. 1994, “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;

Ligji Nr. 3766, datë 17. 12. 1963, “Për kujdesin shëndetësor”, të ndryshuar;

Ligji nr. _____, datë _____ “Për buxhetin e shtetit për vitin 2008”,

Kodi i Punës dhe legjislacioni në fuqi për Kontratën Kolektive, Kodin civil,

Ligji Nr. 8615, datë 1.06.2000 “Për Urdhërin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë,

Ligji Nr.9718, datë 19.04.2007 “Për Urdhërin e Infermierit në Republikën e Shqipërisë”,

Ligji Nr.9643 dt. 20/11/2006 per Prokurimin Publik,

VKM Nr. 857, datë 20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, VKM Nr.680 datë 10.10.2007 për disa ndryshime në Vendimin Nr.857 datë 20.12.2006 dhe Rregullorja e Përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor,

Statuti tip i Qendrave Shëndetësore.

Palët Kontraktuese:

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor i përfaqësuar nga Z/Znj _____, drejtor i Drejtorisë Rajonale të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (DRSKSH) _____, nga njëra anë,

dhe
Qendra Shëndetësore _____ (që këtë e tutje do të quhet QSh) e përfaqësuar nga Z. / Znj. _____ drejtor i QSH, me seli në adresën _____, e përbërë nga:

Qendra Shëndetësore _____

Ambulanca _____

Ambulanca _____

Ambulanca _____

sot, më datën _____ 2008, kanë rënë dakord për lidhjen dhe zbatimin e kontratës me përmbajtjen që vijon:

Qëllimi i Kontratës

Neni 1

Qëllimi i kësaj Kontrate është dhënia e paketës së shërbimeve shëndetësore të kujdesit shëndetësor parësor për banorët që mbulon Qendra Shëndetësore dhe financimin nga skema e detyrueshme e sigurimeve shëndetësore të këtyre shërbimeve.

Kohëzgjatja e Kontratës

Neni 2

Kjo kontratë është e vlefshme nga data 1 Janar 2008 deri më datë 31 Dhjetor 2008, dhe hyn në fuqi me nënshkrimin e përfaqësuesve të të dy palëve.

Të Drejtat dhe Detyrimet e Palëve

Neni 3

Detyrimet e Qendrës Shëndetësore:

1. QSH ofron paketën e shërbimeve shëndetësore për banorët e regjistruar në zonën e mbulimit mbështetur në konceptin e mjekësisë familjare ku, shërbimi MP&MF është pika e parë e kontaktit për shërbimet e tjera të sistemit shëndetësor.
2. QSH mbulon me shërbim shëndetësor banorët e njësisë administrative _____. QSH është përgjegjëse për regjistrimin e banorëve nëpërmjet MPF. Banorët zgjedhin MP / MF në bazë të parimit të zgjedhjes së lirë të Mjekut.
Pjesëtarët e një familjeje rekomandohet të regjistrohen tek i njëjti Mjek për të gjitha moshat. Banorët kanë të drejtë të ndyshojnë MP / MF, jo më shpesh se 1 (një) herë në vit. Në ato raste kur ka ankesa nga ana e pacientit për MP/MF zgjidhet prej pacientit një MP/MF tjetër. Numri i banorëve për një MP / MF duhet të jetë në përputhje me normat dhe standardet që ka përcaktuar MSH. Bazuar në normat e MSH, Drejtori i QSH-se dhe Bordi i QSH-se përcaktojnë vendet e lira për personelin mjekësor në QSH. QSH në rast mungese të perkohshme të MPF të organikës së miratuar, kontraktin me Mjek nga QSH më e afërt ose me kohe të pjesshme me miratim të DRSKSH-së.
3. QSH përgjigjet për tërë rrjetin e dhënësve të shërbimeve që ka në vartësi. Organizimi i QSH-e jepet me hollësi në **Aneksin A**.
4. QSH do të ofrojë paketën e shërbimeve shëndetësore të kujdesit shëndetësor parësor, që përshkruhen me hollësi në Aneksin B, si më poshtë vijon:
 - Kujdesin për rastet e urgjencës;
 - Vizitën mjekësore dhe diagnostikimin
 - Trajtimin, përshkrimin, referimin dhe ndjekja
 - Mjekimin në shtëpi;
 - Edukimin shëndetësor, informimin e të sëmurëve dhe promovimin shëndetësor.
 - Parandalimin e sëmundjeve, duke përfshirë imunizimin.
 - Menaxhimin, administrimin, dokumentimin dhe dhënien e informacionit.Shërbimet do të ofrohen në përputhje me dispozitat e Ligjit për Kujdesin Shëndetësor, Ligjin për Sigurimet Shëndetësore, Kodin Deontologjik dhe të tjera Ligje dhe rregullore që lidhen me to, protokollet profesionale të përpiluara nga organet kompetente si dhe në përputhje me udhëzimet e Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH-së.
5. QSH do të ofrojë paketën e shërbimeve shëndetësore në përputhje me planin e rimbursimit dhe buxhetin, i cili do të përcaktohet pas negocimit midis DRSKSH dhe QSH. Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit do të bëhet duke u mbështetur në historikun e sëmundshmerisë kronike, koston e shpenzimeve për to, koeficientin të rimbursimit për diagnozë si dhe dinamikën e rasteve të reja.
6. Personeli shëndetësor i QSH (MP/MF) është i detyruar të respektojë rregullat në zbatimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, në përshkrimin e recetës me rimbursim, mbajtjen e dokumentacionit dhe dhënien e informacionit sipas aneksit F të kësaj kontrate. Në rastet kur Drejtori i QSH ushtron aktivitet profesional për banorët e regjistruar të QSH, ai është personalisht përgjegjës për përmbushjen e detyrimeve që dalin nga kjo kontratë.
7. QSH përballon të gjitha shpenzimet që lidhen me ofrimin e shërbimeve të përcaktuara në këtë kontratë. Shpenzimet përfshijnë pagesën e pagave dhe

shpërblimeve të personelit, kontributin e Sigurimeve Shoqërore dhe Shëndetësore të personelit, si dhe mallra dhe shpenzime. Këto shpenzime paguhen dhe raportohen nga QSH sipas pasqyrës së realizimit të buxhetit, bashkëlidhur kësaj kontrate. Pagat e punonjësve të QSH do të jetë në përputhje me sistemin e pagesave të miratuara nga Këshilli Administrativ i ISKSH-së. QSH duhet të zbatojë legjislacionin në fuqi (kontratat kolektive dhe individuale) për të gjitha llojet e pagesave që kryen.

8. QSH detyrohet t'i paraqesë DRSKSH-së dhe DSHP-se, të gjitha të dhënat e kërkuara prej saj, si të dhëna nga monitorimi i kapacitetit, produktivitetit, efektivitetit, cilësisë. QSH është e detyruar të vërë në dispozicion dokumentacionin dhe raportin e nevojshëm në përputhje me sistemin e informacionit të ISKSH-së, si dhe raportime të tjera që kërkohen nga ISKSH-ja.
9. Në të gjitha rastet kur konstatohet shkelje me dem efektiv ekonomik Drejtuesi i QSH-se ose individet përgjegjës duhet të rikthejnë vlerën e demit ekonomik të shkaktuar skemës së sigurimeve shëndetësore në masë të plotë.

Detyrimet e DRSKSH:

1. DRSKSH do të informojë QSH për ndryshimet në dispozitat ligjore, standartet, normat dhe udhëzimet për të mundësuar përmbushjen e të gjitha detyrimeve të QSH të detajuara në Regulloren e Përgjithshme.
2. DRSKSH (ISKSH) do të kontrollojë përmbushjen e detyrimeve kontraktuale nga ana e QSH, përmes dokumentacionit të paraqitur për:
 - Aktivitetin shëndetësor në QSH **sipas aneksit F**
 - Aktivitetin financiar **sipas aneksit G**.
 - Evidencat dhe të dhënat statistikore sipas formulareve të miratuara.
3. Pas çdo kontrolli, përpilohet një raport që përmban pasqyrimin e situatës së konstatuar si dhe lë për zbatim detyra të nevojshme për përmirësimin e parregullsive. Organi që ushtron kontrollin ka të drejtë t'i propozojë QSH, masa të karakterit administrativ, organizativ, disiplinor si dhe masa për zhdëmtimi. Drejtori i QSH mban përgjegjësi për zbatimin e detyrave të lëna nga kontrolli i DRSKSH-së (ISKSH).
4. Drejtori i QSH-se mban përgjegjësi për moskryerjen e detyrimeve që burojnë nga kjo kontratë.
5. DRSKSH ka të drejtë që kur konstaton keqmenaxhim të QSH, bazuar në rezultatet e kontrollit dhe prova të shkruara, t'i kërkojë BQSH shkarkimin e Drejtorit të QSH.

Pagesa e Qendrës Shëndetësore

Neni 4

Për dhënien e paketës së shërbimeve shëndetësore të kujdesit shëndetësor parësor në sasinë dhe cilësinë e kërkuar, QSH do të paguhet si më poshtë;

Pagesa fikse mujore (që këtej e tutje do të quhet Pagesa Fikse),

Pagesa mujore bazuar në aktivitet (që këtej e tutje do të quhet Pagesa Bazuar në Aktivitet) dhe,

Pagesa bonus tremujore (që këtej e tutje do të quhet Bonus).

DRSKSH, për shërbimet shëndetësore të ofruara, të cilat përshkruhen me hollësi në Aneksin B të kësaj Kontrate, do t'i paguajnë Qendrës Shëndetësore një Pagesë Fikse (PF) në masën 85 % të buxhetit të kontratuar të QSH, sic është përmendur në Aneksin

C, të barabartë me _____ Lekë, që duhen arkëtuar në 12 (dymbëdhjetë) këste mujore të barabarta, jo më vonë se ditën e fundit të muajit paraardhës.

DRSKSH, gjithashtu, do t'i paguajë QSH një Pagesë bazuar në Aktivitetin (PA), të barabartë me 10 % të Buxhetit Rajonal për të gjitha QSH. PA do të llogaritet proporcionalisht sipas indikatorit të mëposhtëm (aneksit D).

- Numri i personave të siguruar të vizituar për mjek në ditë në një muaj.

Numri mesatar I vizitave për një ditë nga MPF në QSH, do të jetë ____ vizita

- Për mjek në komuna (fushore/kodrinore - 9, malore/thelle malore – 6) dhe në bashki (MPF femije - 10, MPF gjithë moshat / MPF te rritur – 12, MPF per studentet - 9).

PA do të transferohet jo më vonë se dita e fundit e muajit pasardhës.

DRSKSH, me qëllim që të nxisë angazhimin e mëtijshëm të QSH për rritjen e cilësisë së shërbimeve dhe efektivitetin, do t'i paguajë QSH një Pagesë Bonus të barabartë me 5% të Buxhetit Rajonal Total për të gjitha QSH. DRSKSH do t'a shpërndajë Pagesën Bonus në katër këste, në fund të çdo tremujori, jo më vonë se dita e fundit e muajit të parë të tremujorit pasardhës. Pagesa Bonus do t'i paguhet QSH proporcionalisht kundrejt plotësimit të secilit prej këtyre indikatorëve (Aneksi D) :

1- Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë (PVHP) brenda vitit nga MF.

2- Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për diagnoza të zgjedhura.

3- Përqindja e pacientëve kronike të vizituar cdo muaj nga MF.

4- Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë.

5- Përqindja e fëmijëve të moshës 0-1 vjec të vaksinuar me DTP3.

6- Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.

Per nxitjen e QSH ne plotesimin e indikatorëve dhe peshimin me te mire te tyre eshte bere sistemi i pikezimit per cdo indikator:

	Indikatori	Piket
1	Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë (PVHP) brenda vitit nga MF	15
2	Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për diagnoza të zgjedhura.	20
3	Përqindja e pacientëve kronike të vizituar cdo muaj nga MF.	15
4	Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë.	15
5	Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjec të vaksinuar plotësisht.	20
6	Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.	15
	TOTAL	100

Bonusi 5% do te merret proporcionalisht me nivelin e plotësimit te indikatorëve.

Neni 5

QSH mund t'i rritet buxheti kundrejt kërkesës së argumentuar me shkrim te Drejtorit dhe Bordit te QSH-se dhe miratim te DRSKSH-së, në këto raste:

- Shtim të numrit të personelit
- Për përballimin e situatave të jashtëzakonshme
- Konstatime të llogaritjeve të gabuara të buxhetit

- Shtim të numrit të banorëve të regjistruar që mbulon qendra
 - Shtim i shërbimeve që ofron qendra
- Gjatë vitit financiar, DRSKSH ka të drejtë të ulë buxhetin e QSH në keto raste:

- Pakësim të numrit të personelit
- Konstatime të llogaritjeve të gabuara të buxhetit
- Pakësim të numrit të banorëve të regjistruar që mbulon qendra
- Pakësim i shërbimeve që ofron qendra

Neni 6

DRSKSH kryen pagesën e QSH siç përcaktohet në Nenin 4, vetëm pas marrjes së informacionit nëpërmjet raportimeve sipas anekseve bashkëlidhur kësaj kontrate, që QSH është e detyruar të japë lidhur me treguesit për kryerjen e pagesave.

Neni 7

DRSKSH do t'i arkëtojë pagesat në llogarinë e QSH, numri i llogarisë _____, në bankën _____, me adresën _____.

Neni 8

Drejtori i QSH do të lidhë kontrata individuale me çdo mjek të përgjithshëm /familjes të QSH. Me qëllim realizimin e planit të rimbursimit për ç'do Qender Shëndetësore dhe ç'do mjek në veçanti keto kontrata individuale do të cilesohen dhe do të konsiderohen pjesë integrale e kësaj kontrate.

Ndërprerja e Kontratës

Neni 9

Kjo kontratë mund të ndërpritet nga të dy palët me mirëkuptim, me kusht që njoftimi me shkrim të bëhet të paktën 60 ditë kalendarike para datës së ndërprerjes.

Palët mund t'a ndërpresin këtë Kontratë para afatit të mbarimit të saj, si më poshtë vijon:

Kur QSH mbyllet;

Kur QSH humb të drejtën e akreditimit;

Kur konstatohet keqmanaxhim i përdorimit të fondeve;

Njoftimi për ndërprerjen e Kontratës do të botohet në media, me qëllim që personave të siguruar t'u mundësohet përzgjedhja e një MP / MF të ri.

Zgjidhja e Konfliktëve

Neni 10

Çdo konflikt që lind nga kjo Kontratë, palët do të përpiqen t'a zgjidhin përmes mirëkuptimit të ndërsjelltë. Nëse konfliktet nuk mund të zgjidhen përmes mirëkuptimit të përbashkët, këto do t'i zgjidhë gjykata kompetente.

Neni 11

Kjo Kontratë nënshkruhet në 2 (dy) kopje, një kopje për QSH dhe një kopje për DRSKSH

Anekset dhe pasqyra e kësaj Kontrate janë pjesë përbërëse e Kontratës.

Qendra Shëndetësore

Drejtorja Rajonale e

Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

ANEKSI 6 : Kontrata e financimit ISKSH – QSH 2010

KONTRATE

DRSKSH - QENDER SHENDETESORE 2010

“PER FINANCIMIN E SHERBIMEVE SHENDETSORE NE KUJDESIN PARESOR”

Baza Ligjore:

Ligji Nr. 7870, date 13. 10. 1994, “Per sigurimet shendetesore ne Republiken e Shqiperise”, te ndryshuar;

Ligji Nr. 10107, datë 30.03.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”,

Ligjin 9323 dt 25.11.2004 “Per barnat dhe sherbimin farmaceutik” te ndryshuar,

Ligjin 7975 dt 20.7.1995 “Per barnat narkotike dhe lendet psikotrope”;

Ligjin 7850 dt 29.7.1994 “ Kodi Civil”;

Ligjin 7697 dt 7.4.1993 “Per kundervajtje administrative”

Ligji nr..... , date “Per buxhetin e shtetit per vitin 2010”,

Kodi i Punes, Kontraten Kolektive të nivelit të parë të nënshkruar;

Ligji Nr. 8615, date 1.06.2000 “Per Urdherin e Mjekeve ne Republiken e Shqiperise” te ndryshuar dhe Kodi i Etikes dhe Deontologjise mjekesore;

Ligji Nr.9718, date 19.04.2007 “Per Urdherin e Infermierit ne Republiken e Shqiperise”;

Ligji Nr.9643 dt. 20/11/2006 per Prokurimin Publik, te ndryshuar;

VKM Nr. 857, date 20.12.2006 “Per financimin e sherbimeve te Kujdesit Shendetesor Paresor nga skema e detyrueshme e sigurimeve te kujdesit shendetesor”, i ndryshuar; Statuti tip i Qendrave Shendetesore.

Palët Kontraktuese:

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor i përfaqësuar nga Z/Znj

_____, drejtor i Drejtorisë Rajonale të Sigurimeve të

Kujdesit Shëndetësor (DRSKSH) _____, nga njëra

anë,

dhe

Qendra Shëndetësore (QSh) _____ (Aneksin A -

“Organizimi i QSH-se”).

e përfaqësuar nga Z. / Znj. _____ drejtor i QSH, me seli në adresën _____,

sot, më datën _____ 2010, kanë rënë dakord për lidhjen dhe zbatimin e kontratës me përmbajtjen që vijon:

Neni 1

Qëllimi i Kontratës

Qëllimi i kësaj Kontrate është dhënia e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor sipas Paketës së miratuar, për banorët që mbulon Qendra Shëndetësore, në kushtet e financimit nga Sigurimi i Detyrueshëm Shëndetësor.

Neni 2

Kohëzgjatja e Kontratës

Kjo kontratë është e vlefshme nga data 1 Janar 2010 deri më datë 31 Dhjetor 2010.

Kontrata hyn në fuqi me nënshkrimin e palëve dhe vlefshmeria mund të ndryshojë me mirekuptimin e paleve kontraktuese.

