

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK**

**“Sistemi i Monitorim - Vlerësimit në Shëndetësi si Instrument i Fuqizimit të
Sistemit Shëndetësor nëpërmjet matjes dhe rritjes së Performancës së tij”**

KANDIDATI: KLODIAN RJEPAJ

UDHËHEQËSI SHKENCOR: PROF. BAJRAM HYSA

**TIRANË
2014**

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK**

**DISERTACION
I PARAQITUR NGA
Z. Klodian Rjepaj**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
DOKTOR**

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA:

**“Sistemi i Monitorim - Vlerësimit në Shëndetësi si Instrument i Fuqizimit të
Sistemit Shëndetësor nëpërmjet matjes dhe rritjes së Performancës së tij”**

Qasje dhe modele mbi ndërtimin e një sistemi të matjes së performancës së sistemit
kualitative

MBROHET NË DATË:/.....2014 PARA JURISË:

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

TIRANE 2014

List of contents

Shkurtesa	Error! Bookmark not defined.
Përmbledhje	5
Përkufizime të përgjithshme të M&V	12
Korniza konceptuale të performancës	41
Planifikimi shëndetësor strategjik	51
Objektivat, Metodologjia, Argumentim	54
Metoda Delphi	60
Metodologjia Vlerësimit Cilësor në rajonin e Tiranës	71
Përzgjedhja Indikatorëve për M&V	76
Hartimi strategjisë sektoriale për HIV/AIDS	80
Metoda e hartëzimit të shërbimit shëndetësor	82
Analizë cilësore	91
Rezultate	118
Përmbledhje dhe implikime	121
Rekomandimet kryesore	130
Përzgjedhja e indikatorëve për strategjinë e M&V	132
Indikatorët e rezultatit të performancës së Sistemit Shëndetësor	143
Përmbajtja e raportit vjetor	149
Plani tranzitor i implementimit të sistemit M&V	160
Hartimi strategjisë sektoriale M&V të programit kombëtar për HIV/AIDS	179
Diskutim	182
Rekomandime	183
Limitime	192
Referenca	194
Aneks 1 Përmbledhje dobësive të identifikuar të sistemit M&V	
Aneks 2. Grafikë që shpjegojnë rezultatet sipas objektivave	
Aneks 3. Axxhenda e takimeve	
Aneks 4. Lista e kontribuesëve dhe Grupi referencë.	

SHKURTIME

AKK	Akti Kujdesit të Përballueshëm
GF	Grupi i Referencës
GP	Grupi i Punës
IM	Instituti i Mjekësisë
IKPK	Instituti Kombëtar për Përsosmëri Klinike
INSTAT	Instituti Statistikave
ISKSH	Instituti Sigurimeve Shëndetësore
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
KPSH	Komisioni për Përmirësimin e Shëndetit
KShP	Kujdesi Parësor Shëndetësor
KVP	Korniza e Vlerësimit të Performancës
KKAShSh	Këshilli Kanadez për Akreditimin e Shërbimeve Shëndetësore
M&V	Monitorim & Vlerësim
MSH	Ministria e Shëndetësisë
MF	Mjeku i Familjes
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OBEZh	Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik
QSh	Qendra shëndetësore
QKCSA-ISh	Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të
Institucioneve Shëndetësore	
QSA	Vlerësimi Cilësor i Aktorëve
TP	Treguesit e Performancës
TKP	Trustet e Kujdesit Parësor
PLWHA	People leaving with HIV/AIDS
ShKSh	Shërbimi Kombëtar Shëndetësor

Përmbledhje

Kujdesi shëndetësor paraqet sfida të mëdha në lidhje me matjen e suksesit ose jo, të programeve të zbatuara në interes të publikut apo zhvillimit të sistemit. Inputet janë të shumtë (zakonet shëndetësore, saniteti, barnat, personeli shëndetësor, teknologjia, etj) dhe rezultatet (si jetë më e gjatë, ulja e sëmundshmërisë, cilësia e jetës) nuk janë zakonisht të matshme në mënyrë të qartë dhe me përpjekje të vogla. Në këtë kontekst, nevoja për matjen e performancës në kujdesin shëndetësor është më e rëndësishme krahasuar me çdo sektor tjetër në shërbim të publikut. Kujdesi shëndetësor ose mungesa e tij ndikon në çdo qytetar dhe investimi publik në këtë sektor është shumë i madh.²

Gjatë 15 viteve të fundit në arenën ndërkombëtare ka pasë ndryshime drastike në mënyrën e manaxhimit në sektorin publik, si rezultat i presionit të brendshëm dhe të jashtëm, në mënyrë që çdo organizatë apo organizëm qeveritar ose jo, të jetë më e besueshme dhe e përgjegjshme ndaj publikut në përgjithësi dhe aktorëve të shoqërisë në veçanti. Kërkesa ndaj qeverive për të treguar rezultate konkrete, të matshme dhe të besueshme është gjithnjë e më e fortë. Në përgjithësi publiku dhe aktorët e shoqërisë janë gjithnjë e më të interesuar jo thjesht dhe vetëm tek mënyra e organizimit, zhvillimit të aktiviteteve, por më tepër të interesuar për produktin apo rezultatin që ka dhënë çdo aktivitet.¹ A kanë bërë të mundur politikat, programet apo dhe aktivitetet specifike, arritjen e rezultatit të dëshiruar? Si e kuptojmë që jemi në rrugën e duhur duke zbatuar politikën që kemi zgjedhur? Si i parashikojmë problemet që na shtrohen për zgjidhje gjatë zbatimit të programeve? Si e masim progresin e bërë? Si e përcaktojmë nëse kemi pasë sukses apo kemi dështuar? Këto më sipër dhe të tjera, janë pyetje të shtrura nga shumë aktorë të ndryshëm, të brendshëm dhe të jashtëm dhe të gjitha qeveritë janë duke u përpjekur për t'i dhënë përgjigje këtyre pyetjeve.¹⁰

Pavarësisht theksit të OBSH-së “Shëndet për të gjithë” në shëndetin pozitiv, statusi shëndetësor është ende i fokusuar kryesisht në klasifikimin dhe identifikimin e shëndetit negativ: që është vdekshmëria, prevalenca e sëmundjes dhe normat e incidencës. Treguesit e tjerë të efektivitetit/efikasitetit mund të përdoren për të sugjeruar se sa efektive/efikase janë shërbimet shëndetësore (p.sh. normat e trajtimit të tilla si në rastin e TBC dhe/ose SIDA). Gjithashtu, treguesit demografikë mund të monitorohen, megjithëse këto nuk mund të jenë domosdoshmërisht objektivat e menjëhershme të reformës në sektorin shëndetësor.^{24,32,35}

Rritja e kërkesës në sistemet shëndetësore, ka rritur pritshmëritë e konsumatorit, shqetësimin për popullsinë e plakur, gabimeve mjekësore dhe teknologjive gjithnjë e më të shtrenjta shëndetësore vis-à-vis duke fryrë financimin publik, kanë shtyrë shumë vende anëtare për të zhvilluar matjen e performancës dhe strukturat e manaxhimit për të arritur cilësinë dhe efektivitetin/efikasitetin e qëllimeve brenda sistemeve të tyre shëndetësore.^{35,36}

Në Shqipëri, reformat e ndërmarra në sektorin shëndetësor, e më specifikisht ato që janë të lidhura me rishikimin e rolit dhe përgjegjësitë e Ministrisë së Shëndetësisë, kanë ndryshuar shumë nga funksionet e mëparshme të MSH ku dhe një pjesë e përgjegjëseve janë deleguar në institucionet ekzistuese apo të krijuara rishtazi si Instituti i Shëndetit Publik, ISKSH, Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit dhe Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim. Një proces bashkëpunimi më sistematik dhe më transparent është i nevojshëm ndërmjet MSH dhe këtyre institucioneve me qëllim monitorimin e impaktit të politikave dhe programeve, si dhe të performancës së sistemit shëndetësor si një i tërë.^{2,4,35}

Ngritja dhe funksionimi i sistemit të Monitorimit dhe Vlerësimit të performancës së sistemit shëndetësor është një nga shtyllat e reformës në shëndetësi. Monitorimi i vazhdueshëm e periodik i treguesëve të përcaktuar të performancës së sistemit shëndetësor shpie pashmangshmërisht në vlerësimin e bazuar në evidencë të qartë shkencore, e për rrjedhojë në hartimin dhe planifikimin e politikave të qarta, të absorbueshme, të zbatueshme shëndetësore duke mos lënë hapësirë për empirizma dhe fragmentizim, duke nxjerrë qartë përgjegjësitë dhe fushat për veprim.