Neni 3

Detyrimet e Përgjithshme për Qendrën Shëndetësore

5. QSH ofron paketën e shërbimeve shëndetësore parësore, sipas Aneksi B – “Paketa e Shërbimeve” bashkëngjitur kësaj kontrate, për banorët e njësive administrative (dhe banorë që nuk janë të kësaj njësie administrative), të regjistruar dhe kartelizuar, mbështetur në konceptin e mjekësisë familjare si pikë e parë e kontaktit në sistemin shëndetësor.
6. QSH-ja, duhet të ofrojë shërbimet shëndetësore në sasi dhe cilësi, në përputhje me Ligjin për Kujdesin Shëndetësor, Ligjin për Barnat, protokollet profesionale të miratuara, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, standardet dhe normat e vendosura nga Ministria e Shëndetësisë, Urdhëri i Mjekut dhe Urdhëri i Infermierit, si dhe Legjislacionin për Sigurimet Shëndetësore. Shërbimet do të jepen pa asnjë llojë dallimi e diskriminimi, duke respektuar dhe ruajtur plotësisht fshehtësinë e të gjitha të dhënave dhe informacioneve të çdo personi, dinjitetin dhe intimitetin e tij.
7. QSH është përgjegjëse për regjistrimin e banorëve nëpërmjet personelit mjekësor të kontraktuar. Banorët zgjedhin MPF në bazë të parimit të zgjedhjes së lirë. Numri i banorëve të rregjistruar tek një MPF, duhet të jetë në përputhje me standardet që ka përcaktuar MSH. MPF janë të detyruar të bëjnë mbulimin shëndetësor të banorëve mbi normën e standarteve të miratuara, vetëm atëherë kur nuk ka alternativë tjetër. Pjesëtarët e një familjeje rekomandohet të regjistrohen tek i njëjti mjek. Banorët kanë të drejtë të ndyshojnë MPF, jo më shpesh se një herë në vit, pasi të kenë kryer çregjistrimin tek mjeku i mëparshëm.
8. Q.SH. duhet të kërkojë miratim në DRSKSH/ISKSH për të gjitha rastet kur numri i banorëve të rregjistruar tek një MPF, është nën apo mbi standartet e miratuara nga MSH. Në rastet e mjekëve të përgjithshëm për moshat 0-14 vjeç, që nuk plotësojnë normën e banorëve sipas standarteve të miratuara, kundrejt kërkesës së paraqitur nga vetë mjeku, Drejtori i QSH, i propozon DRSKSH ndryshimin e klasifikimit të mjekut të familjes.
9. Q.SH., në rast të mungesave të përkohshme në punë të mjekëve, mungesa që janë me tepër se koha e lejes së zakonshme apo me mbi 14 ditë të raporteve mjekësore, të organizojë mbulimin e banorëve me shërbim shëndetësor me mjekë të së njëjtës QSH, në pamundësi nga mjekë të QSH me të afërt, kundrejt shtojcë kontratave. Nëse dhe kjo nuk është e mundur, atëherë mbulimi shëndetësor mund të realizohet nga një tjetër mjek, përfshi dhe mjek pensionist, kundrejt kontraktimit provizor. Në çdo rast duhet me miratim të DRSKSH/ISKSH.
10. QSH përgjigjet për tërë rrjetin e dhënësve të shërbimeve që ka në varësi. Struktura dhe organizimi i QSH paraqitet në Aneksin A. Struktura organizative sipas mjekëve dhe shërbimeve, sipas grafikut perkates dhe orarit të shërbimeve, si dhe paketa bazë e shërbimeve të vendosen në një vend të dukshëm brenda mjedisve të QSH. Për ndryshime të organizimit dhe të strukturës duhet të njoftohet me shkrim DRSKSH. Në fillim të kontraktimit, personeli shëndetësor mjek/infermier dhe sa herë kur ka emërim provizor ose të përhershme, të deklarohen të dhënat sipas Aneksit L – “Formulari i regjistrimit”, ndërsa kur ka largime nga puna (ndërprerje kontrate), të plotësohet Aneksi K – “Formulari i ç’regjistrimit”.
11. QSH-ja, duhet të garantojë që personeli i saj të ofrojë shërbime shëndetësore cilësore bazuar në njohuritë e reja dhe teknologjinë mjekësore për të cilën, QSH-ja, do të vërë në dispozicion mjetet e diagnostikimit, pajisjet mjekësore dhe barnat

- e përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë, siç detajohen në aneksin B (Shtojca 5 – “Lista e Pajisjeve në QSH dhe 6 “Lista e barnave të urgjencës dhe materialeve të mjekimit”), bashkëlidhur kësaj kontrate. (Shërbimet apo pajisje të tjera që ofron QSH-ja dhe që nuk ndodhen në këtto lista, i bashkangjiten këtij aneksi).
12. QSH ofron paketën e shërbimeve shëndetësore në përputhje me buxhetin e miratuar (Ankesi C – “Buxheti i Kontraktuar”) dhe planin e rimbursimit, i cili përcaktohet në negociimin me DRSKSH, sipas aneksi D – “Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit për QSH”.
 13. QSH përballon të gjitha shpenzimet që lidhen me ofrimin e shërbimeve të përcaktuara në këtë kontratë. Shpenzimet përfshijnë pagat, shpërblimet, kontributin e Sigurimeve Shoqërore dhe Shëndetësore të personelit, si dhe mallra dhe shërbime. Shpenzimet paguhen dhe raportohen nga QSH në afatin e kërkuar dhe sipas pasqyrës së realizimit të buxhetit, Aneksi E – “Pasqyra e realizimit të Buxhetit”, bashkëlidhur kësaj kontrate. Pagat e punonjësve të QSH do të jenë në përputhje me sistemin e pagesave të miratuara nga Këshilli Administrativ i ISKSH. QSH duhet të zbatojë legjislacionin në fuqi për të gjitha llojet e pagesave që kryen.
 14. QSH detyrohet t’i paraqesë DRSKSH në mënyrë të saktë dhe në afatin e duhur të dhënat statistikore dhe të dhënat elektronike, sipas anekseve bashkëngjitur kësaj kontrate. QSH në zbatim të kësaj kontrate ju përgjigjet kërkesave të veçanta për informacion të DRSKSH-së dhe vë në dispozicion të saj dokumentacionin mbi të cilin janë raportuar të dhënat.
 15. QSH duhet të ruajë dhe të mirëmbajë të gjitha pajisjet dhe sistemet e informacionit që ka në përdorim për ofrimin e paketës së shërbimeve, Aneksi F – “Mirëmbajtja e Pajisjeve dhe programeve Elektronike”.
 16. QSH është përgjegjëse për zbatimin e Sistemit të Informacionit Shëndetësor për Shërbimin Shëndetësor Parësor, plotësimin dhe raportimin e të gjitha formateve që lidhen me të (Aneksi G - “Formulari i vizitës”, - “Formulari i procedurave”).
 17. QSH të ka për detyrë të punojë për përmbushjen e standarteve të miratuara nga MSH në kujdesin parësor.
 18. QSH duhet të realizojë indikatorët e performancës dhe të cilësisë së shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe të raportojë të dhëna të sakta dhe në kohën e përcaktuar në lidhje me këto indikatorë (Aneksi H – “Indikatorët”, Ankesi J – “Aktiviteti mujor i MP (M1) për çdo mjek”, dhe raportet elektronike të SISH).
 19. QSH është e detyruar të respektojë sistemin e referimit për shërbimet shëndetësore.
 20. Në ambjentet e QSH duhet të vendoset kutia e verejtjeve apo ankesave të banorëve, e cila duhet të hapet nga drejtori i QSH, i cili është përgjegjës për zgjidhjen në kohë të tyre.
 21. QSH duhet të sigurojë një përjasje të gjithanëshme ndaj shërbimeve, duke përfshirë promocionin shëndetësor, parandalimin e sëmundjeve dhe programet e integruara të menaxhimit të sëmundjeve.

Neni 4

Përgjegjësitë e Drejtorit të QSH

Drejtori i QSH:

1. Organizon dhe drejton punën në QSH, për dhënien e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor të financiar, nga ana sasiore dhe cilësore, sipas orarit të miratuar dhe të shpallur në QSH.

2. Lidh kontratën e QSH me DRSKSH dhe kontratën e punës individuale me secilin punonjës të QSH, duke i arshivuar në dosjen personale të secilit.
3. Përgjigjet për raportimin financiar dhe të dhënave statistikore të kërkuara të DRSKSH / ISKSH (te printuara dhe elektronikisht), brenda afateve kohore dhe saktësisë së plotësimit të tyre.
4. Organizon punën për funksionimin e sistemit të referimit në të gjithë hallkat e tij.
5. Të pranojë kontrollin e ISKSH/DRSKSH dhe të zbatojë masat e rekomanduara prej tyre për shkeljet e detyrimeve të përcaktuara në këtë kontratë. Drejtori QSH mban përgjegjësi për mos zbatimin e detyrave të rekomanduara nga kontrolli i DRSKSH / ISKSH.
6. Gjatë ushtrimit të detyrës, të mos kryejë veprimtari që bien në kundërshtim me kërkesat e kësaj kontrate dhe aktivitetit të QSH.
7. Është përgjegjës që të kryejë shpërblim të diferencuar të personelit shëndetësor sipas kontributit individual të matshëm në realizimin e indikatorëve.
8. Të zbatojë sanksionet e përcaktuara në këtë kontratë për shkeljet kontraktuale.
9. Në rastet kur drejtori i QSH ushtron aktivitet profesional për banorët e regjistruar, ai është personalisht përgjegjës për përmbushjen e detyrimeve të kontratës individuale të MPF sikurse dhe mjeket e tjere të QSH.
10. Është përgjegjësi e tij të njoftojë me shkrim DRSKSH-së, për çdo trajnim apo aktivitet që kërkon pjesëmarrjen e QSH, ku njoftimi të përmbajë pjesëmarrësit dhe programin. Për aktivitete që nuk janë të organizuara nga strukturat e Ministrisë së Shëndetësisë, drejtori është i detyruar të marrë paraprakisht pëlqimin e DRSKSH-së. Në të gjitha rastet drejtori i QSH merr masat për sigurimin e shërbimeve shëndetësore.
11. Përgjigjet për sigurimin e mjedisit dhe kushtet normale të punës në QSH.
12. Përgjigjet për kontrollin, analizën e të gjithë aktiviteteve të QSH, të ankesave dhe kërkesave për shërbime shëndetësore dhe njofton DRSKSH për bashkëpjesëmarrje në këto analiza, kundrejt protokollimit të tyre.
13. Të informojë urdhërat profesionalë (Mjekut dhe Infermierit) rastet kur ndaj personelit shëndetësor të QSH-së kanë ardhur ankesa nga qytetarët për kequshtrim të profesionit ose shkelje të etikës dhe kodit deontologjik mjekësor.
14. Drejtori ka për detyrë të negociojë me MPF e kontraktuar në lidhje me planin e shpenzimeve të rimbursimit, i cili përshkruhet në kontratën individuale. Planifikimi do të bëhet duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, koeficientet e rimbursimit për diagnozë, si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie.

Neni 5

Detyrimet specifike për Qendrën Shëndetësore

I. Detyrime të QSH nëpërmjet MPF të kontraktuar

Mjekët e përgjithshëm dhe të familjes të kontraktuar me Q.SH janë të detyruar:

1. Të regjistrojnë në rregjistrin themeltar të gjithë banorët që mbulojnë me shërbim shëndetësor, të pasqyrojnë çdo muaj ndryshimet në rregjistrin themeltar, të bëjnë kartelizimin e tyre, ku numri i kartelave duhet të përputhet me numrin e banorëve të regjistruar dhe të respektojnë parimin e zgjedhjes së lirë të mjekut brenda numrit maksimal të banorëve të përcaktuar nga Ministri i Shëndetësisë. MP/F është i detyruar të pranojë mbulimin dhe regjistrimin e banorëve, përveç rasteve të konfliktualitetit të mirëfilltë, të verifikuar nga drejtori i QSH, ku banorët i rekomandohet të zgjedh një tjetër MPF. Të plotësojë saktë dhe të raportojë çdo muaj ngarkesën për banorë (sipas M1 – Aneksi J).

2. Të kryejnë vizitën falas për të sëmurët e siguruar, kundrejt identifikimit të tyre nëpërmjet Librezës së Shëndetit (duke kontrolluar afatin e vlefshmërisë së saj) dhe Dokumentit të identifikimit. Vizitat falas kryhen dhe në rastet urgjente, kundrejt dokumentimit në rregjistrin përkatës. Për banorët e pasiguruar të kryejnë vizitat duke zbatuar tarifat e përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë.
3. Të përcaktojnë diagnozën dhe mjekimin e të sëmurit duke u mbështetur në udhërrëfyesit kombëtar të praktikës më të mirë klinike të miratuar nga MSH-ja, si dhe ta rekomandojnë atë për ekzaminime apo konsulta të specializuara kur e gjykojnë të nevojshme, kundrejt zbatimit të sistemit të referimit në shërbimet shëndetësore.
4. Të plotësojnë rekomandimin për tek MS kundrejt plotësimit të të gjithë elementëve të domosdoshëm, duke motivuar në mënyrë të qartë arsyet e dërgimit.
5. Të administrojnë kartelën personale të të sëmurit, kundrejt plotësimit të të gjithë elementëve të domosdoshëm të saj, si gjeneralitetet, kodin e pacientit, anamnezën, ekz. objektiv dhe subjektiv, dt. vizites, ankesat, diagnozën, mjekimin, ekzaminimet laboratorike dhe imazherike dhe ecurinë e sëmundjes. Çdo vizitë, duhet të përshkruhet në kartelë. Fletëdaljet, Epikrizat Përcjellëse, Rekomandimet dhe Ekzaminimet konfirmuese të diagnozës, të mbahen në kartelën e të sëmurit, duke bërë përshkrimin e tyre në kartelë.
6. Të marrë në konsideratë përgjigjet e analizave laboratorike, të ekzaminimeve imazherike, të cilat duhet të përmbajnë të dhënat e domosdoshme: nr. rregjistri, datë ekzaminimi, emër pacienti, ekzaminimi apo analiza e kryer, firme, vula e laborantit apo radiologut dhe vula e institucionit shëndetësor ku është kryer ekzaminimi.
7. Për mjekimin me rimbursim të të sëmurëve, të mbështeten në alternativën e barnave më pak të kushtueshme, kufizimet e listës së barnave, aktet e ISKSH-së dhe protokollet përdorimit të barnave. Në rastet e konsultave apo fletë-daljeve nga spitali, për barnat e rekomanduara, t'i marrë në konsideratë vetëm kur nuk shkelet Legjislacioni i Sigurimeve Shëndetësore, kufizimet e listës dhe protokollet e përdorimit të barnave. Përgjigjet e rekomandimeve, kur nuk kane zbatuar sistemin e referimit, nuk merren në konsideratë për plotësimin e recetës me rimbursim. Te informoje DRSKSH për çdo rast kur nga konsultat apo epikrizat dalese nga spitali shkelet legjislacioni i ISKSH.
8. Të argumentojnë të gjitha rastet e reja kronike dhe të ndryshimit të skemës së mjekimit, kundrejt përdorimit racional të barnave me rimbursim.
9. Të pasqyrojnë me shkrim të qartë dhe të kuptueshëm aktivitetin profesional në dokumentacionin e përcaktuar në Ankesin B (Shtojca 7 – “Dokumentacioni mjeksor në QSH”) kundrejt respektimit të kërkesave të këtyre dokumentacioneve. Dokumentacioni duhet të plotësohet vetëm pas kryerjes së vizitës.
10. Të mos u rekomandojë të sëmurëve farmacinë për ekzekutimin e recetës me rimbursim.
11. Të bashkëpunojë me personelin tjetër shëndetësor për përmbushjen e detyrimeve të kësaj kontrate.
12. Të mos kryejë asnjë aktivitet gjatë orarit të punës që bie ndesh me detyrimet e kësaj kontrate.
13. Të pranojë kontrollin e ISKSH/DRSKSH-së dhe Ministrisë së Shëndetësisë.

II. Detyrimet e MPF për recetën dhe formularin e vizitës

1. Të plotësojnë receta me rimbursim sipas formatit tip, vetëm për banorët e siguruar.
2. Të plotësojnë qartë formularin e vizitës sipas Manualit të Sistemit të Informacionit Shëndetësor dhe akteve administrative të ISKSH.

3. Të plotësojë saktë të gjithë elementët e recetës me rimbursim, sipas udhëzimit përkatës të ISKSH-së. Për recetat pa rimbursim të plotësohen elementët e domosdoshëm të përcaktuar nga MSH: emer, mbiemër pacienti, datëlindje, nr. rregjistri të vizitës, diagnozë, dt. vizite, vulë dhe firmë mjeku dhe vulë institucioni.
4. Të përshkruajë një recetë me rimbursim të veçantë në muaj për çdo diagnozë dhe të vendosë saktë kodin e diagnozës. Kategorikisht mjekimi duhet të përputhet me diagnozën.
5. Në recetën me rimbursim të pjesshëm, të përshkruajë deri në tre barna për çdo diagnozë.
6. Në recetën me rimbursim të plotë, të përshkruajë aq barna sa duhen për trajtimin e të sëmurit me përjashtim të rasteve të përcaktuara me Udhëzim të posaçëm të ISKSH-së (Nr. 9, dt. 28.06.2004).
7. Të përshkruajë në recetën me rimbursim barnat me shkrim të mirë të kuptueshëm dhe vetëm me emrin xhenerik sipas listës së barnave të rimbursueshme. Për kategoritë invalidë lufte dhe veteranë, të përshkruajë barin me emrin tregtar poshtë emrit xhenerik në kllapa (sipas listes së rimbursueshme ose dhe për barna jashtë listës).
8. Të përshkruajë barnat në recetën me rimbursim duke mos përfshirë periudhën e shtrimit, në rastet kur pacientët kanë qenë të shtruar në spital.
9. Të lëshojë recetë të veçantë për barnat narkotike dhe psikotrope (Tab. II).
10. Të plotësojë librezën e shëndetit në kollonat e detyrueshme që duhet të plotësohen nga mjeku.
11. Të vulosë me vulën personale dhe vulën e institucionit shëndetësor recetën me rimbursim dhe parimbursim, si dhe të mbajë përgjegjësi për zbatimin e të gjitha rregullave lidhur me ruajtjen dhe përdorimin e vulës së tij personale.
12. Të ruajë deri në ç'vleftësimin e tyre nga DRSKSH-ja, recetat me rimbursim, formularëve të vizitës të papërdorshëm për shkak të defekteve, të plotësimit gabim, e të tjera të kësaj natyre.

III. Detyrime e QSH nëpërmjet Infermierit të kontraktuar

1. Infermierët punojnë nën drejtimin dhe kontrollohen nga MPF dhe K/Inf, kundrejt zbatimit të hierarkisë së institucionit.
2. Infermierët detyrohen të zbatojnë detyrat e përshkruar në përshkrimin e punës së secilit sipas vendit të punës dhe të përshkruar në kontratën individuale.
3. Detyrohen të zbatojnë orarin e punës, rregulloren e brendshme të institucionit, grafikun javor të punës.
4. Kanë për detyrë të mirëmbajë ambjentin e punës, paisjet, materialet dhe përgatisin kushtet normale për vizitat e pacientëve.
5. Informojnë rregullisht mjekun për problemet shëndetësore dhe jo shëndetësore për popullatën që mbulon.
6. Kanë përgjegjësi profesionale për popullsinë që mbulojnë, duke shërbyer në institucion ose në banesë.
7. Në punën e tyre duhet të udhëhiqen nga parimet e humanizmit dhe etikës mjekësore.
8. Përgjigjen për plotësimin e dokumentacionit sipas aktiviteteve të qendrës, nxjerr dhe perpunon të dhënat statistikore periodike të mjekut dhe punës së saj/tij.
9. Ndjek dhe përvetëson njohuritë e reja shkencore në fushën përkatëse, në mënyrë individuale dhe të organizuar nga Institucioni.
10. Të plotësojë qarte formularin e vizites dhe të procedurave mjekësore sipas Manualit të Sistemit të Informacionit Shëndetësor dhe akteve administrative të ISKSH.