Qëllimi primar është komunikimi në lidhje me sistemin e një gjuhe të standardizuar, e cila bën të mundur vlerësimin e performancës së sistemit, rishikimin periodik të tij, bazon në evidencë debatet publike (politikë, mediatikë, profesionale etj), si edhe planifikimin strategjik përtej fjalëve dhe empirizmit.^{23,36}

Sipas OECD (Organizata për kooperim dhe zhvillim ekonomik), monitorimi dhe vlerësimi përcaktohen si vijon më poshtë:

Monitorimi është një instrument me funksion të vazhdueshëm, i cili përdor të dhëna të mbledhura në mënyrë sistematike, tregues / indikatorë specifikë, për të cilët është rënë dakord, në mënyrë që të ofrojë informacion bazuar në evidencë, në lidhje me zbatimin e politikave/programeve/aktiviteteve, me qëllim arritjen e objektivave, lidhur kjo me përdorimin e fondeve në dispozicion.^{20, 24}

Vlerësimi është studim sistematik dhe objektiv i politikave, programeve apo projekteve në vazhdim ose të përfunduar, duke përfshirë që fazat fillestare të hartimit, zbatimit të tyre si dhe rezultatet e arritura. Qëllimi i vlerësimit është të përcaktojë përshtatshmërinë dhe përmbushjen e objektivave, eficiencën, efektivitetin, impaktin dhe vazhdueshmërinë.³⁰ Vlerësimi duhet të ofrojë një informacion që është i besueshëm dhe i përdorshëm, duke bërë të mundur përfshirjen e rekomandimeve në proceset e politikëbërjes dhe të vendimmarrjes. Për sa më sipër, është e qartë se këto dy përcaktime janë sa të dallueshëm edhe komplementar nga njëri-tjetri. Monitorimi jep informacion se ku ndodhemi (në cilën pikë të zbatimit) në një moment të caktuar të kohës (apo në kohë) me një projekt/program apo politikë të caktuar. Qëllimi i monitorimit është të jetë sa më deskriptiv.^{2, 5, 23}

Vlerësimi jep evidencë përse synimet, indikatorët/treguesit janë ose nuk janë arritur. Vlerësimi synon të trajtojë problemet e shkakësisë në lidhje me suksesin apo dështimin. Vlerësimi është komplementar i monitorimit, në mënyrë të tillë që kur një sistem monitorimi dërgon sinjale se përpjekjet për të zbatuar një program/politik po shkojnë në drejtim të gabuar (psh popullata target nuk po përdor shërbimet, apo që kostot janë në ngritje të vazhdueshme, apo me tej që ekziston rezistencë e madhe për të adoptuar sjellje të reja inovative, e kështu me rradhë) atëherë një informacion i mirë vlerësues, mund të ndihmojë për të qartësuar realitetin dhe të spjegojë të dhënat që dalin nga monitorimi.^{4, 20, 23}

Përkufizimi i monitorimit sipas USAID është “procesi sistematik i vëzhgimit të rezultateve të aktiviteteve; mbledhja dhe analizimi i informacionit të ecursë për të ndjekur progresin drejt rezultateve të planifikuara; përdorja e informacionit të ecursë për të influencuar vendim-marrjen në program dhe shpërndarjen e burimeve; dhe komunikimi i rezultateve të arritura ose të mos-arritura”.^{3,4,27}

Ndërkohë që vlerësimi sipas USAID “është një përpjekje analitike, relativisht e strukturuar për t’ju përgjigjur pyetjeve specifike të manaxherëve të projekteve lidhur me projektet ose aktivitetet e ndihmave të financuara nga USAID”.^{1, 3}

Vlerësimi është një mënyrë sistematike e peshimit të impaktit ose ecursë së projektit. Impakti i projektit ka të bëjë me pyetjen se deri në cilën pike kanë ndihmuar rezultatet e ndërmjetme në arritjen e objektivit strategjik.

Ecuria e programit përfshin:

- . Efektivitetin – deri në ç' pikë janë arritur rezultatet e ndërmjetme?
- . Eficiencën – a ka mënyra të tjera për arritjen e rezultateve të njëjtë me më pak shpenzime apo në kohë më të shkurtër?
- . Qëndrueshmëria – a është arritur të gjenden dhe të ngrihen institucionet, financat dhe personeli i duhur për të mbajtur suksesin e arritur dhe
- . Shumëfishimi – deri në ç'shkallë janë tipike rrethanat rreth rezultateve të ndërmjetme?

Vlerësimi vërteton vlefshmërinë e vazhdueshme të hipotezës së zhvillimit ose të supozimeve; identifikon impaktet (si pozitive ashtu edhe negative, të pritshme apo jo të pritshme); përmbledh mësimet e nxjerra; dhe bën rekomandimet e nevojshme për planifikuesit ose shkruesit e programeve në USAID.^{1, 4, 31}

OBEZh

Vlerësimi është një proces sa më sistematik që të jetë e mundur i aktiviteteve të kryera ose në kryerje e sipër, hartimit, zbatimit dhe rezultateve të tyre. Qëllimi është të përcaktojmë lidhjen që ato kanë me arritjen e objektivave, eficiencën, efektivitetin, impaktin dhe qëndrueshmërinë.^{3,20}

DANIDA

Në terma të përgjithshëm, vlerësimi përdoret për të identifikuar arritjet deri diku me saktësi. Të gjitha agjencitë donatore kryesore të përfshira në zhvillimin dhe ndihmën ndërkombëtare bëjnë një vlerësim zyrtar si pjesë e aktiviteteve të tyre të zhvillimit çdo vit.^{21,23,27}

Dallimi midis Monitorimit dhe Vlerësimit

Sistemet e ecurisë së Monitorimit identifikojnë dhe njoftojnë manaxherët për faktin nëse dhe sesi po arrihen rezultatet e planifikuara. Rezultatet ngrihen në një hierarki të përcaktuar të objektivave logjike, që lidhin aktivitetet e organizatës dhe burimet me rezultatet e ndërmjetme dhe objektivat strategjike, nëpërmjet marrëdhënies shkak-pasojë.^{21,37,38}

Për çdo objektiv, një ose më shumë indikatorë përzgjidhen për të matur ecurinë përkundrejt objektivave të planifikuara (rezultate të planifikuara për t'u arritur në data të përcaktuara).