11. Përgjigjet për arritjen e indikatorëve përkatës të përcaktuar në tabelën e indikatorëve.

IV. Detyrime të QSH nëpërmjet MS të kontraktuar

1. Të plotësojë detyrimet që rrjedhin nga kjo kontratë.
2. Të japë shërbimin shëndetësor të specializuar (sipas specialitetit përkatës) në institucionin shëndetësor dhe në banesën e të sëmurëve, kur gjendja shëndetësore e të cilëve nuk e mundëson paraqitjen në institucionin shëndetësor.
3. Të zbatojë sistemin e referimit të shërbimeve shëndetësore. Të kryejë vizitën falas për banorët e siguruar, duke i identifikuar nëpërmjet Librezës së Shëndetit, Dokumentit të Identifikimit dhe rekomandimit të MPF.
4. Të hapë kartelë për të sëmurët kronikë me dekurs të zgjatur, t'a plotësojë e t'a ruajë atë sipas udhëzimeve të Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH-së.
5. T'i kthejë përgjigje rekomandimit të MPF duke respektuar kërkesat e formatit tip të rekomandimit.
6. Të rekomandojë skemën e mjekimit me rimbursim duke përdorur alternativën më pak të kushtueshme, Kufizimet e Listës, Protokollet e Përdorimit të Barnave me rimbursim të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH-ja.
7. Të rekomandojë barnat për trajtimin e të sëmurit me emrin xhenerik (për barnat që rimbursohen duke u bazuar në listën e rimbursimit). Për kategoritë invalidë lufte dhe veteranë, të përshkruajë barin me emrin tregtar poshtë emrit xhenerik në kllapa (sipas listës së rimbursueshme ose dhe për barna jashtë listës).
8. Të vizitojë banorët e pasiguruar si dhe të siguarit që nuk kanë respektuar sistemin e referimit, kundrejt tarifës së përcaktuar.
9. Të plotësojë recetat pa rimbursim me elementët e domosdoshëm të përcaktuar nga MSH: emer, mbiemër pacienti, datëlindje, nr. rregjistri të vizitës, diagnozë, dt. vizite, vulë dhe firmë mjeku dhe vulë institucioni.
10. Të dërgojë të sëmurin në konsultën e specialistëve të spitalit duke zbatuar sistemin e referimit vetëm në rastet kur e gjykon të nevojshme për përcaktimin e diagnozës, mjekimit dhe kur kërkohet në zbatim të ligjshmërisë me akte të veçanta të Ministrisë së Shëndetësisë, ISKSH-së dhe Organizmave Shtetërore të tjera.
11. Për çdo vizitë, të plotësojnë qartë formularin e vizitës sipas Manualit të Sistemit të Informacionit Shëndetësor dhe akteve administrative të ISKSH.
12. Të evidentojë vizitat, ekzaminimet e kryera në regjistrat përkatës dhe në kartelën e specialitetit të të sëmurit. Të plotësojë me kujdes dhe qartë dokumentacionin që ka në përdorim.
13. Të bashkëpunojë me personelin tjetër shëndetësor për përmbushjen e detyrimeve të kësaj kontrate.
14. Të ruajë dhe të mbaje përgjegjësinë e plotë për përdorimin e vulës personale.
15. Të pranojë kontrollin nga ISKSH/DRSKSH dhe MSH.

V. Detyrime specifike të QSH mbi zbatimin e legjislacionit financiar

QSH (Drejtori, Ekonomisti) është e detyruar:

1. Të zbatojë ligjshmërinë për veprimet në të gjitha likuiditet që bën, për të gjitha prokurimet, si dhe për Pagat dhe Shpërblimet.
2. Të zbatojë ligjshmërinë për realizimin e Buxheti të akorduar për vitin ushtrimor.
3. Të zbatojë ligjshmërinë për mbajtjen e dokumentacionit të Arkës, Bankës, Ditar, Bilanc dhe Magazinës.

Neni 6

Detyrimet e DRSKSH

3. Te permbushe plotesisht dhe ne kohe kerkesat e percaktuara ne nenin 7 (Financimi i QSH) te kesaj kontrate.
4. Të informojë QSH për ndryshimet në dispozitat ligjore, standartet, normat dhe udhëzimet, për të mundësuar përmbushjen e të gjitha detyrimeve të QSH.
5. Te pajise QSH me te gjithë dokumentacionin e nevojshem per kryerjen dhe evidentimin e aktivitetit profesional, si dhe me Listen e barnave te rimbursuara, protokollet e perdorimit te barnave dhe aktet ligjore e nenligjore ne zbatim te skemes se sigurimit shendetesor.
6. Të bëjë supervizimin periodik të Qendrës Shëndetësore, sipas udhëzuesve metodik të miratuar dhe të kontrollojë përmbushjen e detyrimeve kontraktuale në çdo kohë nga ana e QSH, sipas detyrimeve të përcaktuara në këtë kontratë.
7. Pas çdo kontrolli, përpilohet një raport standart që përmban pasqyrimin e situatës së konstatuar. Organi që ushtron kontrollin per shkeljet kontratuale te identifikuar, ka per detyre t'i kerkoje QSH marrjen e masave të karakterit organizativ, administrativ, disiplinor si dhe masave për zhdëmtimet dhe nderprerje te kontrates individuale, në perputhje me përcaktimet në këtë kontratë.
8. DRSKSH ka të drejtën dhe detyrimin kur konstaton keqmanaxhim të QSH, bazuar në rezultatet e kontrollit dhe prova të shkruara, t'i kerkojë BQSH shkarkimin e Drejtorit të QSH.
9. DRSKSH është e detyruar të punojë për zbatimin e Sistemit të Informacionit Shëndetësor në kujdesin parësor dhe t'i vëre në dispozicion QSH të gjitha raportet dhe analizat e prodhuara, që kanë lidhje me aktivitetet e QSH-së.
10. DRSKSH-ja detyrohet të informojë QSH-në në lidhje me treguesit mujor dhe 3-mujor të aktiviteteve të saj dhe për të nxitur krahasimin me QSH e tjera të rajonit, e informon me rezultatet e performancës, të cilësisë dhe rimbursimit.
11. T'u përgjigjet propozimeve dhe kërkesave të QSH apo të banorëve, brenda 15 ditëve.

Neni 7

Financimi i Qendrës Shëndetësore

DRSKSH-ja financon QSH-në për dhënien e paketës së shërbimeve shëndetësore të kujdesit parësor, të përshkruara në Aneksin B të kësaj Kontrate, në sasinë dhe cilësinë e kërkuar, për këto zëra shpenzimesh:

- a) Paga dhe shpenzime të tjera lidhur me pagën e personelit;
- b) Kontribute për sigurime shëndetësore e shoqërore të personelit;
- c) Mallra e shërbime të tjera.

a) Paga dhe shpenzime te tjera te lidhur me pagën e personelit.

- DRSKSH, për do t'i paguajë QSH një Pagesë Fikse (PF) në masën 85 % të buxhetit të kontratuar të QSH, sic është pershkruar në Aneksin C, të barabartë me _____ Lekë, që duhen arkëtuar në 12 (dymbëdhjetë) kështe mujore të barabarta, jo më vonë se ditën e fundit të muajit paraardhës.

- DRSKSH do t'i paguajë QSH një pagesë bazuar në aktivitetin (PA), të barabartë me 10 % të Buxhetit QSH. PA do të llogaritet proporcionalisht sipas indikatorit të mëposhtëm (aneksi H):

“Numri mesatar i vizitave në ditë per persona të siguruar të MP/MF për mjek gjatë një muaji”.

Numri mesatar i vizitave nga MP/F në QSH i referohet standarteve sipas kategorie:

- Ne komune MP/F zone fushore/kodrinore 9 vizita ne nje dite.
- Ne komune MP/F zone malore/e thelle malore 6 vizita ne nje dite.
- Ne qytet MP/F per femije 10 vizita ne nje dite.
- Ne qytet MP/F për të gjitha moshat, MP/F për të rritur 12 vizita ne nje dite.
- Ne qytet MP/F për studentët 9 vizita ne nje dite.
- MS 10 vizita ne nje dite.

PA do të transferohet jo më vonë se dita e fundit e muajit pasardhës.

- DRSKSH, per nxitjen e cilësisë dhe efektivitetit te shërbimeve, do t'i paguajë QSH një pagese Bonus të barabartë me 5% të Buxhetit te QSH.

DRSKSH do ta shpërndajë Bonusin në katër këste, në fund të çdo tremujori, jo më vonë se dita e fundit e muajit të parë të tremujorit pasardhës.

Bonusi do t'i paguhet QSH proporcionalisht kundrejt plotësimit te standarteve të secilit prej indikatorëve te pershkruar hollesisht ne Aneksi H.

1. Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë të padublikuar nga personeli i QSH (MF+infirmire) gjatë vitit;
2. Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për 4 diagnoza të zgjedhura.
3. Përqindja e pacientëve kronike të vizituar çdo muaj nga MPF.
4. Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë të detyrueshme nga personeli shëndetsor, brenda tremujorit të parë.
5. Përqindja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që kanë kryer vizitat e detyrueshme nga personeli shëndetsor;
6. Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjec të vaksinuar gjate 3- Mujorit.
7. Përqindja e pacienteve me HTA të diagnostikuar nën mjekim (gjithë stadet) që kanë vleren e TA brenda “normës”.
8. Përqindja e pacienteve me D. Melitus te diagnostikuar nën mjekim qe kane nivelin e glicemisë esëll në “normë”.
9. Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm

Pagesa për Aktivitet (10%) dhe Bonusi (5%) do të llogariten në bazë të formularit të vizitës të plotësuar saktë nga personeli shëndetsor i QSH për çdo vizite.

Vleresimi i diferencuar i indikatorëve, bëhet sipas një sistemi pikëzimi me udhëzim të posaçëm.

b) Kontribute për sigurime shëndetësore e shoqërore të personelit.

DRSKSH do t'i paguajë QSH një pagesë për kontributet për sigurimet shoqërore e shëndetësore, të cilat detajohen në bazë të ligjeve dhe rregulloreve përkatëse, si dhe në përputhje me kontratat e punës të nënshkruara ndërmjet çdo punonjësi dhe drejtorit të QSH-së.

c) Mallra e shërbime të tjera.

DRSKSH do t'i paguajë QSH një pagesë për blerjet e barnave, materialet mjekësore, pajisjet shëndetësore të thjeshta, materialet per ekzaminimet laboratorike e imazherike, mirëmbajtjen dhe riparimin e sistemeve të informacionit dhe pajisjeve elektronike, si dhe mallrat e shërbimet e tjera që parashikohen në buxhet, të cilat blihen nga QSH-ja, përmes sistemit ekzistues të prokurimit publik.

Neni 8

Dispozita të veçanta

1. QSH mund t'i rritet buxheti kundrejt kërkesës së argumentuar me shkrim të Drejtorit dhe Bordit të QSH dhe miratim të DRSKSH, në rastet si me poshte :

- Shtim të numrit të personelit
- Për përballimin e situatave të jashtëzakonshme
- Konstatime të llogaritjeve të gabuara të buxhetit
- Shtim të numrit të banorëve të regjistruar që mbulon QSH
- Shtim i shërbimeve që ofron QSH

2. Gjatë vitit financiar, DRSKSH ka të drejtë të ulë buxhetin e QSH në raste si me poshte:

- Pakësim të numrit të personelit
- Konstatime të llogaritjeve të gabuara të buxhetit
- Pakësim të numrit të banorëve të regjistruar që mbulon QSH
- Pakësim të shërbimeve që ofron QSH

3. Në rastin kur QSH nuk ofron një shërbim, sipas Aneksit B – “Paketa e Shërbimeve”, QSH është e detyruar të njoftojë me shkrim DRSKSH për ndërprerjen e këtij shërbimi dhe afatin kohor. DRSKSH-ja duhet të marrë masa që banorët që mbulohen nga kjo qendër, t'u sigurohet shërbimi nga qendra më e afërt. Nëse ky shërbim kërkohet të shoqërohet me ndryshim të planit të rimbursimit, DRSKSH-ja duhet të bëjë ndryshimet e duhura.

Neni 9

DRSKSH kryen financimin e QSH të përcaktuar në Nenin 7, vetëm pas marrjes së informacionit të raportimeve sipas anekseve bashkëlidhur kësaj kontrate, që QSH është e detyruar t'i dergojë DRSKSH.

Neni 10

DRSKSH do t'i arkëtojë pagesat në llogarinë e QSH, numri i llogarisë _____, në bankën _____, me adresën _____.

Neni 11

Kontraktimi i personelit

Drejtori i QSH në Kontratat individuale që lidh me çdo personel të QSH do të përfshijë përshkrimet e punës së çdo punonjësi dhe detyrimet specifike për rregullimin e marrëdhënieve të punës dhe përmbushjen e detyrimeve të tyre në funksion të skemës të sigurimeve shëndetësore. Këto kontrata individuale janë pjesë integrale e kësaj kontrate.

Neni 12

Sanksionet dhe Procedurat e Ankimit

Per moszbatim te detyrimeve kontratuale palet kane të drejtë të ushtrojnë këto sanksione:

1. Per çdo shkelje te detyrimeve nga ana e Drejtorit te QSH te parashikuara ne nenin 4 te kesaj kontrate, drejtori i QSH ndëshkohet me kushtin penal prej 5000 leke.
2. Në të gjitha rastet kur konstatohet keqmenaxhim prej Drejtorit të QSH, bazuar në prova të shkruara, DRSKSH / ISKSH ka të drejtë t'i kerkoje Bordit të QSH shkarkimin e Drejtorit.
3. Pas çdo kontrolli të ushtruar nga DRSKSH / ISKSH, në baze të shkeljeve te konstatuara, organi qe ushtron kontrollin ka te drejte t'i rekomandoje organeve

drejtuese te QSH masat e karakterit, organizativ, administrativ, disiplinor, masa zhvenditimi dhe nderprerje kontrate individuale. Drejtori i QSH mban pergjegjesi per zbatimin e ketyre masave.

4. Në të gjitha rastet e shkeljeve të detyrimeve specifike të QSH apo të detyrimeve të përcaktuara në kontrata individuale të personelit, përcaktohet përgjegjësia individuale dhe merren masat administrative gjohë (nga 1000 - 10000 lekë), e përshkallëzuar në varësi të shkeljes. Në rastin e moszbatimit të sistemit të referimit zbatohen Penalitetet e përcaktuara (10000 – 30000 lekë): Për shkelje të disiplinës merren masa disiplinore të përcaktuara në statusin tip të QSH-së për personelin e QSH, ndërprerje kontrate individuale dhe kallxim penal.
5. Kundër vendimit të gjobës QSH mund të bëjë ankim brenda 5 (pese) diteve nga vendosja e gjobes, në gjykatën e rrethit. Proçedura e arketimit dhe ekzekutimit të gjobes bëhet në përputhje me ligjin “Për kundravajtjet administrative”.
6. Në të gjitha rastet kur konstatohet shkelje me dëm efektiv ekonomik, Drejtuesi i QSH ose individët përgjegjës duhet të rikthejnë vlerën e dëmit ekonomik të shkaktuar Skemës së Sigurimeve Shëndetësore në masë të plotë.
7. Për çdo shkelje nga ana e Drejtorisë Rajonale të detyrimeve të saj të parashikuara në nenin 6 “Detyrimet e Drejtorisë Rajonale” të kësaj kontrate, QSH ka të drejtë të ankimojë në ISKSH për mospërbushjen e detyrimeve brenda 5 diteve. Gjithashtu QSH kundrejt sanksioneve të vendosura nga DRSKSH (kushte penale, dëme ekonomike apo ndërprerje kontrate), ka të drejtë të ankohet në ISKSH brenda 5 diteve nga dita e marrjes së njoftimit për sanksionin e vendosur ndaj saj. Në të gjitha rastet ISKSH kthen përgjigje për ankesën e bërë brenda 15 diteve nga dita e depozitimit të ankesës pranë ISKSH-se. Drejtoria Rajonale zbaton vendimin e ISKSH-se.

Neni 13

Ndërprerja e Kontratës

Kjo kontratë mund të ndërpritet nga të dy palët me mirëkuptim, me kusht që njoftimi me shkrim të bëhet të paktën 60 ditë kalendarike para datës së ndërprerjes.

Palët mund t’a ndërpresin këtë Kontratë para afatit të mbarimit të saj, si më poshtë vijon:

- Kur QSH mbyllet për riorganizim;
- Kur QSH humb të drejtën e akreditimit;
- Kur QSH nuk ka aktivitet
- Kur konstatohet një keqmanaxhim i madh në përdorimin e fondeve të akorduara nga DRSKSH.
- Kur DRSKSH nuk zbaton detyrimin financiar që ka ndaj QSH.

Njoftimi për ndërprerjen e kontratës nga palët në mënyrë të njëanshme do të botohet në media, me qëllim që personave të siguruar t’u mundësohet shërbim shëndetësor pranë QSH me të afërt.

Neni 14

Zgjidhja e Konfliktëve

Konfliktet që lindin në zbatim të kësaj kontrate nga palët, do të zgjidhen përmes mirëkuptimit të ndërsjellë. Nëse konfliktet nuk mund të zgjidhen përmes mirëkuptimit të ndërsjellë, palëve u lind e drejta t’i drejtohen gjykatës kompetente.

Neni 15

Kjo kontratë nënshkruhet në 2 (dy) kopje, një kopje për QSH dhe një kopje për DRSKSH

Anekset dhe pasqyrat e kësaj Kontrate janë pjesë përbërëse e Kontratës.

Qendra Shëndetësore

**Drejtoria Rajonale e
Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor**

ORGANIZIMI I QENDRËS SHËNDETËSORE

Qendra Shëndetësore _____ **përbëhet nga njësitë e mëposhtme:**

Qendra Shëndetësore:

Emri i Qendrës Shëndetësore: _____ Kodi _____
Adresa: _____
Telefoni: _____
Celulari: _____
Faksi: _____
Posta elektronike: _____

Ambulanca:

Emri i Pikës shëndetësore 1: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 1: _____

Emri i Pikës shëndetësore 2: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 2: _____

Emri i Pikës shëndetësore 3: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 3: _____

Emri i Pikës shëndetësore 4: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 4: _____

Emri i Pikës shëndetësore 5: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 5: _____

Emri i Pikës shëndetësore 6: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 6: _____

Emri i Pikës shëndetësore 7: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 7: _____

Emri i Pikës shëndetësore 8: _____ Kodi _____
Adresa e Pikës shëndetësore 8: _____

Struktura organike e QSH:

Sherbimi i Mjekut të Përgjithshëm dhe Familjes

- Nr. MPF për fëmijë _____ / Nr. Infermiereve _____

- Nr. MPF për të rritur _____ / Nr. Infermiereve _____

- Nr. MPF për të gjitha moshat _____ / Nr. Infermiereve _____
- Nr. Mjekar specialiste _____ / Nr. Infermiereve _____

Shërbimi i Konsultorit të Fëmijës

Nr. Mjekëve _____ / Nr. Infermierëve _____

Shërbimi i Konsultorit të Gruas

Nr. Mjekëve _____ / Nr. Infermierëve _____

Shërbimi i Laboratorit

Nr. Mjekëve _____ / Nr. Laboranteve _____

Nr. Infermiere/Mami _____

Te tjere _____

Koha e punës

Turni I, prej orës _____, deri në orën _____

Turni II, prej orës _____, deri në orën _____

Kujdesi për rastet urgjente me orar të pandërprerë 24 orë ☐ po, ☐ jo

Kualifikimi

Numri i MP/MF me specializim në

Pathologji _____

Pediatri _____

Mjekësinë e Familjes _____

(me diplome të njohur nga Fakulteti i Mjekësisë).