Monitorimi i ecurisë është një përpjekje rutinë e vazhdueshme, që kërkon mbledhje të dhënash, analiza dhe raportim mbi rezultatet në intervale periodike.²⁵

Vlerësimet janë një përpjekje analitike sistematike, që sqarojnë pse po arrihen disa rezultate. Ato planifikohen dhe zbatohen në përgjigje të kërkesave specifike të manaxhimit, për ecurinë e programeve të asistencës dhe zhvillimit, të financuara nga organizata. Në dallim nga monitorimi i ecurisë, vlerësimet ndodhin vetëm atëherë kur shihet e nevojshme.^{24,25,37}

Vlerësimet nuk fokusohen vetëm mbi faktin nëse rezultatet janë arritur ose jo, por ato mund të adresojnë çështje që kanë të bëjnë me lidhjen, efektivitetin, eficiencën, qëndrueshmërinë dhe impaktin e përpjekjeve. Shpesh, vlerësimet i japin manaxhimit mësimet e nxjerra dhe rekomandime, për rregullimet e nevojshme në strategjitë e programeve apo të aktiviteteve.^{3,5, 15}

Monitorimi është një kontroll i vazhdueshëm i zbatimit të projektit në lidhje me afatet e miratuara, përdorimit të lëndëve të para, infrastrukturës dhe shërbimeve nga përfituesit e projektit. Monitorimi u siguron manaxherëve dhe të interesuarëve të tjerë informacion të vazhdueshëm mbi zbatimin e projektit.

Ai identifikon suksese ose probleme aktuale ose potenciale, sa më shpejt të jetë e mundur dhe mundëson korrigjime në kohën e duhur për zhvillimin e projektit.

Vlerësimi është një kontroll periodik i lidhjes së projektit, ecurisë, eficiencës dhe impaktit (të pritshëm dhe jo të pritshëm) në lidhje me objektivat e përcaktuara. Manaxherët e projektit duhet të bëjnë vlerësime të ndërmjetme gjatë zbatimit, si një rishikim i parë i progresit, një parashikim të rezultateve të mundshme të projektit, si një mënyrë e domosdoshme për të bërë rishikimet e nevojshme në projekt.^{2,5,7}

Monitorimi dhe Vlerësimi (M&V) gjithnjë e më tepër po njihen si mjet i domosdoshëm për manaxhimin e projekteve dhe të portofoleve. Njohja e nevojës për përmirësimin e ecurisë së ndihmës për zhvillim, bën thirrje për një vëmendje më të madhe për sigurimin e informacionit mbi manaxhimin, për të mbështetur si zbatimin e projektit ashtu edhe për të ndikuar në hartimin e iniciativave të reja.^{32, 33, 34}

M&V siguron bazën e një transparence të rritur në përdorimin e burimeve të zhvillimit, i përdorur me kujdes në çdo fazë të projektit, M&V mund të fuqizojë hartimin e projektit dhe zbatimin e tij, të stimulojë partneritet me të interesuar të tjerë në projekt.

Analiza e vlerësimeve të projekteve mund të hedh dritë mbi rezultatet e projekteve të mëparshme dhe të identifikojë anët e fuqishme dhe të dobëta të tyre. Përdorimi i mjeteve për hartimin e projekteve, si ai i kornizës logjike të rezultateve, konkludon në përzgjedhjen sistematike të indikatorëve për monitorimin e ecurisë së projekteve. Procesi i përzgjedhjes së indikatorëve të monitorimit teston vlefshmërinë e objektivave të zgjedhur dhe mund të shpie në përmirësim të hartimit të projektit.^{20, 33,37}

Gjithnjë e më tepër po i kushtohet vëmendje edhe pjesëmarrjes në projekt të të interesuarëve të tjerë. Kjo ka rëndësi pasi rrit “pronësinë mbi projektin” edhe të këtyre individëve apo grupeve të individëve, gjë që shpesh-herë rrit qëndrueshmërinë e ndërhyrjes pas mbështetjes së huaj apo mbarimit të programit. Pronësia mbi projekt sjell edhe përgjegjshmëri. Objektivat dhe indikatorët duhet të përzgjidhen në bashkëpunim me të interesuarit e tjerë, në mënyrë që si objektivat ashtu edhe indikatorët të jenë në “bashkëpronësi”.^{23, 34}

Hartimi i mirë i një ndërhyrjeje/projekti ka 5 elementë:

1. Objektiva të qartë dhe të matshëm për projektin dhe komponentët e tij, për të cilët indikatorët janë përcaktuar.
2. Një strukturë e qartë indikatorësh, që përfshin produktet në mallra apo shërbime, të gjeneruara nga projekti dhe impakti i tyre mbi përfituesit.
3. Marrja e masave për mbledhjen e të dhënave dhe manaxhimin e të dhënave të mbledhura nga projekti, me qëllim që të dhënat e kërkuara për indikatorët të jenë të përputhshme me statistikatat ekzistuese.
4. Masat e marra në nivel institucional për mbledhjen, analizimin dhe raportimin e të dhënave të projektit, dhe investimi në krijimin e kapaciteteve për të mbështetur përpjekjet e M&V dhe
5. Propozimet për mënyrat se si gjetjet e M&V do të përdoren për vendim-marrje.^{6,7,4}

Projektet hartohen për qëllime sektoriale afat-gjata, por objektivat e tyre imediate duhet të jenë të matshme. Bërja e pyetjes se si mund të maten objektivat dhe se si komponentët e aktiviteteve cojnë në arritjen e këtyre objektivave, bën që këto objektiva të jenë më lehtë të përkufizueshëm.

Në këtë mënyrë, M&V kontribuon direkt në cilësinë e projekteve në hyrjen e tyre në portofol. Indikatorët sigurojnë detaje cilësore dhe sasore të një pakete objektivash. Ato janë deklarata mbi situatën që do të ekzistojë kur të arrihet objektivi.^{17, 24, 33} Aftësia për të përkufizuar një indikator në bashkëpunim me të interesuarit e projektit është një demonstrim që objektivat e projektit janë përcaktuar qartësisht, kuptuar dhe mbështetur. Kjo marrëveshje sjell përgjegjshmëri.

Për të siguruar informacion mbi ecurinë e projektit që në fazat e para të tij dhe gjatë gjithë ciklit të projektit, indikatorët duhet të jenë të strukturuar. Përdorimi i kornizës logjike të rezultateve siguron një mënyrë eficiente, duke postuluar një hierarki objektivash për të cilat kërkohen indikatorët. Terminologjia e kornizës duhet kuptuar në kontekstin e sektorit në të cilin përdoret.
23, 24, 30, 34

Cila është marrëdhënia midis Monitorimit dhe Vlerësimit?

Monitorimi dhe Vlerësimi janë shumë të lidhur, janë dy mjete shumë të rëndësishëm të manaxhimit për të informuar vendim-marrësit dhe rritur përgjëgjshmërinë. Vlerësimi nuk është për të zëvendësuar monitorimin. M&V përdorin të njëjtët hapa, por gjithsesi prodhojnë lloje të ndryshme informacioni. Të dhënat e gjeneruara në mënyrë sistematike nga monitorimi janë thelbësore për një vlerësim të suksesshëm.^{33,35}

Monitorimi studion në vazhdimësi ecurinë përkundrejt asaj që ishte planifikuar duke mbledhur dhe analizuar të dhëna mbi indikatorët e përcaktuar për qëllim monitorimi dhe vlerësimi. Siguron informacion të vazhdueshëm për faktin nëse dhe si po arrihet sukses në arritjen e rezultateve me anë të regjistrimit të informacionit dhe raportimit periodik. Monitorimi sheh edhe proceset e programit dhe ndryshimet në kushtet e grupeve-target dhe institucioneve të ndodhura për shkak të aktiviteteve të programit. Gjithashtu identifikon anët e forta dhe të dobëta të programit.^{32, 33} Informacioni i ecurisë së gjeneruar nga monitorimi fuqizon procesin e mësimi nga eksperiencia dhe e përmirëson vendim-marrjen. Manaxherët dhe zbatuesit e programeve kryejnë një monitorim tipik.^{24, 30, 33}

Hapat e Vlerësimit:

1. *Përcaktimi i standardeve* përkundrejt të cilave do të vlerësohet programi.
2. *Hetimi i ecurisë* të aktiviteteve të përzgjedhura që do të vlerësohen në bazë të standardeve. Kjo bëhet me anë të analizës së indikatorëve sasiorë dhe cilësorë në kontekstin e programit
3. *Sintetizimi i rezultateve* të kesaj analizë
4. *Formulimi i rekomandimeve* bazuar mbi gjetjet e analizës
5. *Dhënia e rekomandimeve dhe mësimëve të nxjerra*, programit dhe procesit të vendim-marrjes.