Aneksi B

PAKETA E SHERBIMEVE

Aneksi C:

BUXHETI I KONTRAKTUAR PËR VITIN 2010

Emri i Qendrës Shëndetësore: _____

Muaji	Buxheti			Total muaji
	600	601	602	
Janar				
Shkurt				
Mars				
Prill				
Maj				
Qershor				
Korrik				
Gusht				
Shtator				
tetor				
Nentor				
Dhjetor				
Totali				

Shenim: Buxheti është i kushtëzuar nga zbatimi i kushteve të kontratës.

Detajimi i buxhetit vjetor të kontraktuar.

ANALIZA	E M E R T I M I	Detajim vjetor
600.00	PAGA, SHPERBLIME E SHPENZ. TJERA PERSONELI	
6001.000	PAGA TE PERSONELIT TE PERHERSHEM	
60010.01	PAGA BAZE	
60010.02	RAPORTE MJEKESORE TE PAGUARA NGA PUNEDHENESI	
60010.03	SHTESE PAGE PER VJETERSI NE PUNE	
60010.04	SHTESE PAGE PER VESHTIRESI DHE RREZIQE	
60010.05	SHTESE PAGE PER FUNKSIONIN	
60010.08	SHTESE PAGE PER KUALIFIKIM	
60010.13	SHTESE PAGE PER PUNE JASHTJE ORARIT	
60010.14	SHTESE PAGE PER PUNONJESIT QE RREGULLOHEN ME AKTE TE VEÇANTA	
60010.99	SHTESA PAGE TE TJERA	

6002.000	PAGA TE PERSONELIT TE PERKOHSHEM	
60021.00	PAGA ME KONTRATE PER KOHE TE KUFIZUAR	
60022.00	PAGA ME KONTRATE PER PUNE SEZONALE	
60029.00	TE TJERA PAGA ME KONTRATE	
6003.000	SHPERBLIME	
60031.00	SHPERBLIME PER REZULTATE NE PUNE	
60039.00	TE TJERA SHPERBLIME PER PERSONELIN	
6009.000	SHPENZIME TE TJERA PERSONELI	
60610.41	SHPENZIME PER SITUATA TE VESHTIRA DHE FATKEQESI (Fondi I veçante)	
601.0000	KONTRIBUTE TE SIGURIMEVE SHOQERORE E SHENDETESORE(30.7%)	
60101.00	KONTRIBUTE PER SIGURIME SHOQERORE	
60111.00	KONTRIBUTE PER SIGURIMET SHENDETESORE (1.7 %)	
602.0000	MALLRA DHE SHERBIME TE TJERA	
6020.000	<u>MATERIALE DHE SHERBIME ZYRE DHE TE PERGJITHSHME</u>	
60201.00	KANCELARI	
60202.00	MATERIALE PER PASTRIM, DISINFECTIM, NGROHJE DHE NDRIÇIM	
60203.00	MATERIALE PER FUNKSIONIMIN E PAJISJEVE TE ZYRES	
60204.00	MATERIALE PER FUNKSIONIMIN E PAJISJEVE SPECIALE	
60205.00	BLERJE DOKUMENTACIONI	
60209.00	FURNIZIME DHE MATERIALE TE TJERA ZYRE DHE TE PERGJITHSHME	
6021.000	<u>MATERIALE DHE SHERBIME SPECIALE</u>	
60210.01	UNIFORMA DHE TE TJERA VESHJE SPECIALE	
60210.03	ILAÇE DHE MATERIALE MJEKESORE	
6022.000	<u>SHERBIME NGA TE TRETE</u>	
60220.01	ELEKTRICITET	
60220.02	UJE	
60220.03	SHERBIME TELEFONIKE	
60220.04	POSTA DHE SHERBIMI KORRIER	
60220.05	SHERBIM PER NGROHJE	
60220.07	SHERBIME BANKARE	
60220.08	SHERBIME TE SIGURIMIT DHE RUAJTJES	
60220.09	SHERBIME TE PASTRIMIT DHE GJELBERIMIT	
60220.10	SHERBIME TE PRINTIMIT DHE PUBLIKIMIT	
60220.11	KOSTO E TRAINIMIT DHE SEMINAREVE	
60220.99	SHERBIME TE TJERA	
6023.000	<u>SHERBIME TRANSPORTI</u>	
60231.00	KARBURANT DHE VAJ	
60232.00	PJESE KEMBIMI, GOMA DHE BATERI	
60233.00	SHPENZIMET E SIGURACIONIT TE MJETEVE TE TRANSPORTIT	
60239.00	SHPENZIME TE TJERA TRANSPORTI	
6024.000	<u>SHPENZIME UDHETIMI</u>	
60240.00	UDHETIM I BRENDSEHEM	
60241.00	UDHETIM JASHTJE SHTETIT	
6025.000	<u>SHPENZIME PER MIREMBAJTJE TE ZAKONSHME</u>	
60252.00	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E OBJEKTEVE NDERTIMORE	
60254.00	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E APARATEVE, PAJISJEVE TEKNIKE DHE VEGLAVE TE PUNES	
60255.00	SHPENZIMEVE PER MIREMBAJTJEN E MJETEVE TE TRANSPORTIT	
60258.00	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E PAJISJEVE TE ZYRAVE	

6026.000	<u>SHPENZIME PER QIRAMARRJE</u>	
60261.00	SHPENZIME PER QIRAMARRJE AMBJENTESH	
60263.00	SHPENZIME PER QIRAMARRJE PER APARATE DHE PAJISJE TEKNIKE, MAKINERI	
60264.00	SHPENZIME PER QIRAMARRJE MJETESH TRANSPORTI	
60269.00	SHPENZIME TE TJERA QIRAJE	
6029.000	<u>SHPENZIME TE TJERA OPERATIVE</u>	
60290.01	SHPENZIME PER PRITJE PERCJELLJE	
60290.02	SHPENZIME PER AKTIVITETE SOCIALE PER PERSONELIN	
60290.03	SHPENZIME GJYQESORE	
60290.04	SHPENZIME PER SIGURIMIN E NDERTESAVE DHE TE TJERA KOSTO SIGURIMI TE NGJASHME	
60290.05	SHPENZIME PER HONORARE	
60290.07	SHPENZIME PER PJESEMARRJE NE KONFERENCA	
60290.99	SHPENZIME PER TE TJERA MATERIALE DHE SHERBIME OPERATIVE	

Drejtori i Qendrës Shëndetësore

Drejtori i DRSKSH

Aneksi D

PLANIFIKIMI I SHPENZIMEVE TE RIMBURSIMIT PER QSH-në

Rimbursimi vjetor _____ Lekë.

Rimbursimi mesatar mujor _____ Lekë.

Tre mujori i parë: Total _____ Lekë
 Mesatarja mujore _____ Lekë

Tre mujori i dytë: Total _____ Lekë
 Mesatarja mujore _____ Lekë

Tre mujori i trete: Total _____ Lekë
 Mesatarja mujore _____ Lekë

Tre mujori i katërt: Total _____ Lekë
 Mesatarja mujore _____ Lekë

Shënim: Në rastet kur ka ndryshime të listës së barnave, DRSKSH do të përserisë negociimet me Drejtorët e QSH-së.

PASQYRA E REALIZIMIT TE BUXHETIT

Qendra shendetesore _____
 Periudha _____

(Raportim mujor, ne daten 5 te çdo muaji)

SHPENZIMET në Lekë

ANALIZA	E M E R T I M I	Nga Buxheti I kontraktuar		Nga te ardhurat nga burime te tjera	
		Muaji	Progresiv	Muaji	Progresiv
600.00	PAGA, SHPERBLIME E SHPENZ. TJERA PERSONELI				
6001.000	PAGA TE PERSONELIT TE PERHERSHEM				
60010.01	PAGA BAZE				
60010.02	RAPORTE MJKESORE TE PAGUARA NGA PUNEDHENESI				
60010.03	SHTESE PAGE PER VJETERSINE PUNE				
60010.04	SHTESE PAGE PER VESHITRESI DHE RREZIQE				
60010.05	SHTESE PAGE PER FUNKSIONIN				
60010.08	SHTESE PAGE PER KUALIFIKIM				
60010.13	SHTESE PAGE PER PUNE JAShte ORARIT				
60010.14	SHTESE PAGE PER PUNONJESIT QE RREGULLOHEN ME AKTE TE VEÇANTA				
60010.99	SHTESA PAGE TE TJERA				
6002.000	PAGA TE PERSONELIT TE PERKOHSHEM				
60021.00	PAGA ME KONTRATE PER KOHE TE KUFIZUAR				
60022.00	PAGA ME KONTRATE PER PUNE SEZONALE				
60029.00	TE TJERA PAGA ME KONTRATE				
6003.000	SHPERBLIME				
60031.00	SHPERBLIME PER REZULTATE NE PUNE				
60039.00	TE TJERA SHPERBLIME PER PERSONELIN				
6009.000	SHPENZIME TE TJERA PERSONELI				
60610.41	SHPENZIME PER SITUATA TE VESHITRA DHE FATKEQESI (Fondi I veçantë)				
	KONTRIBUTE TE SIGURIMEVE SHOQERORE E SHENDETESORE(30.7%)				

60101.00	KONTRIBUTE PER SIGURIME SHOQERORE					
60111.00	KONTRIBUTE PER SIGURIMET SHENDETESORE (1.7 %)					
	MALLRA DHE SHERBIME TE TJERA					
	<u>MATERIALE DHE SHERBIME ZYRE DHE TE PERGJITHSHME</u>					
60201.00	KANCELARI					
60202.00	MATERIALE PER PASTRIM, DISINFECTIM, NGROHJE DHE NDRIÇIM					
60203.00	MATERIALE PER FUNKSIONIMIN E PAJISJEVE TE ZYRES					
60204.00	MATERIALE PER FUNKSIONIMIN E PAJISJEVE SPECIALE					
60205.00	BLERJE DOKUMENTACIONI					
60209.00	FURNIZIME DHE MATERIALE TE TJERA ZYRE DHE TE PERGJITHSHME					
	<u>MATERIALE DHE SHERBIME SPECIALE</u>					
60210.01	UNIFORMA DHE TE TJERA VESHJE SPECIALE					
60210.03	ILAÇE DHE MATERIALE MJEKESORE					
	<u>SHERBIME NGA TE TRETE</u>					
60220.01	ELEKTRICITET					
60220.02	UJE					
60220.03	SHERBIME TELEFONIKE					
60220.04	POSTA DHE SHERBIMI KORRIER					
60220.05	SHERBIM PER NGROHJE					
60220.07	SHERBIME BANKARE					
60220.08	SHERBIME TE SIGURIMIT DHE RUAJTJES					
60220.09	SHERBIME TE PASTRIMIT DHE GJELBERIMIT					
60220.10	SHERBIME TE PRINTIMIT DHE PUBLIKIMIT					
60220.11	KOSTO E TRAINIMIT DHE SEMINAREVE					
60220.99	SHERBIME TE TJERA					
	<u>SHERBIME TRANSPORTI</u>					
60231.00	KARBURANT DHE VAJ					
60232.00	PJESE KEMBIMI, GOMA DHE BATERI					
60233.00	SHPENZIMET E SIGURACIONIT TE MJETEVE TE TRANSPORTIT					
60239.00	SHPENZIME TE TJERA TRANSPORTI					
	<u>SHPENZIME UDHETIMI</u>					
60240.00	UDHETIM I BRENDSEHM					

60241.00	UDHETIM JAShte SHtETIT				
	<u>SHPENZIME PER MIREMBAJTJE TE ZAKONSHME</u>				
60252.00	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E OBJEKTEVE NDErtIMORE				
60254.00	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E APARATEVE, PAJISJEVE TEKNIKE				
60255.00	SHPENZIMEVE PER MIREMBAJTJEN E MJETEVE TE TRANSPORTIT				
60258.00	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E PAJISJEVE TE ZYRAVE				
	<u>SHPENZIME PER QIRAMARRJE</u>				
60261.00	SHPENZIME PER QIRAMARRJE AMBJENTESH				
60263.00	SHPENZIME PER QIRAMARRJE PER APARATE DHE PAJISJE TEKNIKE, MAKINERI				
60264.00	SHPENZIME PER QIRAMARRJE MJETESH TRANSPORTI				
60269.00	SHPENZIME TE TJERA QIRAJE				
	<u>SHPENZIME TE TJERA OPERATIVE</u>				
60290.01	SHPENZIME PER PRITJE PERCJELLJE				
60290.02	SHPENZIME PER AKTIVITETE SOCIALE PER PERSONELIN				
60290.03	SHPENZIME GJYQESORE				
60290.04	SHPENZIME PER SIGURIMIN E NDErTESAVE DHE TE TJERA KOSTO SIGURIMI				
60290.05	SHPENZIME PER HONORARE				
60290.07	SHPENZIME PER PJESEMARRJE NE KONFERENCA				
60290.99	SHPENZIME PER TE TJERA MATERIALE DHE SHERBIME OPERATIVE				
	<u>SHPENZIME PER RRITJEN E AKTIVEVE TE QENDR. TE TRUPEZUARA</u>				
	<u>SHPENZIME PER RRITJEN E AKTIVEVE TE QENDR. TE TRUPEZUARA</u>				
2305.0000	SHPENZIME PER AKTIVE TE PATRUPEZUARA				
	<u>SHPENZIME PER RRITJEN E AKTIVEVE TE QENDR. TE TRUPEZUARA</u>				
23120.01	SHPENZIME PER NDErTESA ADMINISTRATIVE				
23129.00	SHPENZIME PER OBJEKTE TE TJERA NDErTIMORE				
23140.03	BLERJE PAJISJE QE SIGUROJNE ENERGI				
23140.06	BLERJE DHE INSTALIMI I KONDICIONEREVE				
23140.07	BLERJE MAKINERI PRINTIMI DHE GRAFIMI				
23140.13	BLERJE PAJISJE PER MBROJTJEN NDAJ ZJARRIT				
23140.17	BLERJE PAJISJE AUDIO-VIZUALE				
23149.00	BLERJE MJETE DHE PAJISJE TE TJERA TEKNIKE				
23150.01	BLERJE AUTOVETURA				

23180.01	BLERJE ORENDI ZYRE				
23180.02	BLERJE FOTOKOPJE				
23180.03	BLERJE KOMPJUTERA				
23180.04	BLERJE PAJISJE ELEKTROSHTPIAKE PER PERDORIM ZYRE				
23180.05	BLERJE FAKSE, TELEFONE, CELULARE				
23180.06	BLERJE OBJEKTE ARTI				
23190.03	SHPENZIME TE MEPASSHME PER OBJEKTET NDERTIMORE				
23190.05	SHPENZIME TE MEPASSHME PER APARATE, PAJISJE TEKNIKE E VEGLA PUNE				
23190.06	SHPENZIME TE MEPASSHME PER MJETE TRANSPORTI				
23190.09	SHPENZIME TE MEPASSHME PER PAJISJE ZYRASH				
	GJITHSEJ				

TË ARDHURA

ANALIZA	E M E R T I M I	Nga Buxheti i kontraktuar		Nga te ardhurat nga burime te tjera	
		Muaji	Progresiv	Muaji	Progresiv
	TE ARDHURA NGA ISKSH				
	TE ARDHURA NGA MINISTRIA E SHENDETESISE				
	TE ARDHURA NGA KOMUNA				
	TE ARDHURA NGA BASHKEPAGESAT				
	TE ARDHURA NGA DONATORET				
	TE ARDHURA NGA TARIFA E MJEKUT PER TE PASIGURUARIT				
	TE TJERA TE ARDHURA				
	GJITHSEJ				

GJENDJA E LLOGARISË NË FILLIM TË PERIUdhËS _____ GJENDJA E LLOGARISE BANKARE NE FUND TE PERIUdhES _____

EKONOMISTI I QSH

DREJTORI I QSH

Aneksi F

Mbi mirembajtjen e pajisjeve dhe programeve elektronike

Detyrat e Qendres Shendetesore

- 1- Qendra Shendetesore ka te drejte te perdori pajisjet kompjuterike me kohe te plote edhe per paketen e programeve qe i jane vendosur nga punonjesit e DRSKSH .
- 2- Qendra Shendetesore ka per detyre te mirembaje pajisjet kompjuterike. Mirembajta konsiston ne krijimin e kushteve teknike per funksionimin sa me te mire te ketyre pajisjeve si:
 - Vendosja e ketyre pajisjeve ne nje ambient pa lageshtire dhe temperatura te pranueshme per funksionimin e tyre.
 - Furnizim me energji elektrike nga nje linje me tension te vazhdueshem, krijimin e nje sistemi back-up-i energjie ose vendosjen e nje UPS-i.
- 3- Mirembajtja e pajisjeve kompjuterike (Pc, Momitor, UPS dhe Printer, nqs kane nje te tille) duhet te kryhet ne nje menyre periodike nga nje person i specializuar per sistemet baze te kompjuterave, i cili duhet te kontraktohet nga QSH ne marreveshje me DRSKSH-ne.
- 4- Qendra ka per detyre qe te krijojte dhe nje lidhje me Internet per arsye komunikimi me te shpejt me DRSKSH-ne dhe per transferimin e te dhenave ne menyre elektronike.

Detyrat e Specialistit te Kontraktuar nga QSH

1. Personi i kontraktuar nga QSH për mirëmbajtjen e pajisjeve kompjuterike duhet te jete i certifikuar ne perdorimin dhe administrimin e sistemeve kompjuterike ose te kete diplome universitare perkatese.
2. Ky person ka per detyre:
 - Mirembajtjen e pajisjeve kompjuterike nga ana e kushteve teknike dhe hardëare-ike.
 - Mirembajtjen rutine te pajisjeve kompjuterike ku perfshihen :
 - Mirembajtje Softëare-ike te programeve baze te PC, Ëindoës, Office(Ëord, Exel, Accces), Ëinrar, Nero, Adobe, Antivirus.
 - Up-date Ëindoës, Up-date Antivirus, Kontrolle dhe pastrime periodike te viruseve.
 - Instalimi i programeve te reja te kerkuara nga QSH ose riparimi i programeve ekzistuese te demtuara.
 - Monitorimi dhe mirembajtja e lidhjes se internetit.
 - Instalimi ose riparimi i lidhjes se PC me aksesoret periferike(tastiere, mouse dhe printerin).
 - Mirembajtjen, ruajtjen, mbrojtjen dhe shkembimin e te dhenave (elektronike dhe hard-copy) qe do te akumulohen ne QSH dhe qe do te percohen ne DRSKSH sipas afateve te percaktuara ne udhezimet perkatese.
 - Gjeneron dhe printon Raportet periodike te aplikacioneve sipas udhezimeve perkatese.
 - Njdekini trajnimet e nevojshme per sistemet e reja dhe azhornimet ne aplikacionet ekzistuese dhe jane te ngarkuar te trajnojne operatoret.
 - Siguron suport dhe ndihme per perdoruesit e SISH ose aplikacioneve te tjera.
 - Gjithashtu ky specialist duhet te ndjeko rekomandimet e specialistit IT ne DRSKSH lidhur me problematikat qe dalin gjate punes dhe lidhur me ndryshimet e lejuara ne softet e instaluara ne kete pajisje.
- 3 - Ne rast mosfunksionimi te pajisjeve kompjuterike kontaktohet me specialistin e DRSKSH-se (E- mail ose Telefon), per zgjidhen e problemit ne distance. Ne te kundert procedohet si me poshte:
 - a. Nqs difekti eshte softëare-ik dhe ne pamundesi te paraqitjes se specialistit ne QSH, atehere kjo pajisje duhet te transportohet nga qendra ne ambientet e DRSKSH-se dhe specialisti i DRSKSH eshte i detyruar ta ktheje PC ne gjendjen e meparshme, duke i rekuperuar te dhenat ekzistuese dhe te instaloje programin e demtuar ose te vendose paketen e programeve te pergatitur nga specialistet e ISKSH per keto pajisje.

b. Nqs difekti eshte hardëare-ik dhe pajisja eshte brenda garancise, atehere vihet ne dijeni firma qe mban keto garanci. Ne kete rast duhet qe firma si hap te pare te siguroje dhe te ruaj te dhenat ne pajisjen e demtuar pastaj te procedohet me riparimin e defektit teknik.

c. Ne rast kur garancia ka mbaruar atehere Qendra Shendetesore duhet të mbulojë të gjitha shpenzimet qe mund të kerkoje riparimi i kesaj pajisjeje dhe specilaisti i DRSKSH-se mund te asistojë ose jo ne kete proces.