Vlerësimi është një analizë periodike në thellësinë e ecurisë së programit. Ai mbështetet në të dhëna të gjeneruara nga monitorimi, si dhe informacione nga burime të tjera (psh. studime, punë kërkimore, intervista të thelluara, diskutime në fokus-grupe, anketa etj). Shpesh vlerësimet (por jo gjithmonë) bëhen me ndihmën e vlerësuesëve të huaj.³³

Teoria dhe modelet ndërkombëtare në fushën e M&V dhe matjes së performancës së sistemit shëndetësor

Gjithë këto vite ka pasë një sërë iniciativash ndërkombëtare për të shtyrë qeveritë në drejtim të adoptimit të sistemeve të manaxhimit publik me synimin drejt reformave dhe mbi të gjitha drejt rezultateve. Këto iniciativa përfshijnë:^{30,33,34}

- Millenium Development Goals (MDGs), Objektivat e Mijëvjeçarit
- Highly indebted poor country initiative (HIPC)
- International Development Association (IDA) funding
- World Trade Organization (WTO) membership
- European Union (EU) enlargement and accession
- European Union Structural Funds
- Transparency International

Nuk ka një rrugë të vetme për të shkuar në ndërtimin e sistemit të M&V. Vende të ndryshme, të zhvilluara dhe në zhvillim janë në stade të ndryshme të zhvillimit të sistemit të M&V dhe të gjitha këto vende kanë sfida të përbashkëta, por edhe të veçanta.

Një pjesë e madhe e 30 vendeve të OBEZh kanë në funksion një sistem të M&V dhe pa dyshim ngritja e sistemit në të gjitha këto vende nuk ka qenë një proces linear. Të gjitha vendet kanë diferenca në rrugën e ndjekur për ngritjen e sistemit, stilin e përjasjes, nivelin e zhvillimit të sistemit etj. Sipas një studimi, shtetet si Australia, Kanada, Holanda, Suedia dhe USA kanë kulturën më të lartë të Vlerësimit ndërmjet vendeve të OBEZh (Furubo, Rist, and Sandhal 2002).

Vendet e OBEZh kanë zhvilluar kulturën e vlerësimit dhe të sistemeve të M&V në përgjigje të shkallëve të ndryshme të presionit të brendshëm dhe të jashtëm. Për shembull Franca, Gjermania dhe Holanda e zhvilluan një kulturë të tillë, në përgjigje të presionit të brendshëm dhe të jashtëm (shumica e lidhur me bashkëjetësën në BE), ndërkohë që vendet si Australia, Kanada, Republika e Koresë dhe USA ishin të motivuar më së shumti nga një presion i brendshëm në rritje për të zhvilluar kulturën e vlerësimit bazuar në evidencë.

Këto vende gjithashtu, kanë luajtur një rol shumë të madh në përhapjen e kulturës së Vlerësimit edhe në vende të tjera, duke përhapur idetë e Vlerësimit si dhe informacion në lidhje me këtë, duke mbështetur organizata vlerësuese, institute që bënin trainime për këtë çështje, rrjete profesionistësh si dhe firma konsulence.^{20,24,39}

Disa vende, të cilat i'u bashkuan më vonë atyre që kishin adoptuar sistemin e M&V ishin Italia, Spanja dhe Irlanda. Këto vende filluan të futeshin në rrugën e Vlerësimit, pikërisht si rezultat i presionit të jashtëm në lidhje me këtë çështje, duke u influencuar nga vendet pioniere të kësaj kulture të re vlerësuese si edhe nga organizatat ndërkombëtare me të cilat këto vende ndërveprojnë.^{20,21,33}

Australia ishte pa dyshim nga pionierët e parë në zhvillimin e sistemit të M&V, duke filluar në vitin 1987. Ndërkohë vendi kishte një sërë avantazhesh të brendshme, të domosdoshme për ngritjen dhe zhvillimin e mëtejshëm të një kulture vlerësuese si dhe ngritjen e një strukture mbi të cilën kjo kulturë do të zhvillohej më tej:³³

- Sektor publik me kapacitete të forta njerëzore, institucionale dhe manaxheriale
- Sektor publik i mirënjohur për integritet, ndershmëri dhe profesionalizëm
- Sisteme financiare, buxhetore dhe të llogarive financiare të zhvilluara mirë
- Një traditë e mirë profesionalizmi të vazhdueshëm dhe transparence
- Liderë politikë të legjitimuar dhe të besueshëm.

Një sërë faktorësh kontribuan në suksesin e Australisë për ngritjen e sistemit të monitorim-vlerësimit. Fillimisht, boshllëqet në buxhet e bënë më të vetëdijshme qeverinë e gjetjes së mundësive për të arritur më tepër vlera nga paraja. Gjithashtu, Australia kishte edhe dy institucione tepër të rëndësishme për vlerësimin, departamenti i Financave (që është si Ministria jonë e Financave) si dhe zyra kombëtare e auditit (strukturë e ngjashme me KLSH).

Australia zgjodhi të adoptonte një strategji që përfshinte të gjithë qeverinë në sistemin e Monitorim-Vlerësimit. Kjo përpjekje pati mbështetjen e të gjithë kabinetit si dhe të Ministrave kyç në këtë proces, të cilët i kushtuan një rëndësi të madhe përdorimit të gjetjeve nga vlerësimi, në mënyrë që vendimet e marra të bazohen në evidencë. Sistemi Australian i Vlerësimit, u zhvillua nga një kontroll i rreptë dhe qëndror, i detyrueshëm nga departamenti i financës, drejt një sistemi mbi principin e vullnetarizmit dhe të zhvillimit shkallë pas shkallë. Sot në Australi, monitorimi dhe vlerësimi është lënë në dorë të departamenteve dhe agjencive. Kërkesat e sistemit të M&V janë bërë më koherente dhe më të kuptueshme se dikur.^{3,7,5,11,33,39}

Departamentet kryejnë M&V bazuar në prioritetet e tyre, por në të njëjtën kohë u kërkohet të raportojnë mbi performancën e tyre në dokumentet e buxhetit dhe të raportojnë të dhëna vlerësuese kur është e mundur. Për më tepër, disa vlerësime vazhdojnë të mandatohen nga Kabineti Qeverisës. Pothuajse, të gjithë departamentet e qeverisë janë aktivë në komisionimin e vlerësimeve zyrtare dhe në përdorimin e gjetjeve të këtyre vlerësimeve duke ndërtuar politika, programe dhe projekte bazuar në evidencë.³³

Franca, në kontrast me vendet e tjera të OECD, ishte në grupin e vendeve të cilat lëvizën ngadalë në drejtim të krijimit të një sistemi të monitorim-vlerësimit bazuar në rezultate.