- 5- Asnje person, pervec specialisteve te autorizuar (specialisti IT i kontraktuar nga QSH, specialisti IT i DRSKSH-se), nuk ka te drejte te vendosi, te heqe apo te ndryshojë konfigurimin ose programet e vendosura në keto pajisje. Ne cdo rast tjeter personi qe ka sjelle ndryshimet eshte pergjegjes per vonesat apo humbjet e informacionit dhe koston e aplikacioneve.
- 6- Specialisti i DRSKSH apo ISKSH ka per detyre t'i vendosi, te ndryshojë apo te shtojë programet e reja ose demtuara qe i nevojiten Qendres Shendetesore pas njoftimit qe i eshte bere specialistit nga kjo qender.

Detyrat e Operatorit qe hedh te dhenat elektronike

Te siguroje hedhjen e te dhenave (data-entry) te Formularit te Vizites dhe te gjitha te dhenave te tjera per SISH brenda periudhes se percaktuar pa lejuar mbetje dhe vonesa ndermjet periudhave.

Detyrat Kryesore:

1. Hedhja e sakte e formularit te vizites ne kompjuter
2. Evidentimi i formulareve me gabime dhe bashkepunimi me stafin e ofrueseve te QSH per plotesimin dhe rregjistrimin e sakte te formularit ne sistem sipas udhezimeve perkatese.
3. Ploteson normen ditore te vendosur ne perputhje me kontraten e punes me QSH .
4. Menaxhon formularet leter dhe cdo burim te shkruar informacioni me kujdes dhe ne perputhje me rregullat e vendosura.
5. Koordinon me pergjegjesin perkates per marrjen dhe dorezimin ditor te punes.
6. Njofton Administratorin e Sistemit (specialisti i kontraktuar) per problemet kompjuterike te postit te punes.

ANEKSI G

000001

FORMULARI I VIZITES

Institucioni

Nr. i Vizitës në Regjistër

Mjeku

Infermieri/-ja

Data e Vizitës

Kodi i Pacientit / Klientit

Emri, Atësia, Mbiemri

Data e Lindjes

ARSYEJA KRYESORE E VIZITES

1. ☐ Sëmundje Akute
2. ☐ Sëmundje
3. ☐ Kontroll Pas
4. ☐ Vizitë Kontrolli
5. ☐ Vizitë e Planifikuar e Gruas Shtatzanë
6. ☐ Vizitë Tjetër e Gruas Shtatzanë
7. ☐ Vizitë Pas Lindjes e Gruas Lehonë
8. ☐ Vizitë e Planifikuar Fëmijë i Shëndetshëm
9. ☐ Vaksininim
10. ☐ Planifikim
11. ☐ Edukim Shëndetësor
12. ☐ Ekzaminime
13. ☐ Tjetër

Seksi ☐ M ☐ F

Siguruar ☐ Po ☐ Jo

Martuar ☐ Po ☐ Jo

Vizitë në Shtëpi ☐ Po ☐ Jo

PVHP ☐ Po ☐ Jo

Vizitë e Planifikuar ☐ Po ☐ Jo

Referim ☐ Po ☐ Jo

Kohëzgjatja e Vizitës ☐ <10' ☐ 10'-20' ☐ >20'

Diagnoza (ICD9)

Kodet e Veçanta

1

1

2

2

3

3

Numri i Recetave

4

RR1 (Rimbursim të pjesshëm)

5

RR2 (Rimbursim të plotë)

6

RR3 (Pa Rimbursim)

7

000001

FORMULARI I PROCEDURAVE MJEKESORE

Institucioni				Infermieri/-ja						Kodi i Pacientit / Klientit									
Emri, Atësia, Mbiemri														Data e Lindjes					
Seksi ☐ M ☐ F				Siguruar ☐ Po ☐ Jo						Martuar ☐ Po ☐ Jo									
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												
Data e Vizitës						Vizitë në Shtëpi ☐	Kodet e Veçanta												

Shenim: Formulari i vizites dhe formulari i procedurave duhet te plotesohen saktesisht siç percaktohen ne Manualin per Plotesimin e Formularit te Vizites dhe te çdo akti te shperdare nga ISKSH-ja;

- Formulari do te konsiderohet i pavlefshem nese nuk plotesohen te gjitha te dhenat e domosdoshme, siç percaktohen ne kete manual: Kod institucioni, nr.rregjistri, kod mjeku (kur vizita kryhet nga mjeku), kod infermiere, data e vizites, kod pacienti, i siguruar – i pasiguar, seksi, statusi civil, vizite shtepi – institucion; (PVHP, Vizite e planifikuar, Referim, Kohezgjatje e vizites – kur vizita kryhet nga mjeku).
- Formulari do te konsiderohet i pavlefshem nese informacioni i plotesuar nuk ka sens llogjik, konkretisht nese plotesohen me shume se nje kuadrat tek “Arsyeja kryesore e vizites”, kur plotesohet kuadrati tek “Arsyeja kryesore e vizites” dhe nuk plotesohen kodet e diagozes dhe kodet e veçanta, ose kur keto kode nuk ju korrespondojne arsyes kryesore te vizites, sipas rastit;
- Formulari do te konsiderohet i pavlefshem nese paraqitet me korigjime dhe shkrimi eshte i palexueshem;
- Per te gjitha rastet, nenkuptohet qe vizita nuk do t’i llogaritet personelit te QSH-se dhe nuk do te jepet pagesa per kete vizite.

Tabela e Indikatorëve të QSH për marrjen e Pagesës për Aktivitet dhe Bonusi

Përshkrimi i indikatorit, duke filluar me njësinë matëse të përdorur	Llogaritja	Standardi i rezultatit të dëshiruar, dhe si do të aplikohet	Objektivi, Standardi, ose rezultati i dëshiruar
10% pagesa e aktivitetit			
Numri i vizitave të siguruarve për mjek në ditë në një muaj.	Vizitat totale të siguruarve të Mjekëve në QSH në muaj, pjesëtuar me numrin e ditëve të punës në një muaj dhe numrin e Mjekëve me kohë të plotë që punojnë në QSH.	QSH në qytet arrijnë 10 - 12 ose më shumë, QSH në fshat me 6 ose 9 (sipas zonës) ose më shumë, marrin të paktë 10%. Ato që arrijnë më pak marrin në përpjesëtim me arrijten.	QSh urbane: 10-12 vizita për MF/muaj; QSH Rurale: 9 zona fushore-kodrinore, 6 zona malore, vizita për MF/muaj.
5% Pagesa e Bonusit			
1- Përqindja e pacientëve të rregjistruar që janë vizituar për herë të parë brenda vitit nga QSH.	% e pacientëve të padublikuar të vizituar nga personeli i QSH (MF+infirmire) gjatë vitit, pjesëtuar me numrin total të personave të rregjistruar.	% duhet të jetë të paktën 25% në tremujorin e I-rë, 37% në të 2-in, 45% në të 3-in, 60% në të 4-in	% duhet të jetë të paktën 60% në fund të vitit. Është një indikator akumulues.
2- Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për 4 diagnoza të zgjedhura.	Kosto totale e recetave të rimbursuara për diagnozë të zgjedhur pjesëtuar me numrin e recetave të rimbursuara të diagnozës së zgjedhur.	Jo më shumë se 5 % mbi koston mesatare rajonale për diagnozë, për diagnozat e zgjedhura (përcaktuar nga kodi ICD9).	Kosto mesatare e recetës për diagnoza të zgjedhura nga D.R.S.K.SH -ja
3- Përqindja e pacientëve kronike të vizituar çdo muaj nga MF.	% e numrit të pacientëve kronike të vizituar të paktën një herë në muaj nga MF pjesëtuar me numrin e përgjithshëm të pacientëve kronike.	% duhet të jetë të paktën 95%.	Synimi është mbi 95%.
4- Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë të grave shtatzëna me nr. total te grave shtatzëna te	% e Nr. te grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë te shtatzanise, pjesëtuar me nr. total te grave shtatzëna te	% duhet të jetë të paktën 90%.	Synimi është mbi 90%.

de tyreueshme brenda tremujorit të pare te shtatzanise.	vizituara gjate 3-Mujorit.			
5. Përqindja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që marrin vizitat e detyrueshme brenda tremujorit, pjesëtuar me numrin total të fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç gjatë 3 mujorit.	% e nr. të fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që marrin vizitat e detyrueshme brenda tremujorit, pjesëtuar me numrin total të fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç gjatë 3 mujorit.	% duhet të jetë 100%	Synimi 100%	
6- % e fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të vaksinuar gjate 3-Mujorit.	% e Nr. të fëmijëve 0 – 14 vjeç qe jane vaksinuar, pjesëtuar me nr. e fëmijeve sipas grupmoshes te planifikuar per vaksinim gjate 3-Mujorit.	% duhet të jetë të paktën 95% e fëmijëve 0-14 vjeç të jene vaksinuar sipas kalendarit 3-Mujor	Synimi është më shumë se 95%.	
7. Përqindja e pacienteve te diagnostikuar me HTA qe kane vlerat e tensionit arterial brenda normave, pjestuar me numrin total te pacienteve te diagnostikuar dhe mjekuar me HTA ne QSh.	Nr. i pacienteve te diagnostikuar dhe mjekuar me HTA qe kane vlerat e tensionit arterial brenda normave, pjestuar me numrin total te pacienteve te diagnostikuar dhe mjekuar me HTA ne QSh.	1- Standart i normes se TA do te jete: a) -jo me i larte se 140-90 mmHg per personat vetem me HTA; b) - jo me i larte se 130-80 mmHg per pacientet me risk te lart; 2- jo me pak se 80% e pacienteve me vlera te TA brenda normave.	Synimi eshte me shume se 80%	
8. Përqindja e pacienteve me Diabet qe kane nivelin e glicemise esëll brenda normave	Nr. i pacienteve te diagnostikuar dhe mjekuar me Diabet qe kane vlerat e glicemise esëll brenda normave, pjestuar me numrin total te pacienteve te diagnostikuar dhe mjekuar me Diabet ne QSh	1- Standart i normes se glicemisë esëll do te jete: jo me i larte se 110 mcg/dl	Synimi eshte me pak se 80%	
9- Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm	% e personelit shëndetësor që merr pjesë në E.M.V pjesëtuar me numrin e përgjithshëm të stafit të përzgjedhur.	% duhet të jetë të paktën 90% e stafit të ketë marrë pjesë në një trajnim te planifikuar nga Q.SH e të njohur si pjesë e E.M.V.	Synimi është mbi 90%.	

DEKLARATA E AKTIVITETIT MUJOR

(-MI-)

Periodi
citeti:
Afati:
Data e
fundit
e
muajit

Mujore

Aneksi J

DRSKSH

ASK
SH

Mu
aji

Viti

Kodi
i mjekut qe zevendesohet

(Plotesohet nga mji. Pergj dhe i Familjes)

Deklaroj nen pergjegjesine time:

Kategorite	Femije 0-12 muaj	Inv.ite plote	Inv.pjeshhem	Inv.lufte	TBC	CA	Veterane	Nxenes, student > 14vj.	Pensioniste	Te paifte mendor e fizik	Te mihme,asistence papune,	Gra me lejje lindje	Ushtare	Aktive	Raste te vecanta	Jetim	Te sig.vull.	Femije 1-14vj.	Te verber	Totali
Nr Kat	01	02	03	04	05	06	07	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Nr. I Banoreve ne fund te muajit																				

Te dhenat per aktivitetin mujor jane si me poshte:

Shenim: Rreshti II "Nr Kat" te kesaj faqe te perdoret per plotesimin e "Nr Kat" te faqeve 2-3

Kod
i
i
mje
kut

Nr.fem. 0-14 vjec te planifikur
per tu vaksinuar:

Nr. fem. 0-14 vjec te vaksinuar:

Nr.Total Semureve Kronike:

Firma, Vula

FORMULARI I REGJISTRIMIT TE MJEKUT/INFERMIERE

(Kontrate provizore, kur mbulon banore te nje QSH tjeter)

Rrethi: _____

Qendra Shëndetësore: _____

P.Shendetesore./Fshati (1): _____

P.Shendetesore./Fshati (2): _____

P.Shendetesore./Fshati (3): _____

P.Shendetesore./Fshati (4): _____

P.Shendetesore./Fshati (5): _____

P.Shendetesore./Fshati (6): _____

Emri: _____

Atësia: _____

Mbiemri: _____

VETEM PER MJEKUN

Popullsia: _____

Kroniket: _____

Plani i Rimbursimit: _____

Kodi Personal (DRSKSH): _____

Data e Fillimit të Kontratës: ____ / ____ / ____

FORMULARI I Ç'REGJISTRIMIT TE MJEKUT/INFERMIERE (Kontrate definitive/provizore)

Rrethi:	_____
Qendra Shëndetësore:	_____
Emri:	_____
Atësia:	_____
Mbiemri:	_____
Kodi Personal (DRSKSH):	_____
Data e Perfundimit të Kontratës:	____ / ____ / _____

**ANEKSI 7 : Udhëzimi Nr. 4 Datë 24.04.2008 “Për pagesën bazuar në
aktivitet dhe pagesa bonus tremujore”**



REPUBLIKA E SHQIPERISE

Rruga Sami Frasheri, Nr.8 Tiranë (ALBANIA) Tel/Fax. +355

4 232815

Nr. _1000 Prot.

Tirane me 24/ 04 /2008

UDHEZIM

Nr. 4 Dt 24 / 4 / 2008

**PER PAGESEN BAZUAR NE AKTIVITET DHE PAGESA BONUS
TREMUJORE**

Ne mbështetje të Ligjit Nr 7870, datë 13.10.1994 ”Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, të V.K.M Nr. 857 datë 22.10.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor përsor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, të V.K.M Nr 680 datë 10.10.2007 “Për disa ndryshime të V.K.M Nr. 857 datë 13.10.2006” dhe të vendimit të Këshillit Administrativ Nr.58 Dt.27.12.2007 “Për miratimin e Kontrates QSH 2008”:

UDHEZOJ:

Te ndiqet praktika e mëposhtme për matjen dhe vlerësimin indikatorëve të performancës dhe të cilësive në Qendrat Shëndetësore.

1. Pagesa Mujore Bazuar në Aktivitet (PA)

Në **nenin 4** të kontratës që i përket pagesës së Q.SH ndërkohë është shprehur për Pagesën Mujore Bazuar në Aktivitet (PA) e barabartë me 10% të buxhetit të Q.SH dhe që D.R.S.K.SH/Dega ja kalon këto pagesë Q.Sh jo më vonë se dita e fundit e muajit pasardhës.

Për matjen dhe vlerësimin e këtij indikator i duhet:

- Evidencim me të saktë në regjistrat përkatës të të gjithë personave **te siguruar*** që kërkojnë shërbim në Q.SH sic janë ato të Rr.themeltar, të vizitave, analizave laboratorike e bakteriologjike, egzaminimet e ndryshme, konsultave, keshillimeve.
- Një raportim me të saktë të shërbimeve që ofron Q.SH pranë D.R.S.K.SH-se.
- Dërgim të evidencave sipas afatëve të caktuara kohore që ju kërkojnë në zbatim të kontratës.
- Evidencim me të saktë të ditëve të punës për MPF dhe të të gjithë personelin e kontraktuar gjatë muajit (Për llogaritjen e këtij indikator i zbriten ditët e

pushimit zyrtar, te festave zyrtare, te lejeve te zakonshme e te raporteve mjeksore per mjeket gjate muajit).

Me poshte po japim dy shembuj per dy Q.SH te ndryshme dhe per mjeke te kategorive te ndryshem qe mund te jene ne stafin e Q.SH.

- **Shembull 1:** Qendra Shendetesore **X** qe shtrihet ne nje Bashki te caktuar ka te parashikuar ne buxhetin per aktivitet per muajin 100 mije leke. Numeri i diteve te punes per nje muaj per mjeke eshte 26 dite (psh. per muajin Prill). Qendra ka ne perberje te saj 2 MP. Numeri i parashikuar i vizitave ditore per kete qender eshte 12 vizita (2 MPF per gjithe grupmoshat ose $24/2$). Ne qofte se per nje muaj keta dy mjeke kane realizuar gjithesej 500 vizita, pra numeri i vizitave ditore rezulton 9.62 vizita ($500/2/26$ dite), duke patur parasysh qe buxheti i planifikuar per aktivitet eshte 100.000 leke, **atehere DRSKSH/Dega do te financoje per llogari te Q.SH 81.000 leke** ($9.62/12 \times 100.000$). Nese numeri i vizitave ditore i realizuar eshte 12, ose me i larte se 12, atehere qendres do ti financohet 100 % e buxhetit per aktivitet ose shuma 100.000 leke.

Per qendrat shendetesore te cilat kane kontrate me MPF per femije dhe MPF per te rritur, kerkohet qe keto qendra te raportojne prane DRSKSH/Deges numurin mesatar te vizitave ditore te parashikuara sipas kontrates.

- **Shembull 2.** N.q.s qendra shendetesore **Y** ka 1 MPF per femije dhe 1 MPF per te rritur, do te thote qe numuri mesatar i vizitave ditore per kete qender eshte 11 ($1 \text{ MPF per femije} \times 10 \text{ vizita} + 1 \text{ MPF per rritur} \times 12 \text{ vizita})/2$). Ne qofte se per nje muaj keta dy mjeke kane realizuar gjithesej 500 vizita, pra numuri i vizitave ditore rezulton 9.62 vizita ($500/2/26$ dite), duke patur parasysh qe buxheti i planifikuar per aktivitet e 100.000 leke, atehere DRSKSH/Dega do te financoje per llogari te qendres shendetesore 88.000 leke ($9.62/11 \times 100.000$). Nese numuri i vizitave ditore i realizuar eshte 11, ose me i larte se 11, atehere qendres do ti financohet 100 % e buxhetit per aktivitet ose shuma 100.000 leke.
- *E njejta rruge qe u permend me lart do te ndiqet edhe per mjeket specialiste qe punojne ne Q.SH. ku standarti i kerkuar per kete kategori mjekesh per viziten ne dite eshte sic eshte pershkruar ne kontraten e mjekut specialist, **10 vizita ne dite**.*

Te siguruar*

Ky term do te kuptohet ne zbatim te V.K.M. Nr 87 date 13.2.2003; Udhezimit Nr 8 date 13/05/2003 te Ministrit te Shendetesise dhe te gjithe udhezimeve te tjera te I.S.K.SH-se ne lidhje me kete kategori.