Në fakt, Franca ngeli mbrapa edhe disa vendeve, të cilat ishin në periudhë tranzicioni ose vende në zhvillim, në lidhje me ngritjen e sistemit të M&V. Në vitin 2001, qeveria Franceze kaloi legjislacionin, i cili zëvendësonte ligjin konstitucional financiar të vitit 1959 duke eliminuar buxhetimin e linjës dhe duke sanksionuar një përjasje të re programatike.

Ky ligj i ri konstitucional, i cili do të gjente zbatim brenda një periudhe 5 vjecare (2001-2006), kishte dy qëllime kryesore: të reformonte kornizën e manaxhimit publik duke e drejtuar kah vlerësimin të rezultateve dhe të performancës; si edhe fuqizimin e supervizimit parlamentar.^{20,24,27}

Kryeministri i asaj kohe në Francë, Lionel Jospin thotë: “prezantimi i buxhetit në formën e grupimit sëbashku të shpenzimeve sipas kategorive të politikave madhore, i jep anëtarëve të parlamentit si dhe qytetarëve një pasqyrë të qartë të prioriteteve të qeverisë si kostot dhe rezultatet e zbatimit të këtyre prioriteteve. Në bazë të kësaj filozofie, u identifikuan rreth 150 programe dhe burimet financiare u alokuan për çdo program. Çdo buxhet i secilit program, që paraqitet në parlament duhet të ketë një përmbledhje me objektiva dhe me indikatorë/tregues të performancës.

Manaxherët publikë kanë autonomi të zgjeruar dhe një liri më të madhe në lidhje me alokimin e burimeve, por në shkëmbim janë përgjegjës për arritjet dhe rezultatet e matshme. Në këtë mënyrë, Franca krijoi një proces buxhetimi bazuar tërësisht në rezultate dhe performancë.^{30,33,34,6,4,39}

Një kërkim për efikasitet, cilësi dhe përmirësim nga eksperiencat e vendeve të zhvilluara

Vendet dhe organizatat ndërkombëtare kanë rinovuar kohët e fundit interesin e tyre për mënyrën se si janë zhvilluar sistemet shëndetësore. Kjo ka çuar në zhvillimin e treguesëve të performancës për monitorimin, vlerësimin dhe manaxhimin e sistemeve shëndetësore për të arritur efektivitet, efikasitet, barazi dhe cilësi. Edhe pse treguesit përmbushin kornizat konceptuale, shpesh nuk është shumë e qartë se cilat janë konceptet themelore apo si është konceptuar dhe matet efektiviteti/efikasiteti. Për më tepër, ekziston një boshllëk në njohuritë se si janë përdorur të dhënat përfundimtare të performancës për të stimuluar përmirësimin dhe për të siguruar cilësinë e kujdesit shëndetësor.^{4,8,14,27}

Sipas citimit të Wolfson: "Të dhënat dhe faktet nuk janë si gurët në plazh, në pritje për t'u kapur dhe mbledhur. Ato vetëm mund të perceptohen dhe të maten nëpërmjet një kuadri teorik, konceptual dhe themelor, që përcakton faktet relevante dhe i dallon ata nga zhurma në sfond".

Në të vërtetë, shumë vende kanë qenë në zhvillimin e kornizave konceptuale për monitorimin, matjen dhe manaxhimin e performancës së sistemeve të tyre shëndetësore për të siguruar efektivitetin, efikasitetin, barazinë dhe cilësinë. Sistemet shëndetësore pritet të arrijnë dhe manaxhojnë rezultate në përputhje me objektivat e përcaktuara dhe standardet e cilësisë.^{18, 23,27}

Një deklaratë e famshme atribuar Florence Nightingale thekson marrëdhënien midis performancës-cilësisë-manaxhimit: "Qëllimi përfundimtar është të manaxhohet cilësia. Por nuk mund ta manaxhosh deri sa të kesh një mënyrë për ta matur, edhe nuk mund ta masësh deri sa ta monitorosh". Kjo përfshin përdorimin e treguesëve të performancës (TP) ose matjet për të fiksuar një shumëllojshmëri të sistemeve të shëndetit lidhur me trendet. TP kërkojnë një përkufizim operacional të cilësisë që të zhvillohen, duke qenë se në thelb janë masë sasiore e cilësisë.^{37,38,20,39}

Aktorë të ndryshëm në shëndetësi shpresojnë që TP do të sigurojnë të dhëna kuptimplota për marrjen e vendimeve dhe drejtimin e sistemeve shëndetësore. Prandaj, duke pasur parasysh se kornizat konceptuale shpesh janë pikënisje në zhvillimin e TP, synimet tona janë: të kuptojmë konceptet themelore të kornizave të performancës kombëtare dhe ndërkombëtare për sistemet shëndetësore, për të shqyrtuar efikasitetin dhe treguesit e saj, dhe për të parë se si dhe në çfarë konteksti të dhënat përfundimtare të performancës janë përdorur për t'u përmirësuar.

Prandaj, është ndërmarrë ky eksplorim i performancës së kornizave të sistemit shëndetësor të Britanisë së Madhe, Kanadasë, Australisë, SHBA-së, Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe Organizatës për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik (OECD).^{19,20,24,27,33}

Të gjitha këto vende/organizma, përveçse kanë dokumente në gjuhën angleze, janë të gjitha aktive në zhvillimin e TP si edhe me nisma në kornizën e cilësisë. OBSH dhe platformat e OECD janë të pranishme për krahasime ndërkombëtare të sistemeve shëndetësore, ndonëse krahasime të tilla shpesh kërkojnë një kuadër të vlefshëm "dizajn-mësimi". Për secilin shtet apo agjenci të veçuar, pas një sfondi të shkurtër, së pari shqyrtojmë bazën konceptuale për çdo kuadër, duke theksuar përmbajtjen dhe dimensionet e performancës së saj.

Së dyti, shqyrtojmë efektivitetin/efikasitetin si një dimension të performancës dhe treguesit e saj. Së treti, shikojmë se si nismat ekzistuese të cilësisë mund të jenë të lidhura me kuadrin. Së katërti, përshkruajmë si “mekanizëm të ndryshimit”, kontekstin dhe dinamikën e përfshirë në përdorimin e informacionit të performancës për të stimuluar përmirësimin. Të gjitha çështjet adresohen dhe trajtohen së bashku në një seksion përmbyllës.^{33,20,30,39}

Mbretëria e Bashkuar. Historiku

MB prezantoi Shërbimin Kombëtar Shëndetësor ShKSh në vitin 1948 si një sistem të financuar publikisht dhe që ofrohet publikisht (Beveridge) për të siguruar qasje universale. Në vitet 1980, qeveria Konservatore në mes të rritjes së kostove prezantoi përdorimin e TP duke përdorur të dhënat administrative dhe spitalore.^{6,30}

Nga vitet 1990, ShKSh u riformatua për të pasqyruar një treg të brendshëm të manaxhuar, duke nënvizuar përdorimin e mjekëve të përgjithshëm (GP), si mbajtësit e fondit fillestar dhe autoriteteve shëndetësore si blerës plotësues. Përsëri në vitin 1997, administrata e Blair i dha ShKSh agjendën e modernizimit për shekullin e 21-të. Kjo filloi me një seri të planeve, kryesisht për zëvendësimin e burokracisë së tregut të brendshëm me kujdes të integruar, të bazuar në partneritet dhe të nxitur nga performanca. Për një vend me histori të gjatë të një qasje kombëtare për sistemin e saj shëndetësor dhe TP, këto plane të reja rifokusuan MB në një kuadër kombëtar ambicioz koherent (për vlerësimin e performancës, manaxhimin, përgjegjshmërinë dhe cilësinë e kujdesit). Kjo përfshin bashkëpunimin e përmirësuar dhe financimin (nga një buxhet shëndetësor prej 6.9% të PBB-së në vitin 1999 në 9.4% të PBB-së deri në vitin 2008). Organizata moderne e ShKSh mund të shihet si përfshirëse e autoriteteve shëndetësore strategjike' (nga tetori 2002) dhe autoriteteve të veçanta shëndetësore.³⁹

Këto janë Trustet e ShKSh (për shërbime akute dhe të specializuara spitalore)/ Fondi Trusteve të Kujdesit Parësor, plani dhe komisioni i shërbimeve shëndetësore për komunitetet e tyre lokale, integrojnë shëndetin dhe kujdesin social për pacientët dhe janë të gatshëm për të kontrolluar përfundimisht 75% të buxhetit të ShKSh.