2. Pagesa per bonusin 5%

Ashtu si edhe vitin e kaluar ne kontrate jane futur indikatorët e cilesise se sherbimit qe korrespondon me Pagesen Bonus te barabarte me 5% te buxhetit te Q.SH.

Theksojme se ashtu sic eshte pershkruar edhe ne kontrate dhenia e pageses Bonus do ti jepet Q.SH nga D.R.S.K.SH/ Dega ne kater keste bazuar ne aktivitetin tremujor dhe jo me vone se dita e fundit e muajit te pare te tremujorit pasardhes.

Tabela e pikeve te indikatoreve

	Indikatori	Piket
1	Përqindja e pacientëve të rregjistruar që janë vizituar për herë të parë (PVHP) brenda vitit nga MF	15
2	Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për diagnoza të zgjedhura.	20
3	Përqindja e pacientëve kronike të vizituar cdo muaj nga MF.	15
4	Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë te barres.	15
5	Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjec të vaksinuar plotesisht.	20
6	Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.	15
	TOTAL	100

Ne rast se nje Q.SH kap 100 pike ne fund te nje 3-Mujori ajo perfiton 5% e Bonusit
Dhe ne rast se kjo shifer nuk arrihet atehere Q.SH. do te perfitoje proporcionalisht me nivelin total te pikeve, dmth ne rast se QSH arrin 50 pike do te marre 50% te vleres totale te 5%.

Me poshte po japim disa shembuj te llogaritjes se cdo indikatori.

INDIKATORI 1

Qellimi i vendosjes se ketij indikatori eshte qe Q.SH dhe i gjithe stafi i saj te jene ne nje kontakt me te ngushte me popullsi ne cilen ata mbulojne. Rritja e kontakteve me banoret e rregjistruar ne zonen e mbulimit, njohja me e mire e situates se semundshmerise, njohja e situates epidemiologjike, rritja e nivelit te imunizimit per 0-14 vjecaret, ndjekja rigoroze te gruas shtatzane do te ishin rezultatet e arritjes se ketij indikatori.

Ne menyre qe nje Q.SH. te arrije piket maksimale 15 per cdo 3-Mujor duhet qe ne 3-Mujorin e pare te arrijne ne shifren **25%** te P.V.H.P per te gjithe pacinetet e rregjistruar ne Q.SH / ne 3-M e II te kape shifren **12%** / ne 3-M e III te kete arritur **8%** dhe ne 3-M e IV te arrije **15%** te P.V.H.P per te gjithe pacientet e rregjistruar ne Q.SH, çka ne total korresponon me **60%** qe eshte dhe standarti qe duhet arritur ne fund te vitit. **Theksojme se nuk duhet te kete mbivendosje te pacienteve ne raportimet per kete indikator.**

Menyra e llogaritjes se ketij indikatori:

$$\frac{\text{Nr i P.V.H.P ne 3-Mujor}}{\text{Nr. Pacient. te rregjistruar ne 3-mujor}} \times 100 = \text{vlera ne \% (=>25\% 3-M I) (=>12\%}$$

Shembull:

Q.SH. ka 3 MPF dhe ka te rregjistruar 6000 pacinte.

Ne 3-M e I P.V.H.P-ja eshte ne shifren 1150 (per te gjithe MPF te Q.SH.)

Formula:
$$\frac{1150}{6000} \times 100 = 19.2\%$$
 Ne kete rast kjo Q.SH nuk ka kapur 25% keshtu qe

nuk perfiton 15 piket e kerkuara. Ne kete rast duhet llogaritur se sa eshte sasia e pikeve qe Q.SH ka kapur dhe ne baze te 19.2%. Pas kalkulimeve $19.2 \times 15 / 25 = 11.5$ pike.

Kjo vlere do te mblidhet me piket e pese indikatoreve te tjere dhe ne baze te tyre do te jepet dhe Bonusi.

Ne 3-Mujorin e II per shembull P.V.H.P eshte 750. Ne kete rast $750 \times 100 / 6000 = 12.5\%$

Pra per 3-Mujorin e dyte Q.SH. arrin perqindjen e kerkuar per 3 mujorin dhe si rrjedhim perfiton piket e plota per kete indikator ne kete 3-M qe eshte **15**, pavaresisht se perqindja progresive eshte poshte 37%. Sipas shembujve te mesiperm Q.SH ne 3-m e I fiton 11.5 pike dhe ne 3-M e II fiton 15 pike te plota.

Me kete llogjike veprohet dhe per dy 3-M e tjere.

INDIKATORI II

Ky indikator ka te beje me koston mesatare te recetes per Dg. per diagnoza te zgjedhura ne baze rajoni. Diagnozat do te percaktohet nga cdo Drejtori Rajonale/Dege dhe do t'ju behen te ditur te gjitha Q.SH te rajonit pas mbylljes se 3-mujorit.

Gjithsej do te nxirren 4 diagnozat me vlere me te larte rimbursimi ne nivel rajoni ne perfundim te cdo 3-Mujori, ku ne vend te pare vendoset ajo Dg. qe ka vleren me te larte nga te 4 diag, ne vend te dyte ajo me vlere pak me te ulet se e para e keshtu me rradhe. Per cdo diagnoze do te kete 5 pike qe ne total plotesojne 20 pikeshin e kerkuar per kete indikator.

- Rendesia e ketij indikator qendron ne rendesine qe ka mjekimi me kostoeftektivitet i pacienteve.
- Ne te njejten kohe vleresimi i ketij indikator ben te mundur respektimin e vlerave te rimbursimit per mjekun, Q.SH dhe rajonin ne pergjithesi.

Shembull.

Le te supozojme se ne Rajonin e Tiranes HTA ka rezultuar Dg. me vleren me te larte ne 3-m e pare.

Ne rajonin e Tiranes jane 5000 receta me HTA kete 3-mujor dhe qe vlera totale e tyre eshte 2,500,000 leke.

Kostoja mesatare per recete per kete Dg. per Rajonin e Tiranes eshte:

2500000 Vlera totale e rec. me HTA ne 3-M ne rajon = 500
leke/receta

5000 Num i rec. me HTA dhene nga MPF-te ne 3-M ne rajon

Me te njejten formule llogaritet kostoja mesatare per recete per Dg. te caktuar per cdo Q.SH te vecante dhe per shembull per QSH Petrele, ku rezulton 550 leke/ kosto mesatare e nje recete me HTA per kete qender. Ne kete rast diferenca e koston mesatare per recete per HTA ne Petrele eshte 10% me e madhe se mesatarja e rajonit per kete diag. dhe kjo Q.SH merr 0 pike (*Llogjika e arritjes se ketij indikator eshte qe per nje Q.SH ne rast se kostoja mesatare e nje Dg. eshte me shume se 5% e asaj mesatare rajonale ateher Q.SH merr 0 pike dhe e kunderta nen 5% e merr 5 pike per cdo Dg*).

Por kjo qender koston mesatare te diagnozes se II qe le te supozojme se eshte Astma Bronkiale eshte ne shifren 4.5% mbi koston mesatare rajonale, ateher qendra fiton 5 pike per kete dg. Me kete rruge do te veprohet edhe per dy diagnozat e tjera. Ne fund te 3 -M le te supozojme nuk arriti te kape standartin per HTA por ka kapur standartin per 3 diag. e tjera dhe ne total perfiton **15 pike** nga 20 te mundeshme. Ne rast se nje

Q.SH nuk ka leshuar asnjë recetë për atë 3-mujor për njerë nga të katër Dg. atëherë Q.SH përfiton 5 pikë për atë Dg.

INDIKATORI III

Ky indikator është vendosur për të patur një ndjekje me të mirë e sa me korrekte të të semurëve kronike. *Theksojme se për llogaritjen këtij indikator një pacient kronik raportohet vetëm një herë në muaj edhe pse ai mund të paraqitet prapë Q.SH 2,3 ose 4 herë në muaj për probleme të ndryshme..*

Me anë të këtij indikator synohet :

- Një njohje me të mirë dhe me nga afër të situatës të të semurëve kronike dhe të semundshmerisë kronike nga Q.SH
- Planifikimi i vizitave nga cdo MPF për këto kategori pacientesh si dhe ndjekja e tyre.

Llogaritja:

Nr. Pac. Kronik vizituar cdo muaj _____ x 100 = > 95%

Nr. Total të pacientëve kronik të rregj. në Q.SH për muajin

E njëjta llogjike përdoret edhe për dy muajt e tjerë dhe përqindjet e dalës pjestohen me 3 për të nxjerrë vlerën mesatare të 3-Mujorit.

Shembull: 244 vizituar në muaj. x 100 = **81.3% Muajin e I**
300 pac. Kron të rregj.

237 të viz. Muajin e II x 100 = **79% muajin e II**
300 pac kron. të rregj

200 të viz. në muaji III x 100 = **66.2% muajin III**
302 pac. kron. të rregj

$(81.3 + 79 + 66.2) / 3 = 226.5/3 = \mathbf{75.5\%}$ për të gjithë 3-Mujorin

Për 75.5 % Q.SH nuk do të përfitojë jo 15 pikë që është standarti (95%) por sipas llogaritjeve $75.5 \times 15/95 = \mathbf{11.9}$ pikë.

Theksojme se njohja reale dhe ndjekja në vazhdimësi e semundshmerisë kronike në zonën mbulimit të Q.SH, evidentim i saktë i të semurëve kronikë në rregjistrat përkatës, raportimi i saktë në formularin M1, do të bëjnë të mundur vlerësimin dhe arritjen e saktë të këtij indikator.

INDIKATORI IV

Ky tip indikator aplikohet në shumë vende të botes si indikator cilësie. Me anë të këtij indikator në synojmë

- Të kemi një njohje me të mirë të situatës së shtatzanisë për zonën që mbulon një Q.SH duke bërë depistimet e nevojshme të këtij kontigjenti popullsie.
- Kapjen e shtatzanisë tek gratë në 3-M e I të barres e cila është e një rendësie të vecantë për shëndetin e nënës dhe të fëmijës.
- Ndjekjen në vazhdimësi deri në lindje të grave shtatzana duke zbatuar me rigorozitet të gjitha vendimet, udhëzimet dhe protokollin e shëndetit riprodhues në R.SH.
- Impenjim me të madh të të gjithë stafit Mjek/Infermier/Mami.

Llogaritja:

Ky indikator do të matet në bazë të numrit të grave shtatzanë të vizituar për herë të parë në 3-mujorin e parë të barres mbi numrin total të grave shtatzanë të vizituar për herë të parë gjatë një 3-mujori. Konkretisht në një Q.Sh janë vizituar gjatë një 3-

Mujori (Janar-Mars) 30 gra shtatzane per here te pare dhe nga keto 22 kane qene ne 3-Mujorin e pare te barres dhe 8 prej tyre mbi 3-mujorin e pare te barres. Ne kete rast per llogaritjen e ketij indikator do te veprohet si me poshte:

Nr. Grave te viz. ne 3-M e I te barres per here te pare ne nje 3-Mujor x 100 => 90%

Nr. total i Grave te viz. per here te pare ne te njejtin 3-Mujor

22(te viz. per here te pare ne 3-m e pare te barres) x100 = 73.3%

30(22+8(mbi 3-m e pare te barres) ne total gjate nje 3-M

Pra nga te gjitha grate shtatzane te vizituara per here te pare ne 3-Mujorin (p.sh Janar-Mars) 73.3% e tyre jane vizituar (u kapen) ne 3-mujorin e pare te barres. Kjo eshte nje shifer e kenaqeshme por jo ne standartin e kerkuar per te marre maksimumin e pikeve per kete indikator ne kete 3-mujor qe eshte 90% ose e konvertuar ne pike, 15.

Sipas llogaritjeve (73.3x15)/90 =**12.3 pike**. Pra Q.SH per kete 3-M perfiton 12.3 pike nga 15 qe eshte maksimumi.

INDIKATORI V

Me ane te ketij indikator synohet

- Q.SH dhe i gjithe stafi i saj te njohin ne menyre me rigoroze situaten e vaksinimit per kategorine 0-14 vjec dhe angazhimin me te madh ne pune te personelit infermier/mami,
- Zbatim rigoroz i te gjithe rregullave e protokolleve dhe kalendarit te vaksinimit ne R.SH
- Luajtja e nje roli me te madh ne procesin e vaksinimit nga ana e MPF sidomos ne zonat rurale si psh. berja e vizites nga ana e Mjekut perpara vaksinimit.
- Administrimi i nje dokumentacioni shume te sakte prane Q.SH per ceshtjen e vaksinimit dhe raportim te sakte te ketij aktiviteti prane D.R.S.K.SH-ve.

Llogaritja: Num.i femijeve 0-14 te vaksinuar sipas kalendarit x 100 => 90%

Num. i pergjith. te fem 0-14 qe ka te regjistruar Q.SH

Shembull 1: 620 num. Fem.0-14 te vaks. x 100 = **96.8%**

640 num. Num.total i femijeve 0-14 ne Q.SH

Ne kete rast me 96.8% sipas llogaritjeve i qe Q.SH te perfitoje **20 pike** qe eshte max. per kete indikator.

Shembull 2: 540 num. Fem.0-14 te vaks. x 100 = 84.3%

640 num. Num.total i femijeve 0-14 ne Q.SH

Ne kete rast qe indikator nuk eshte realizuar ne nivelin e kerkuar 90% por ne masen 84.3% dhe piket qe do te marre jane proporcionalisht me realizimin (84.3x20)/90=18.7 pike nga 20 pike qe jane maksimumi

Shenim: *Per t'ju ardhur ne ndihme persa i perket indikatoreve IV dhe V Drejtorive Rajonale/Degeve, ju eshte dhene udhezimi Nr. 146 Date 11/04/2003 te Ministrit te Shendetesise.*

INDIKATORI VI

Ky eshte indikator i fundit i tabelës por jo i fundit per nga rendesia e tyre. Edukimi Mjekësor i Vazhdueshëm (E.M.V) eshte nje indikator i vleresuar nga te gjitha Sherbimet Shendetesore Paresore ne vendet e zhvilluara, dhe merr nje rendesi te vecante per vendin tone per te ngritur kapacitetet tona profesionale ne nivele me te larta e per pasoje rritjen e cilesise se sherbimit ndaj pacienteve.

ISKSH inkurajon te gjithe stafet drejtuese te Q.SH. te krijojne lehtesira per personelin qe te marrin pjese ne te gjitha llojet e trajnimeve qe njihen dhe organizohen nga MSH ne nivel lokal, kombetar apo te organizuara nga partneret tane e te huaj qe operojne ne Shqiperi. Çdo trajnim duhe te rregjistrohet e te dokumentohet nga ana e Q.SH. ne menyre qe raportimi te jete i sakte dhe i verifikueshem.

Standarti sic edhe duket ne Aneksin D te kontrates eshte jo me pak se 90% per te perfitur 15 pike.

Formula : $\frac{\text{Nr. Personelit qe ka marre pjese ne te pakten 1 trajnim}}{\text{Nr. Total i personelit mjeksor te programuar per trajnim ne 3-M}} \times 100 = >90\%$

Nr. Total i personelit mjeksor te programuar per trajnim ne 3-M

Shembull : $\frac{14}{25} \times 100 = 56\%$

Me 56% ne baze llogaritjeve i takon qe Q.SH te perfitoje **9.3 pike** nga 15 te mundeshme.

**Per kete vit ky indikator do te marre piket e plota per QSH ne ato rrethe ku nuk ka mundesi trainimi, sepse nuk ka akoma ne te gjitha vendin mundesi per trainimin e personelit mjeksor.*

Tabela e realizimit te indikatoreve ne kete shpjegues per **3-mujorin e I** paraqitet si me poshte:

INDIKATORET	STANDARTI I PIKEVE	PIKET E ARRITURA
INDIKATORI I	15	11.5
INDIKATORI II nen 5%	20	15 (kosto rezultoi per tre Dg.)
INDIKATORI III	15	11.9
INDIKATORI IV	15	12.3
INDIKATORI V	20	20
INDIKATORI VI	15	15

Total 100 Tot. i arritur ne fund te 3-M **85.7 pike**

Ashtu sic verehet ne kete tabele ne fund te tremujorit te pare nje Q.SH ka arritur te grumbulloje 85.7 pike nga 100 te mundeshme. Q.SH do te marre si bonus jo 5% e buxhetit sipas kontrates por **85.7%** te vleres totale te 5%.

Ky shembull del me mosarritje te pikeve te kerkura per te perfitur bonusin ne masen maximale dhe eshte bere me qellimin e mire per te kuptuar nje rast mosrealizimi te indikatoreve por ne urojme qe realizimi te jete ne masen 100% ne menyre stafet e Q.SH-re te arrijne te shperblehen sa me mire per punen e tyre dhe sherbimi te ngrihet ne nje nivel me silesor.

Bashkengjitur ketij udhezimi do te gjeni dhe formularin M1 te permiresuar per te mbledhur te dhenat per tremujorin ne vazhdim si edhe programin kompjuterik per analizimin e indikatoreve perkates.

Shfuqizohet pika II "Per disa ndryshime ne udhezimin Nr,261 prot. Dt. 6.02.2007 per zbatimin e buxhetit te vitit 2007" e Udhezimit Nr. 617 prot. Date 4.4.2007 ne lidhje me pagesen bazuar ne aktivitet per QSh.

Spektori i Mjekut dhe Ekonomik jane pergjegjes per zbatimin e ketij udhezimi.

Elvana HANA
DREJTORE E PERGJITHSHME

**ANEKSI 8 : Udhëzimi Nr. 4, Datë 21.04.2010“Për llogaritjen e
pagesës mujore bazuar në aktivitet dhe pagës bonus
tremujore të QSH**



REPUBLIKA E SHQIPERISE

Rruga Sami Frasheri, Nr.8 Tiranë (ALBANIA) Tel/Fax. +355 4 232815

Nr. 864 Prot.

Tirane me 21/ 04 / 2010

UDHEZIM

Nr. 4 Dt 21 /04 / 2010

PER

**LLOGARITJEN E PAGESËS MUJORE BAZUAR NE AKTIVITET DHE
PAGESËS BONUS TREMUJORE TE QSH**

Në mbështetje të Ligjit Nr. 7870, date 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, të V.K.M Nr. 857 datë 20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, të ndryshuar dhe të Kontratave të Financimit të QSH-ve:

UDHËZOJ:

Për vlerësimin dhe matjen e indikatorit të performancës dhe të indikatorëve të cilësisë të realizuar nga qendrat shëndetësore, të ndiqet praktika e mëposhtme:

I. Llogaritja e Pagesës Mujore Bazuar në Aktivitet 10 % (PA)

Në kontratën e lidhur ndërmjet DRSKSH/DSKSH-së dhe QSH-ve, një ndër zërat e financimit të shërbimeve shëndetësore të ofruar nga qendrat shëndetësore është pagesa mujore bazuar në aktivitet, e cila është e barabartë me 10 % të buxhetit të QSH-së të akorduar për vitin ushtrimor.

Kjo pagesë i kalohet QSH nga DRSKSH/DSKSH-ja, jo më vonë se dita e fundit e muajit pasardhës.

Siç përcakton kontrata, baza e matjes së këtij indikator është plotësimi i saktë i formularit të vizitës nga ana e mjekëve të kontraktuar me QSH-në, bazuar në Manualin e Plotësimit të Formularit të Vizitës dhe shkresës së ISKSH nr. 383 prot datë 22.02.2010 “Sqaruese për plotësimin e Formularit të Vizitës për evidentimin e indikatorëve të QSH-së”.

Për vitin 2010, për të shmangur gabimet e mundshme, llogaritja e këtij indikator do të përftohet me dy mënyra:

- Sipas mënyrës së parë, ky indikator del direkt nga programi i hedhjes së formularit të vizitës me të gjitha përlllogaritjet e mundshme. Nga administratori i SISH

printohet në dy kopje kjo tabelë, e cila pas konfirmimit një kopje i dërgohet QSH-së dhe një kopje depozitohet në DRSKSH.

- Sipas mënyrës së dytë do të ndiqet procedura e mëposhtme:

Pas hedhjes së formularëve të vizitës në programin e Sistemit të Informacionit Shëndetësor, administratori i programit (në DRSKSH/DSKSH dhe në QSH), kalon të dhënat e përfuara nga hedhja e formularit të vizitës në një faqe *excel*. Të dhënat që përftohen nga programi i SISH, hartohen në dy kopje, të cilat duhet të konfirmohen nga QSH-ja dhe DRSKSH-ja. **Përpara se të llogaritet indikator i performancës, QSH-së i lihet një kohë në dispozicion për të shprehur ndonjë pasaktësi të të dhënave, ku nëse paraqiten, bëhen rregullimet e mundshme nga të dy palët.**

Tabela përmban të dhëna nga ana sasiore dhe përlllogarit realizimin e indikatorit në nivel mjeku, QSH-je dhe Rajoni. **Nga kjo table do te merren vetem nr. i vizitave mujore per çdo mjek të përgjithshëm dhe të familjes, sipas QSH-ve.**

Pas kësaj, nga Sektori i Kujdesit Shëndetësor Parësor, të dhënat e përfuara nga hedhja e formularit të vizitës, hidhen në një tabelë, e cila për të shmangur gabimet e mundshme dhe për ta standartizuar në të gjitha rajonet, është hartuar e gatshme nga ana jonë në format *excel*.

Kjo table i bashkangjitet këtij udhëzimi dhe njëkohësisht është dërguar dhe elektronikisht me formula të plotësuar. Tabela përmban të dhënat e mëposhtme:

Nr.	Zona	Q.SH	Mjeku	Nr. diteve pune	Norma sipas Zonave	Nr.vizit Mujore	Mes/dito re/vizite	% e realizimit	% e perf itimit	Ndrysh ime
-----	------	------	-------	-----------------	--------------------	-----------------	--------------------	----------------	-----------------	------------

Nga ana e personit përgjegjës të KSHP, në këtë tabelë do të hidhen këto të dhëna:

1. Tek kollona “Zona” do te plotësohet vendi ku ndodhet QSH-ja, psh., nëse është në bashki, do shënohet “Bashki”, nëse është komunë, do të shënohet Komuna zona fushore/kodrinore, dhe Komuna zona malore/thelle malore. Pastaj do të plotësohen emrat e mjekeve me rradhë, sipas QSH.

2. Tek kollona Nr. diteve të punës, do të plotësohet numri i ditëve të punës që ka qenë mjeku në punë sipas list-prezences ditore të bërë nga Drejtori i QSh-së dhe mbi bazën e të cilës është llogaritur pagesa e personelit shëndetësor. Në këtë kollonë nuk përfshihen nr. i ditëve kur mjeku ka qenë me raport mjeksor ose me pushime. Kjo e dhënë do t’u kërkohej çdo muaj drejtorëve të QSH-së dhe do t’i bashkangjitet përlllogaritjes së indikatorit.

3. Tek kollona “Norma sipas zonave”, plotësohet sipas rastit norma e përcaktuar në kontratë, përkatësisht si më poshtë:

- Ne qytet MP/F për të gjitha moshat, MP/F për të rritur 12 vizita ne nje dite.
- Ne qytet MP/F per femije 10 vizita ne nje dite.
- Ne komune MP/F zone fushore/kodrinore 9 vizita ne nje dite.
- Ne komune MP/F zone malore/e thelle malore 6 vizita ne nje dite.
- Ne qytet MP/F për studentët 9 vizita ne nje dite.

4. Tek kollona “Nr. i vizitave mujore”, plotësohet nr. i vizitave për çdo mjek të përgjithshëm dhe të familjes që dalin nga programi i hedhjes së formularit të vizitës, sipas tabelës përkatëse të printuar nga administratori i programit.

5. Në kollonën “Nr. mesatar i vizitave ditore”, nga llogaritja e raportit Nr. mujor i vizitave/ nr. e ditëve të punës, del mesatarja ditore e numrit të vizitave për çdo mjek.

6. Kollona “% e realizimit”, nga llogaritja raportit të kollonës “mesatares ditore e vizitave”/ kollonën “Norma sipas zonave”, shumëzuar më 100”, përcaktohet realizimi në përqindje i indikatorit të performancës për QSH-në dhe për çdo mjek.

7. Kollona “% e përfitimit”, llogarit % e përfitimit në nivel QSH. Kjo kollonë plotësohet vetëm për totalin e të dhënave të mësipërme për QSH-në, e cila llogaritet si mesatare e ponderuar dhe nuk duhet të jetë më **shumë se 100%**.

8. Kollona “shënime”, plotësohet në rastin e raporteve, pushimeve, etj.

Pas përfundimit të kësaj procedure, të dhënat e konfirmuara nga Drejtori i Drejtorisë, Përgj. Sektorit dhe ekonomisti i KSHP, i kalohen të dhënat sektorit të financës, i cili në bazë të realizimit të indikatorit përllogarit indikatorin në vlerë leku, sipas planifikimit të përcaktuar për këtë indikator dhe bën pagesën e realizimit të këtij indikator për çdo QSH.

Nga ana e DRSKSH/DSKSH-së do të plotësohet një tabelë përmbledhëse mbi realizimin e indikatorit të performancës që do të dorëzohet në ISKSH brenda **datës 5 të muajit** pasardhës. Renditja e QSH do të bëhet sipas zonave të përcaktuara në kontratë: QSH në qytet (bashki) ku nr. mesatar i vizitave për mjek të përgjithshëm/familje në ditë është 12, mjek për fëmijë është 10; pastaj QSH në komunë zona fushore/kodrinore, ku nr. mesatar i vizitave për mjek të përgjithshëm dhe të familjes në ditë është 9; pastaj QSH në komune zona malore/thelle malore, ku nr. mesatar i vizitave në ditë për mjek të përgjithshëm dhe të familjes është 6.

Për çdo ndarje të zonave duhet të përfshihet totali i të dhënave siç paraqitet në tabelë dhe në fund llogaritet totali i DRSKSH-së.

II. Llogaritja e Pagesës Mujore Bazuar në Indikatorët e Cilësisë 5 % (Bonus)

Në kontratën DRSKSH – QSH për vitin 2010, janë përcaktuar dhe indikatorët e cilësisë, bazuar në realizimin e tyre QSH do të financohet me 5% të buxhet të akorduar për vitin ushtrimor.

Pagesa Bonus do t’i jepet Q.SH nga D.R.S.K.SH/ DSKSH, bazuar në aktivitetin tremujor dhe jo me vonë se dita e fundit e muajit të parë të tremujorit pasardhës.

Në tabelën e mëposhtme paraqiten indikatorët dhe sistemi i vlerësimit me pikë:

Tabela e pikëve të indikatorëve

	Indikator	Piket
1	Përqindja e pacientëve të rregjistruar që janë vizituar për herë të parë (PVHP) brenda vitit nga QSH-ja	15
2	Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për 4 diagnoza të zgjedhura.	10
3	Përqindja e pacientëve kronike të vizituar çdo muaj nga MP/F.	10
4	Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë brenda tremujorit të parë të shtatzanisë.	10
5	Përqindja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që marrin vizitat e detyrueshme brenda tre-mujorit.	10
6	Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të vaksinuar gjatë tre-mujorit.	15

7	Perqindja e pacientëve të diagnostikuar me HTA që kanë vlerat e TA brenda “normave”.	10
8	Përqindja e pacientëve me Diabet që kanë nivelin e glicemisë esëll brenda normave	10
9	Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.	10
	TOTAL	100

Njëlloj si indikator i performancës dhe indikatorët e cilësisë nga ana sasiore dalin nga programi i hedhjes së formularit të vizitës. Për të parë tendencën e realizimit të këtyre indikatorëve dhe për të marrë masat nga ana e QSH-së për realizimin e plotë të këtyre indikatorëve, nga programi evidentohen të dhënat mujore të realizimit të këtyre indikatorëve.

Nga tabela e indikatorëve të cilësisë, e cila printohet nga administratori i programit të hedhjes së formularit të vizitave dalin të dhënat nga ana sasiore e indikatorëve të vendosur në kontratë, sipas tabelës së mëposhtme:

Nr.	Vendi	Nr i personave të vizituar per here te pare (PVHP)		Nr i femijeve te moshes 0 -1 vjeç qe marrin viziten e detyrueshme brenda tre-mujorit		Nr. femijeve 0-14 vjeç qe jane vaksinuar gjate 3-mujorit	Nr. grave shtatz. qe marrin viziten e pare brenda 3-mujorit	Nr. i kronikeve te konsultuar gjate 3-mujorit	Nr. i te semureve me HTA te trajtuar gjate 3-mujorit	Nr. i te semureve me HTA qe kane vlerat e TA ne "norme" gjate 3-mujorit	Nr. i te semureve me D.Melitus te trajtuar gjate 3-mujorit	Nr. i te semureve me D.Melitus qe kane vlerat e TA ne "norme" gjate 3-mujorit
		Nga mjeku	Nga infermieri	Nga mjeku	Nga infermieri							

Përpara se të llogariten indikatorët e bonusit, QSH-së i lihet një kohë në dispozicion për të shprehur ndonjë pasaktësi të të dhënave të perftuara nga programi i hedhjes së formularit të vizitës, ku nëse paraqiten, bëhen rregullimet e mundshme nga të dy palët.

Për llogaritjen e realizimit të këtyre indikatorëve sipas përcaktimeve të kontratës, do të ndiqet procedura e mëposhtme:

1. Indikator i parë “Përqindja e pacientëve të rregjistruar që janë vizituar për herë të parë brenda vitit nga QSH”.

Qëllimi i vendosjes së këtij indikator është që i gjithë stafi mjekësor (mjek dhe infermier) i Q.SH të jenë në kontakt të ngushtë me popullsinë të cilën ata mbulojnë. Për realizimin e këtij indikator stafi i QSH-së duhet të kryejë në rradhë të parë vizitat e detyrueshme të kategorisë fëmijë 0- 6 vjeç, të të sëmurëve kronikë, gruan shtatzënë njohjen e situatës epidemiologjike të zonës dhe ndjekjen e të gjithë kategorive në risk, si dhe vizita në shtëpi.

Synimi i % së realizimit të këtij indikator është përcaktuar që në tre-mujorin e I të jetë 25 %, në tre mujorin e II 37%, në tre-mujorin e III 45% dhe në tre-mujorin e IV 60%.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës së mësipërme, del numri total i PVHP (mujore dhe tre mujor) sipas mjekëve të përgjithshëm dhe të familjes.

Për të përfshirë dhe infermieret në këtë indikator, duhet që të gjithë infermieret që kryejnë vizita dhe plotësojnë formularin e vizitave, sipas arsyeve të përcaktuar në formularin e vizitës (6, 8, 10, 11 dhe 13) duhet të paraqesin të dhënat në DRSKSH.

Për këtë arsye, nga të gjithë infermieret duhet të deklarohen ditën e fundit të çdo muaji (kur dorezon MP/F formularin M1) nr. i vizitave për personat për herë të parë të padublikuara sipas plotësimit të formularëve të vizitës, d.m.th., që nuk janë vizituar nga mjekët e QSH-së. Kjo e dhënë do të përftohet në këtë mënyrë deri në pajisjen e të gjithë banorëve me kod, e pas kësaj kjo e dhënë përftohet nga programi i SISH.

Pas kësaj mbledhen nr. i PVHP të të gjithë MP/MF me PVHP infermiere dhe pjesëtohen me nr. e banorëve në total që ka QSH-ja (e dhenë e cila evidentohet nëpërmjet tab. M1, nr. banorëve në fund të muajit) dhe vlera e dalë shumëzohet me 100. Në këtë mënyrë del % e realizimit të këtij indikator.

Në tabelën e mëposhtme paraqiten renditja e të dhënave:

	DRSKSH					
	Indikatori i	PHVP Tremujori I 2010				
	Qendrat Shendetesore	PHVP		%	Piket e	Piket e
		25%	15 pike		realizuara	Perfutuara
		Nr. Banoreve	Nr. PVHP			
	QSH Rajoni 1	21,065	3711	17.6	10.57	10.57
	TOTALI I QSH-së					

$$\% \text{ e realizimit} = \frac{\text{Shuma (Nr. i PVHP mjeku + PVHP infermieri)}}{\text{Nr. total te banorëve të QSH-së}} \times 100 \geq 25 \%$$

Në mënyrë që një Q.SH. të arrijë pikët maksimale (15) për çdo 3-Mujor, duhet që në 3-Mujorin e parë realizimi duhet të jetë **25%**, në 3-M e II të kapë shifrën **12%**, në 3-M e III të ketë arritur **8%** dhe në 3-M e IV të arrijë **15%**, në total korresponon me **60%** që është dhe standarti që duhet arritur në fund të vitit.

Pikët llogariten në varësi të realizimit, nëse në tre-mujorin e parë janë realizuar psh., për QSH Rajoni 1 është 17.6 %, atëherë pikët do të llogariten duke pjesëtuar % e realizimit (17.6%) me nr. e pikëve (15) shumëzuar me % e standartit (25%) = 10.57 pikë. Në këtë mënyrë llogaritet dhe për tre-mujorët e tjerë, vetëm se % e standartit vendoset sipas përcaktimeve të mësipërme (25% 3MI, 8% 3MII, 12% 3MIII dhe 15 % 3MIV).

Theksojmë se nuk duhet të ketë mbivendosje të pacienteve në raportimet për këtë indikator ndërmjet mjekëve dhe infermiereve.

2. Indikatori i dytë “Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për 4 diagnoza të zgjedhura”.

Realizimi i këtij indikator qëndron në rëndësinë që ka mjekimi me kosto - efektivitet i të sëmurëve kronikë. Standarti i rezultatit të dëshiruar për këtë indikator është i vendosur jo më shumë se 5 % mbi koston mesatare rajonale për diagnozë për diganozat e zgjedhura (përcaktuar nga kodi ICD9).

Për llogaritjen e këtij indikator të ndiqet procedura si më poshtë:

Pas analizës së treguesve të rimbursimit përcaktohen 4 diagnozat me shpenzime më të larta gjatë tre mujorit. Për këto diagnoza përcaktohet vlera mesatare për diagnozë, në rang rajoni.

Për çdo diagnozë do të ketë 2.5 pikë, ku në total plotësojnë 10 pikëshin e përcaktuar për këtë indikator.

Në tabelën e mëposhtme paraqiten renditja e të dhënave:

	Indik.II		Diagnozat	
		Diagnoza e pare 401 (HTA)		
		Kosto e.	Kosto e	Piket 2.5
	Qendra Shendetesore	Rajonit	Q.Sh	ne %
1	QSH Rajoni 1	685	845	23.36

Totali i QSH

2	QSH Komune	685	532	-22.34	2.5.00
---	------------	-----	-----	--------	--------

Totali i QSH

Siç shihet nga tabela, në kolumnën e parë vendoset kosto mesatare e rajonit, në kolumnën e dytë vendoset kosto mesatare e QSH-së, në kolumnën e tretë rezultoni diferenca në % e (Koston mesatare të QSH-së – Koston mesatare të rajonit)/Koston mesatare të rajonit në %. Kështu, nisur nga të dhënat e mësipërme, QSH do të përfitojnë pikët e mundshme për diagnozë (2.5) vetëm nëse diferenca është më pak se 5%, në të kundërt QSH-ja nuk merr asnjë pikë. Në shembullin e mësipërm, QSH Rajoni 1 nuk merr asnjë pikë, ndërsa QSH Komunë merr 2.5 pikë.

Kjo mënyrë përdoret për llogaritjen e pikëve të të katër diagnozave dhe në fund llogariten pikët totale për këtë indikator.

3. Indikatori i III, “Përqindja e pacientëve kronikë të vizituar çdo muaj nga MPF”.

Synimi i realizimit të këtij indikator është një ndjekje sa më e mirë të sëmurëve kronikë dhe e mirëmenaxhimit të sëmundshmërisë kronike nga mjekët e QSH-së. Standarti i rezultatit të dëshiruar është që nga mjekët e QSH-së, duhet të vizitohen mbi 95% e pacientëve kronikë.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës përmbledhëse të indikatorëve të cilësisë, del numri i të sëmurëve kronikë të vizituar (mujor dhe tre mujor) sipas mjekëve të përgjithshëm dhe të familjes të QSH-ve. Ndërsa nga tabela M1 që dorëzon mjeku çdo muaj pasqyrohet numri kronik në total që ka MPF në zonën e mbulimit shëndetësor.

Në tabelën e mëposhtme paraqiten renditja e të dhënave:

	DRSKSH				Tremujori I 2010	
		Indik.III Kroniket		Realizimi ne %	Piket	Piket e
	Qendra Shendetesore	95%	Pike max 10		e realizuara	perftuara
		Nr. Pac. kron	Nr. kron. Viz gjate muaj			
1	QSH Rajoni 1	10,591	6,247	59%	6.2	6.2

Totali i QSH-së

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i pacientëve kronikë që ka QSH (që merret nga M1) dhe në kollonën e dytë plotësohet nr. i pacientëve kronikë të vizituar nga mjekët e QSH-së (nga formulari i vizitës) dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. Pac. Kronik vizituar çdo muaj}}{\text{Nr. Total te pac. kronik te rregj. ne Q.SH per muajin}} \times 100 \geq 95\%$$

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH e ka realizuar këtë indikator në masën 59 %, duke përfutur 59 % të 10 pikëshit, që janë 6.2 pikë.

Indikatori llogaritet tre mujor duke nxjerrë mesataren tre mujore të të dhënave.

4. Indikatori i IV “Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë të detyrueshme brenda tre mujorit të parë”.

Qëllimi i këtij indikator është ndjekja gjatë periudhës së shtatzanisë nga personeli shëndetësor dhe veçanërisht nga MPF, në zbatim kjo dhe të Ligjit 8876 Date 04/04/2002 ”Per shëndetin riprodhues”. Standarti i rezultatit të dëshiruar është që mbi 90 % e grave shtatzëna në rajonin e QSH-së duhet të marrin vizitën e parë të detyrueshme nga MPF brenda 3 mujorit të parë të shtatzanisë.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës përmbljedhëse të indikatorëve të cilësisë, del numri i grave shtatzëna që kanë marrë vizitën e parë nga mjeku gjatë tremujorit.