Kuadri i Performancës

Sipas Marrëveshjes së Shërbimit Publik mes Thesarit të Mbretërisë së Bashkuar dhe Departamentit të Shëndetësisë, një nismë Kombëtare e Kuadrit të Performancës krijoi Vlerësimin e Kuadrit të Performancës të ShKSh. Ky vlerësim i ShKSh do të adresojë këto zona drejt përmirësimit të fondit të performancës, autonomisë së fituar, sistemit të informacionit të performancës dhe zhvillimit të performancës së treguesëve të ShKSh.

Konceptualisht, kuadri është i bazuar në një qasje të balancuar kah rezultatit dhe është një sistem i unifikuar i matjes së vlerësimit dhe shpërblimit i projektuar për të dhënë një tablo më të qartë të ecurisë së ShKSh.^{38,39}

Ky koncept i balancuar kah rezultatit nënkupton se grupi përgjithshëm i treguesëve duhet të japë një pamje të balancuar të punës së organizatës, duke pasqyruar aspektet kryesore, duke përfshirë rezultatet dhe përdoruesit perspektivë dhe fillimisht përfshin katër këndvështrime: përdoruesit e shërbimit, manaxhimin e brendshëm, përmirësimin e vazhdueshëm, dhe perspektivat financiare (të tatimpaguesit).

Në mënyrë që të arrihet kjo pamje e balancuar, janë identifikuar gjashtë fushat e performancës brenda Autoritetit Shëndetësor, (kuadri vlerësimit të performancës) domethënë: (a) përmirësimi i shëndetit, (b) qasje e drejtë, (c) ofrim efektiv i kujdesit shëndetësor të përshtatshëm, (d) efikasitet; (e) pacienti / përvoja e kujdestarit dhe (f) rezultatet e kujdesit shëndetësor ShKSh. Në nivel të Trustit ShKSh, ky kuadër ka vetëm katër fusha të mëdha të performancës: (a) Efikasiteti klinik dhe rezultatet, (b) eficiencë, (c) përvoja e pacientit/përvoja e ofruesit të shërbimit dhe (d) kapacitetet dhe aftësitë.

Brenda kuadrit të vlerësimit të performancës, një set i "Treguesëve kryesorë kombëtar të performancës" jep një përmbledhje të aktiviteteve të ShKSh, trajtimin e një game të gjerë çështjesh të tilla si shëndeti mendor, trajtimi i kancerit, listat e pritjes, qasjet në shërbimet e mjekëve të përgjithshëm, shëndetin e përgjithshëm të popullsisë dhe stafin. Ky grup relativisht i vogël i indikatorëve kryesorë kombëtar, i cili publikohet çdo vit, mbështetet nga 'treguesit e krahasimit', që përmbajnë informacion më specifik në çështje me specifike, duke identifikuar performancën e mirë apo të keqe në të gjitha fushat e ShKSh. Treguesit e dakordësuar në performancën e kuadrit të vlerësimit të ShKSh janë primare dhe të bazuar në komunitet. Këto kategori të TP gjithashtu i nënshtrohen zhvillimit të vazhdueshëm dhe përmirësimit, duke qënë se të dhënat e reja janë vënë në dispozicion. Për më tepër, do të kryhen studime kombëtare të rregullta për pacientët/përdoruesit dhe përvojat e stafit të ShKSh. Komisioni për Përmirësimin e Shëndetit (KPSH) inspekton dhe vendos normat e ShKSh.^{38,39}

Treguesit e efikasitetit

Në Kuadrin e Vlerësimit të Performancës, efikasiteti është konceptuar si “rezultatet e kujdesit të ShKSh” dhe “shpërndarje efektive e kujdesit të përshtatshëm shëndetësor”: duke nënkuptuar se qasja e drejtë duhet të jetë drejt kujdesit që është efektiv, i përshtatshëm në kohë dhe në përputhje me standardet e miratuara". Masat për efikasitetin janë ato të operacionalizuara në mënyrë të tillë që të përfshijnë fusha të tjera të performancës si përshtatshmëria, koha, qasja e drejtë dhe cilësia e kujdesit. TP reflektojnë përparësitë e përcaktuara për sistemin shëndetësor dhe matin progresin përkundrejt standardeve kryesore dhe objektivave.

Për shembull, Departamenti i Shëndetësisë ka identifikuar katër kategori të përgjithshme në lidhje me dëmtimin e rëndë të përcaktuar me objektiva sasiorë të tillë si reduktim në 40% të gabimeve në përshkrimin e recetave nga viti 2005. Objektiva të tjera përfshijnë një reduktim në pritje nga pacienti për një takim ambulator në një maksimum prej 3 muajsh dhe një reduktim në pritje maksimale për një operacion në spital deri në 6 muaj, të gjitha nga 2005. Fushat prioritare të shëndetësisë në Britaninë e Madhe janë shëndeti mendor, kujdesi shëndetësor për të moshuarit, kanceri, sëmundje koronare të zemrës dhe diabeti.^{37,38,39}

Aktualisht, rreth 10 tregues janë përdorur në këtë kuadër për të fiksuar shpërndarjen efektive të kujdesit shëndetësor. Shembuj janë si përqindja e vaksinimit nga gripi tek njerëzit e moshës 65 vjeç e lart, përqindja e pacientëve të moshës 65 vjeç, që lënë spitalin brenda 28 ditëve pas trajtimit për frakturë, manaxhimi i kujdesit parësor (raportet e pranimi emergjent për gjendje akute), shëndeti mendor në kujdesin parësor (raportet e përshkrimit të benzodiazepinave sipas moshës standarde), caktimi i normave të përshkrimit të barnave antibakteriale, norma e përshkrimit të barnave shëruese të Ulçerës, si dhe normat e donatorëve të organeve. Shumica e këtyre indikatorëve të performancës janë indikatorë procesi dhe /ose rezultati, duke theksuar përqëndrimin në rezultatet e dëshiruara dhe të proceseve që sjellin këto rezultate.

Objektivat e caktuara të monitoruara nga këto TP janë konsideruar specifike, të matshme, të arritshme, relevante dhe me kohë të kufizuar (SMART) dhe lidhur me objektivat kombëtare dhe lokale të ShKSh siç janë mishëruar në parimet bazë të dispozitave të përgjithshme dhe gjithëpërfshirëse të shërbimeve, përgjegjëshmëria e pacientit, vlerësimi i stafit, mbështetja, reduktimi i pabarazive shëndetësore, përmirësimi i cilësisë dhe financimi i drejtë.

Iniciativa për përmirësimin e cilësisë

Në thelb, cilësia ose 'ekselenca' është përdorur në kuadrin e ri në "kuptimin e saj më të gjërë për të bërë gjërat e duhura, në kohën e duhur, për njerëzit e duhur dhe duke e bërë saktë që herën e parë". Kategoritë e treguesëve kombëtarë, edhe pse jo matës të drejtpërdrejtë të kualitetit në vetvete, kanë për qëllim të tërheqin vëmendjen për problemet e cilësisë, aty ku mund të ekzistojnë brenda sistemit shëndetësor. Këto TP reflektojnë në mënyrë të qartë lidhjen midis proceseve dhe cilësisë së përvojës së pacientit.^{1,3,30,39}

Një temë kryesore e një ShKSh të modernizuar, si përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor është trajtuar nga 1990 duke manaxhuar mjedisin e brendshëm të tregut, ku standardi i kujdesit është reformuar nëpërmjet auditimit klinik profesional, e deri tani me mjedis të integruar të kujdesit me theks në rritje të cilësisë nën konceptin e qeverisjes klinike.

Qeverisja klinike është 'një kornizë përmes së cilës organizatat e ShKSh janë përgjegjëse për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve të tyre dhe ruajtjen e standardeve të larta të kujdesit, duke krijuar një mjedis në të cilin do të lulëzojë përsosmëria në kujdesin klinik'.^{5,24,39}

Nisma e Kornizës së Shërbimit Kombëtar, e cila është në varësi të Marrëveshjes së Shërbimit Publik, përcakton standardet kombëtare, krijon masa të performancës për të gjykuar përparimin, përcakton modele për grupe të veçanta të kujdesit ose shërbimeve dhe ngre programe për të mbështetur zbatimin. Aktualisht janë katër korniza madhore të ShKSh - për kujdesin shëndetësor mendor, për sëmundjet koronare të zemrës, të moshuarit dhe diabetin.

Lidhur me këto dhe me Kornizën e Vlerësimit të Performancës (KVP) së Shërbimit Kombëtar Shëndetësor ShKSh janë: monitorimi i standardeve kombëtare të kujdesit nga KPSH; udhëzimet klinike dhe prova të bazuara në vlerësimet e teknologjive shëndetësore të cilat ofrohen nga Instituti Kombëtar për Përsosmëri Klinike (IKPK) dhe masat lokale nën Trustet e Reja të Kujdesit Parësor (TKP).^{21,27,32,37}

Disa përpjekje të tjera të mëdha organizative në drejtim të përmirësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor përfshijnë ato të Agjencisë së Modernizimit të ShKSh, Agjencisë Kombëtare të Sigurisë së Pacientit, Ekipin Kombëtar Klinik të Mbështetjes së Qeverisë, Këshillin e Përgjithshëm Mjekësor, Shoqatat mjekësore të specializuara, si edhe kolegjet mbretërore. Vlerësimi i ri i Autoritetit Kombëtar Klinik adreson shqetësimet mbi performancën e një mjeku individual.^{33,38}

Akreditimi është një tjetër mjet i rëndësishëm i cilësisë në ShKSh në Mbretërinë e Bashkuar dhe nismën e saj të fundit, që është projektuar për të krijuar kushte pune më të mira së stafit të ShKSh me aftësi për të përmirësuar shërbimin e pacientit. Në Skoci, nismat për përmirësimin e cilësisë përfshijnë programe të pavarura të akreditimit (të tilla si cilësia e Shërbimit Shëndetësor), Komisionin e Kujdesit Kombëtar të Standardeve që monitoron sektorin privat, Bordin Klinik të Standardeve dhe Rrjetin Skocez të Udhëzimeve Ndëruniversitare. Megjithatë, shumë prej këtyre nismave përfshihen në Bordin e Standardeve të Cilësisë për Skocinë.³⁹

Mekanizmi i ndryshimit

Dy parimet e funksionimit për KVP janë përmirësimi i vazhdueshëm i shërbimit dhe përgjigjshmërisë. KVP përpiqet të mundësojë objektivitetin e personelit, manaxherëve dhe vendim-marrësve përkatës për të bërë vendimet dhe përmirësimin e nevojshëm. Kjo përfshin analizën krahasuese kombëtare mes organizatave të ShKSh dhe është mbështetur nga protokollin e Analizave të Performancës. Ky protokoll është një sistem i mbështetjes së informacionit, që lejon trustet e shërbimit parësor dhe trustet e ShKSh të krahasojnë performancën e tyre dhe atë të ofruesve të kujdesit sekondar relevant përkundrejt kolegëve, pra duke fituar një pasqyrë më të mirë në arsyet themelore për variacionet e tyre të performancës.^{27,33,38,39}

Kuadri është projektuar për të siguruar informacione të besueshme, në kohë për "manaxhim vjetor" efektiv dhe efikas në ShKSh-në e decentralizuar, ku pacientët dhe ofruesit e kujdesit parësor janë vendosur në kufi të manaxhimit. Sipas Sistemit të Vlerësimit të Performancës, TP do të publikohet me ndonjë nga vlerësimet përkatëse të bëra nga KPSH, duke i dhënë organizatave të ShKSh një vlerësim të përgjithshëm të performancës.

Organizatave me nënperformim do të inspektohen çdo dy vjet, si kundër atyre kombëtare çdo 4 vjet, në mënyrë që të stimulojë ndërhyrje të hershme.

Përkrahur nga Marrëveshjet e Performancës së Thesarit, stimulimet financiare dhe të tjera do të zhvillohen për të inkurajuar dhe shpërblyer performancën e lartë me qasje të qartë për Fondin e Performancës së ShKSh dhe autonomisë së 'fituar', respektivisht Fondi Performancës së ShKSh, i projektuar për të punuar paralelisht me Iniciativën e Skemës së Kujdesit Parësor nga prilli 2002. Fondi Performancës së Shërbimit Social Personal, mbështet iniciativat lokale që kontribuojnë në aktualizimin e Planit të ShKSh. Organizatat me 'tre yje' (dmth me nivele më të larta të performancës) kanë dorë të lirë për të vendosur se ku dhe si të përdorin fondet, ndërsa ato me "dy yje" kërkojnë miratimin e Zyrës Rajonale.^{27,33,38}

Organizata me 'një dhe asnjë yll' punojnë me Agjencinë e Modernizimit pas konsultimeve me Zyrën Rajonale. Kjo zyrë dhe Agjencia e Modernizimit dhe hulumtuesit vlerësojnë periodikisht këto skema dhe gjetjet e tyre përdoren për të zhvilluar dhe përhapur praktikën më të mira.²⁰

Përveç kësaj, kuadri është i shtyrë nga përgjegjshmëria për pacientin (në mënyrë që të rindërtojë besimin e publikut) dhe parlamentit për shpenzimet publike.