Në të gjithë QSH-të që kanë konsultor të gruas, të dhënat evidentohen nga mjekët që punojnë në këtë konsultor.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mënyra e llogaritjes së këtij indikator:

	DRSKSH					
	Ind.IV Grate shtatz.	Tremujori I 2010				
	Qendrat Shendetesore	Ind.IV Grate shtatz		%	Piket e	Piket e
		90%	10 pike		realizuar	perftuara
		Nr.grav. Vizit per here te I gjate 3- mujorit	Nr.grave vizituar per here te 1-re ne 3-mujorin e pare te barres gjate trem. I			

1	QSH Rajoni 1	8	7	88%	9.72	9.72
---	--------------	---	---	-----	------	------

Totali i QSH

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i grave shtatzëna që kanë marrë vizitën e parë gjatë tre mujorit në kollonën e dytë plotësohet nr. i grave shtatzëna që kanë marrë vizitën e parë të detyrueshme brenda tre mujorit të parë të shtatzanisë (nga programi i formularit të vizitave), dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. Grave të vizit për herë ne 3-mujorin e pare te barres gjatë 3-Mujor}}{\text{Nr. i Grave të viz. për herë të parë gjatë 3-Mujorit}} \times 100 \geq 90\%$$

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH e ka realizuar këtë indikator në masën 88 %, duke përfutur 88 % të 10 pikëshit, që janë 9.72 pikë.

Indikatori llogaritet tre mujor duke nxjerrë mesataren tre mujore të të dhënave.

5. Indikatori i V “Përqindja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që marrin vizitën e detyrueshme brenda tre-mujorit”.

Qëllimi i këtij indikatori është ndjekja e fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç nga personeli shëndetësor, në zbatim kjo dhe të Ligjit 8876 Date 04/04/2002 “Për shëndetin riprodhues”. Standarti i rezultatit të dëshiruar është që 100 % e fëmijëve të kësaj moshe në rajonin e QSH-së duhet të marrin vizitën e parë të detyrueshme nga personeli shëndetësor çdo muaj.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës përmbledhëse të indikatorëve të cilësisë, del numri i fëmijëve të moshës 0 – 1 vjeç që kanë marrë të paktën një vizitë në muaj gjatë tre mujorit (mujor dhe tre mujor) sipas mjekëve të përgjithshëm dhe të familjes të QSH-ve. Ndërsa nga tabela M1 që dorëzon mjeku çdo muaj pasqyrohet numri në total i fëmijëve të kësaj moshe që ka MPF në zonën e mbulimit shëndetësor.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mënyra e llogaritjes së këtij indikatori:

	DRSKSH _____					
	Ind.V Fëmijë 0-1 vjeç.	Tremujori I 2010				
		Ind.V Fëmije 0-1 vjeç			Piket e	Piket e
		100%	10 pike		rezultuar	Perftuar
	Qendrat Shendetesore	Nr. i femijeve 0-1 vj. ne total	Nr.femijeve me një viz ne muaj	%		

1	QSH Rajoni 1	7	5	71%	7.1	7.1
---	--------------	---	---	-----	-----	-----

Totali i QSH

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i fëmijëve të moshës 0-1 vjeç që deklarojnë mjekët (sipas M1) në kollonën e dytë plotësohet nr. i fëmijëve 0-1 vjeç që kanë marrë të paktën një vizitë në muaj nga mjekët gjatë tre-mujorit (nga programi i formularit të vizitave) dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. fem. 0-1 vjeç me një viz. në muaj gjatë 3-Mujor}}{\text{Nr. total i fëm. të deklaruar gjatë 3-Mujor}} \times 100 \geq 100\%$$

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH e ka realizuar këtë indikator në masën 71 %, duke përfituar 71 % të 10 pikëshit, që janë 7.1 pikë.

Indikatori llogaritet tre mujor duke nxjerrë mesataren tre mujore të të dhënave.

6. Indikatori i 6 “% e fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të vaksinuar gjatë tre-mujorit.”

Synimi i këtij indikatori është që personeli i QSH-së duhet të zbatojë sistemin e vaksinimit të detyrueshëm të përcaktuar nga MSH për kategorinë 0-14 vjeç, sipas kalendarit vjetor të miratuar të vaksinimit.

Standarti i rezultatit të dëshiruar duhet të jetë mbi 95 % e fëmijëve që mbulon QSH duhet të jenë të vaksinuar sipas planifikimit.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës përmbledhëse të indikatorëve të cilësisë, del numri i fëmijëve të moshës 0 – 14 vjeç që janë vaksinuar gjatë tre mujorit (mujor dhe tre mujor). Ndërsa nga tabela M1 që dorëzon mjeku çdo muaj pasqyrohet numri i fëmijëve të planifikuar për të aplikuar vaksinën e detyrueshme sipas kalendarit të vaksinimit.

Në të gjithë QSH-të që kanë konsultor të fëmijëve, të dhënat evidentohen nga personeli shëndetësor që punon në këtë konsultor.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mënyra e llogaritjes së këtij indikator:

DRSKSH						
Ind.VI Nr.fem vaks		Tremujori I 2010				
		Ind.VI Nr.fem vaks		% rezultuar	Piket e	Piket e
		95%	15 pike		realizuara	perftuara
	Qendrat Shendetesore	Nr.fem 0-14 vj. te planifikuar	Nr.f. 0-14 te vaksinuar			
1	Rajoni I	2,256	2,243	99%	17	15.0

Totali i QSH-

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të planifikuar për vaksinim sipas kalendarit të vaksinimit (sipas M1), në kollonën e dytë plotësohet nr. i fëmijëve 0-14 vjeç që janë vaksinuar gjatë tre-mujorit (nga programi i formularit të vizitave) dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. total i fëm. 0-14 të vaksinuar gjatë 3-Mujorit}}{\text{Nr. fem. 0-14 te planifikuar per vaksinim gjate 3-Mujor}} \times 100 \geq 95\%$$

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH e ka realizuar këtë indikator në masën 99 %, duke përfutur te plota 15 pikëshin.

Në rastin kur % e realizimit del më pak se 95 %, atëherë QSH nuk përfiton asnjë pikë nga ky indikator.

Indikatori llogaritet tre mujor duke nxjerrë mesataren tre mujore të të dhënave.

7. Indikator i VII “Përqindja e pacientëve të diagnostikuar me HTA që kanë vlerat e TA brenda “normave”.

Qëllimi i këtij indikator është ndjekja sa më mirë e të sëmurëve me HTA, si një ndër nozologjitë që ka ardhur gjithnjë e në rritje dhe me shpenzime të larta të rimbursimit. Standarti i rezultatit të dëshiruar do të jetë jo më pak se 80 % e të sëmurëve me HTA sipas stadeve me vlerat e TA në normë. Norma është përcaktuar në sqaruesen e shpërndarë DRSKSH-ve me nr. 383 prot datë 22.02.2010 “Sqaruese për plotësimin e Formularit të Vizitës për evidentimin e indikatorëve të QSH-së”.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës përmbledhëse të indikatorëve të cilësisë, del numri në total i të sëmurëve me HTA që janë trajtuar me mjekim gjatë tre mujorit dhe nr. i të sëmurëve me HTA të gjithë stadet nën mjekim me vlerat e TA “në normë”.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mënyra e llogaritjes së këtij indikatori:

DRSKSH						
Ind.VII HTA		Tremujori I 2010				
		Ind.VII HTA			Piket e	Piket e
		80%	10 pike		realizuara	perftuara
	Qendrat Shendetesore	Nr. sem HTA gjithe stadet te trajtua gjate 3 M	Nr. sem HTA gjithe stadet te trajtua gjate 3 M me vlera normale te TA	%		
1	QSH Rajoni 1	1,500	1,400	93%	11.7	10.0
Totali i QSH						
2	QSH Rajoni 2	2,000	1,500	75%	9.4	9.4
Totali i QSH						

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i të sëmurëve në total me HTA gjithë stadet nën mjekim gjatë (sipas programit të formularit të vizitës), në kollonën e dytë plotësohet i të sëmurëve me HTA gjithë stadet nën mjekim me vlerat e TA “në normë” gjatë tre mujorit (sipas programit të formularit të vizitës) dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. sëm HTA me vlerat e TA "në normë" gjatë 3-Mujorit}}{\text{Nr. sëm në total HTA trajtuar gjatë 3-mujorit}} \times 100 \geq 80\%$$

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH Rajoni 1 e ka realizuar këtë indikator në masën 93 %, duke përfituar te plota 10 pikëshin.

Në rastin kur % e realizimit del më pak se 80 %, si në rastin e QSH Rajoni 2, atëherë QSH nuk përfiton asnjë pikë nga ky indikator.

Indikatori llogaritet tre mujor duke nxjerrë mesataren tre mujore të të dhënave.

8. Indikatori i VIII “Përqindja e pacientëve të diagnostikuar me Diabet që kanë nivelin e glicemisë esëll brenda “normave”.

Qëllimi i këtij indikatori është ndjekja sa më mirë e të sëmurëve me Diabet Mellitus, dhe kjo si një ndër nozologjitë që ka ardhur gjithnjë e në rritje dhe me shpenzime të larta të rimbursimit. Standarti i rezultatit të dëshiruar do të jetë jo më pak se 80 % e të sëmurëve me Diabet Mellitus nën mjekim me vlera të glicemisë esëll në normë. Norma është përcaktuar në sqaruesen e shpërndarë DRSKSH-ve me nr. 383 prot datë 22.02.2010 “Sqaruese për plotësimin e Formularit të Vizitës për evidentimin e indikatorëve të QSH-së”.

Nga programi i hedhjes së formularit të vizitës sipas tabelës përmbledhëse të indikatorëve të cilësisë, del numri në total i të sëmurëve me Diabet Mellitus që janë trajtuar me mjekim gjatë tre mujorit dhe nr. i të sëmurëve me Diabet Mellitus nën mjekim me vlerat e glicemisë esëll “në normë”.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mënyra e llogaritjes së këtij indikatori:

DRSKSH						
Ind.VII D. Mellitus		Tremujori I 2010				
		Ind.VII D. Mellitus			Piket e	Piket e
		80%	10 pike		realizuara	perftuara
		Nr. sem Diabet te trajtuar gjate 3 M	Nr. sem Diabet te trajtuar gjate 3 M me vlera normale te gl. esell			
1	Qendrat Shendetesore			%		
1	Rajoni 1	3,500	3,200	91%	11.4	10.0
Totali QSH						
2	Rajoni 2	3,200	2,500	78%	9.8	9.8
Totali i QSH						

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i të sëmurëve në total me Diabet Mellitus nën mjekim gjatë tre-mujorit (sipas programit të formularit të vizitës), në kollonën e dytë plotësohet i të sëmurëve me Diabet Mellitus nën mjekim me vlerat e glicemisë esëll “në normë” gjatë tre mujorit (sipas programit të formularit të vizitës) dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. sëm. D.Mellitus me vlerat e glic. "në normë" gjatë 3-Mujorit}}{80\%} \times 100 \geq$$

80%

Nr. sëm. në total D.Mellitus trajtuar gjatë 3-mujorit

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH Rajoni 1 e ka realizuar këtë indikator në masën 91 %, duke përfituar te plota 10 pikëshin.

Në rastin kur % e realizimit del më pak se 80 %, si në rastin e QSH Rajoni 2 – 78 %, atëherë QSH nuk përfiton asnjë pikë nga ky indikator.

Indikatori llogaritet tre mujor duke nxjerrë mesataren tre mujore të të dhënave.

9. Indikator 9 “Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.

Qëllimi i këtij indikatori është inkurajimi i personelit mjekësor që të marrë pjesë në programin kombëtar të edukimit në vazhdim me synimin për të rritur kopetencat e domosdoshme për një ushtrim më të mirë të aktiviteteve profesionale të stafit mjekësor të QSH. Standarti i rezultatit të dëshiruar është që jo më pak se 25 % e stafit mjekësor të QSh-ve duhet të kenë fituar kreditet e përcaktuara nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim gjatë 3-mujorit dhe 100% për vitin ushtrimor.

Për të llogaritur këtë indikator, të dhënat e përfitimit të krediteve nga çdo mjek do të merren nga QKEV. Në varësi të evidentimit të të dhënave nga kjo qendër, do të bëhet dhe llogaritja dhe pagesa e këtij indikatori nga DRSKSH/DSKSH-të.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mënyra e llogaritjes së këtij indikatori:

DRSKSH-ja _____					
Indik. VIII		Trajnimet			
		Tremujori i I 2010			
		Trajinimet			
		25%	10 pike		
				Piket e realizuara	Piket e fituara
Qendrat Shendetesore		Nr. stafit mjeksor te QSH	Nr.person qe kane marre kreditet	%	
1	QSH Rajoni 1	38	13	18%	3.8
Totali QSH					
2	QSH Rajoni 2	45	12	27%	8.4
Totali i QSH					

Në kollonën e parë plotësohet Nr. i total i stafit mjeksor (mjek, infermiere), në kollonën e dytë plotësohet nr. i stafit mjeksor qe kane fituar piket e akreditimit (e cila do te merret nga QKEV) dhe në kollonën e tretë llogaritet % e realizimit, e cila është e barabartë:

$$= \frac{\text{Nr. e stafit qe kane marre kreditet gjatë 3-Mujorit}}{\text{Nr. total te stafit te QSh-se}} \times 100 \geq 25\%$$

Kështu në shembullin e mësipërm, QSH Rajoni 1 e ka realizuar këtë indikator në masën 18 %, duke përfutur te plota 3.8 pikë, QSH Rajoni 2 e ka realizuar ne masë 27 % duke përfutur 27 % të 10 pikëshit, pra (realizimi 13.3) 10 pikë. QSH që kanë tejkalim të planit të përcaktuar të këtij indikatori, si në rastin e QSH rajoni 2, përqindja e tejkalimit bartet në tre-mujorin pasues.

- Në rastin kur gjatë një tre-mujori në një QSH nuk janë kryer asnjë vizitë dhe nuk jane evidentuar në dokumentacionet që mban dhe plotëson mjeku, për kategorinë grua shtatëzënë apo fëmijë 0-12 muajsh (vaksinimi 0-14 vjeç për QSH “Studenti”), atëherë pikët e përcaktuara për këta indikatorë llogariten të plota.

- Në rastin kur një QSH, për arsye të ndryshme, nuk ka mjek të përgjithshëm apo të familjes, duhet që të kërkojë bashkimin e buxhetit me qendrën shëndetësore ku është i punësuar mjeku që i është ngarkuar që të mbulojë me shërbim shëndetësor banorët e kësaj qendre. Kërkesa për bashkimin e buxheteve duhet të miratohet paraprakisht nga bordet e të dy qendrave dhe më pas dërgohet për miratim në ISKSH. Në këtë mënyrë llogaritja e treguesit të aktivitetit dhe të bonusit do të bëhet si një qendër e vetme. Në rastin kur punësohet mjek në QSH, bëhet ndarja e buxhetit siç ka qenë.

Pas plotësimit të të gjithë të dhënave të mësipërme dhe llogaritjeve përkatëse për çdo indikator, bëhet përmbledhësja e realizimit të bonusit (5 %). Rezultati është në varësi të pikëve të grumbulluara për çdo indikator. Nëse në total QSH –ja ka fituar 80 pikë, atëherë llogaritja e bonusit bëhet 80 % e vlerës së 5 % të caktuar për QSH-në. Ne rast se nje Q.SH. kap 100 pike ne fund te nje 3-Mujori ajo përfiton 5% e Bonusit.

Pas përfundimit të kësaj procedure, të dhënat e konfirmuara nga Drejtori i Drejtorisë, Përgj. Sektorit dhe ekonomisti i KSHP, i kalohen të dhënat sektorit të financës, i cili në bazë të realizimit të indikatorëve bën përllogaritjen në vlerë leku, sipas planifikimit të përcaktuar për këtë indikator dhe bën pagesën e realizimit për çdo QSH.

Me një kopje të tabelës së llogaritjes së realizimit të indikatorit të performancës dhe realizimit të indikatorëve të bonusit, do të pajiset dhe QSH, në mënyrë që të shërbejë për analizën në nivel mjeku të realizimit të këtyre indikatorëve dhe të shpërblimit të

diferencuar, sipas kontratës DRSKSH – QSH. Nga DRSKSH/DSKSH do të ndiqet në vazhdimësi mënyra e shpërblimit të diferencuar të personelit të QSH-se sipas realizimit të indikatorëve.

Nga DRSKSH-ja/DSKSH-ja do të hartohet një tabelë përmbledhëse e realizimit të indikatorëve të cilësisë për të gjithë QSH-re të rajonit, me të njëjtën renditje sipas tabelës së performancës, çdo datë 5 të muajit pasardhës pas likujdimit të bonusit.

Të dhënat e realizimit të performancës dhe të bonusit, sipas tabelave bashkëngjitur, nga ana e DRSKSH-ve do të dërgohen në ISKSH sipas datave të përcaktuara në këtë udhëzim, të printuara dhe në mënyrë elektronike në adresën paresori@isksh.com.al

Në analizat mujore që bën sektori i KSHP duhet të përfshihet dhe realizmi i indikatorit të performancës dhe indikatorëve të cilësisë, me të gjithë problematikën e evidentuar dhe shkaqet e mosrealizimit të tyre.

Bashkëngjitur këtij udhëzimi do të gjeni tabelat e printuara dhe në formatin elektronik ([email](#)) të dërguar në adresat e DRSKSH-ve.

Udhëzimi Nr. 4 dt. 24.04.2008 „Për llogaritjen e pagesës Bonus dhe Performancë të QSH-së” shfuqizohet.

Ky udhëzim hyn në fuqi menjëherë.

Spektori i Mjekut dhe Financës pranë DRSKSH-së/DSKSH-së, janë përgjegjës për zbatimin e këtij udhëzimi.

Elvana HANA

DREJTORE E PERGJITHSHME

ANEKSI 9 : Tabela e pagave e Mjekëve të familjes 2006-2010

Tabela e pagave e MPF me ngarkese 2000 banorë dhe vjetërsi max. në punë (25 vjet)									
	Paga mesatare					Paga mesatare + bonuset			
MPF	v.2006	v.2007	v.2008	v.2009	v.2010	v.2010	2009	2008	2007
Qender	30,175	34,410	39,835	46,335	50,335	58,724	54,058	46,474	38,711
Fushore	40,175	44,410	48,835	54,335	57,335	66,891	63,391	56,974	49,961
Kodrinore	46,175	50,410	53,835	58,535	60,835	68,439	65,852	60,564	54,611
Malore	59,175	63,410	65,835	70,335	72,335	78,363	76,196	71,321	68,694
Thelle malore	69,175	73,410	75,335	78,335	80,335	87,030	84,863	81,613	79,528
Shuma									
Paga mesatare bruto	39,888	44,123	48,517	54,119	57,299	65,555	61,883	55,429	48,902
Ndalesa gjithsej	5,902	9,354	10,286	11,473	12,147				
Nga kjo:									
Sigurime shoqerore dhe shendetesore	4,467	4,942	5,434	6,061	6,417				
Tatim page	1,434	4,412	4,852	5,412	5,730				
Paga neto	33,986	34,769	38,232	42,645	45,152				

ANEKSI 10 : Tabela e pagave e infermiereve 2006-2010

Tabela e pagave për Infermiere me vjetërsi pune 25 vjet					
Infermiere	v.2006	v.2007	v.2008	v.2009	v.2010
Paga bruto	20500	23150	27800	31000	32500
Ndalesa gjithsej	2761	3907.8	4893.6	6572	6890
Nga kjo:					
Sigurimet shoqerore dhe shendetesore	2296	2592.8	3113.6	3472	3640
-Tatim page	465	1315	1780	3100	3250
Paga neto	17739	19242.2	22906.4	24428	25610