Publiku është i përfshirë në formimin e kuadrit, së pari duke qënë pjesë e mekanizmit të konsultimeve si edhe përvojës së studimeve kombëtare dhe së dyti, duke patur akses në informacionin e performancës së publikuar. Të gjitha këto janë menduar të ekzistojnë brenda një informacioni modern shëndetësor të fortë dhe të përditësuar vazhdimisht dhe të sistemit të komunikimit që përfshin nivelet kombëtare, rajonale dhe lokale të ShKSh. Publikimi i parë kombëtar i TP, i cili reflekton këto ndryshime të shumta, sistemi i vlerësimit dhe ndonjë nga vlerësimet përkatëse të KPSH, ka dalë gjatë verës 2003 për vlerësimin e performancës 2002/03 të ShKSh.^{27,33,38,39}

Kanada. Historiku

Sistemi i kujdesit shëndetësor kanadez është i madh, i ndërlikuar dhe kryesisht i financuar nga shteti (Medicare), që mbulon praktikisht të gjithë koston e nevojshme mjekësore të mjekut dhe shërbimet spitalore, sipas një skeme federale, përfshirë krahinat dhe territoret më shumë autonome. Provinca Saskatchewan si fillim e nisi këtë si një program sigurimi spitalor universal në vitin 1947, duke zgjeruar atë në vitin 1962 për të siguruar shërbimet e mjekut. Deri në vitin 1972, të gjitha krahinat dhe territoret e kishin ndjekur shembullin.^{3,4,5}

Shërbime të tjera të mëdha shëndetësore suplementare të tilla si barnat, kujdesi dentar, fizioterapitë dhe kujdesi në shtëpi janë financuar përmes një përzierje komplekse të sigurimit publik dhe privat dhe pagesave nga xhepi. Në vitet 1980, një seri raportesh të Komisionit Mbretëror dhe Task Forcës u vendosën në reformën e kujdesit shëndetësor në gjithë Kanadanë. Reformat shëndetësore në vitet 1990, bënë të mundur krijimin nga qeveritë provinciale dhe territoriale të rajoneve shëndetësore të ligjëruar që mbikëqyrnin operimin e përditshëm të sistemit shëndetësor. Kohët e fundit, ka pasur një ndryshim në rritje të kujdesit jo-institucional (bazuar në komunitet) dhe një theks në promovimin e shëndetit individual dhe shëndetit të popullatës në tërësi.^{1,3,4}

Kuadri Performancës

Performanca e Sistemit Shëndetësor është pjesë e Kuadrit të Udhërrëfyesit për Treguesit e Nismave të Informacionit Shëndetësor Kanadez. Ky kuadër është projektuar për t'iu përgjigjur dy pyetjeve themelore: (a) sa të shëndetshëm janë kanadezët dhe (b) si po performon kujdesi shëndetësor i Kanadasë.

Si një qasje e përbashkët për shëndetin dhe sistemin e kujdesit shëndetësor, ky Udhërrëfyes i Nismave i bazuar në modelin e shëndetit të popullatës, koncepton kuadrin e treguesëve shëndetësor në drejtim të ofrimit të informacionit krahasues të cilësisë së lartë në katër dimensione: (a) gjendjen shëndetësore; (b) përcaktues të shëndetit jo-mjekësor; (c) Performanca e Sistemit Shëndetësor; dhe (d) karakteristikat e sistemit shëndetësor dhe komunitar. Këto dy dimensione të fundit do të fiksojnë aspekte të ndryshme të performancës të sistemit shëndetësor duke matur shërbimet shëndetësore të marra nga banorët në çdo rajon dhe karakteristikat kontekstuale të komunitetit dhe/ose sistemit shëndetësor.^{2,5,6}

Tetë domenet e performancës së sistemit shëndetësor në këtë kuadër janë: (a) pranueshmëria; (b) aksesueshmëria; (c) përshtatshmëria; (d) kompetenca; (e) vazhdimësia; (f) efektiviteti; (g) efikasiteti dhe (h) siguria.

Aktualisht, këto dimensione përveç kompetencës, pranueshmërisë dhe vazhdimësisë duket të mbështeten edhe nga disa TP. Sipas karakteristikave shëndetësore dhe të komunitetit, TP grupohen në ato që japin informacion në lidhje kontekstuale: (a) të komunitetit; (b) sistemit shëndetësor, dhe (c) burimet. Për disa nga TP si cilësia, përkufizimi dhe disponueshmëria e të dhënave janë aktualisht të pasigurt, ndërsa vetëm në nivel-province ekzistojnë të dhëna edhe për disa të tjerë. Në mënyrë konceptuale dhe operative, kuadri drejtohet nga sistemi informativ shëndetësor i Kanadasë, një rrjet i integruar i informacionit dhe nismave e strukturave shëndetësore që mund të gjejnë faktorët shëndetësor dhe kujdesin shëndetësor në shkallë rajonale, province dhe kombëtare.^{3,4,5}

Për më tepër, ky kuadër është mbështetur nga sondazhet periodike pan-kanadeze për të nxjerrë pritshmërinë e konsumatorëve, prioritetet, kënaqësinë dhe opinionet. Në mënyrë që të ndjekin ndryshimet në kujdesin shëndetësor, ministrat e parë të Kanadasë nënshkruan këtë kuadër për të cilin ranë dakord në vjeshtë të vitit 2000 për të siguruar raporte gjithëpërfshirëse dhe të rregullta mbi programet dhe shërbimet shëndetësore, duke përfshirë 14 tregues të veçantë që përfshijnë statusin shëndetësor, rezultatet shëndetësore, si dhe cilësinë e shërbimit, duke filluar raportimin nga shtatori 2002.

Që nga viti 1998, Instituti Kanadez i Informacionit Shëndetësor, Instituti Statistikave, Shëndetësisë dhe 500 njerëz nga shumë grupe kryesore të tjera si ministritë dhe palët e interesuara në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal kanë bashkëpunuar për të zhvilluar dhe zbatuar kuadrin për të rritur rrjetet ekzistuese të informacionit shëndetësor dhe infrastrukturës, për të përmirësuar analizën e informacionit që është kapur, si dhe për të shpërndarë informacionin për përmirësimin e shëndetit të kanadezëve dhe kujdesin e tyre shëndetësor.^{1,2,3,39}

Treguesit e efikasitetit

Këtu, efektiviteti është konceptuar si sferë e performancës së sistemit shëndetësor, ku “kujdesi /shërbimi, ndërhyrja ose veprimi arrin rezultatet e dëshiruara”. Ky koncept është operacionalizuar drejt një informimi më të mirë mbi çështjet e mëdha shëndetësore dhe ato që janë më të fundit dhe në zhvillim, në përputhje me qëllimin gjithëpërfshirës për shëndet të mirë përmes përmirësimit të kujdesit shëndetësor duke përdorur të dhëna të krahasueshme të cilësisë në treguesit kyç për shëndetin dhe kujdesin shëndetësor. Treguesi kryesor i vendosur në kuadër është menduar të pasqyrojë qëllimet kombëtare të miratuara, strategjitë, udhëzimet dhe standardet.^{2,4}

Disa prej treguesëve të ngarkuar në kuadrin kanadez për të kapur sferën e performancës së efikasitetit përfshijnë: numrin përkatës të rasteve të reja të Pertusis, Fruthit, HIV dhe Klamidias raportuar në një vit të caktuar; mosha standardizuar e Pneumonisë dhe normat e hospitalizimit të gripit në moshën 65 vjeç dhe më të tepër, normat e vdekjes në moshat e standardizuara për shkak të sëmundjeve të shërueshme mjekësore të tilla si kanceri i qafës së mitrës, pneumonia dhe bronkiti, normat akute të moshës-së standardizuar për shtrimin në spital të kujdesit ambulator për kushtet me kujdes të ndjeshëm.

Disa prej këtyre treguesëve kapin fusha të aksesit dhe përshtatshmërisë, siç është rasti me kushte ambulatorie të kujdesit të ndjeshëm.^{4,5}

Përsëri, këta TP janë kryesisht matje procesi dhe/ose masa rezultati. Treguesit strukturorë dalin nga ana e kuadrit përkatës lidhur me karakteristikat e komunitetit dhe sistemit shëndetësor ku përfshin kategoritë e shërbimeve dhe burimeve shëndetësore.

Edhe pse nuk janë matje të drejtpërdrejta të performancës së sistemit shëndetësor, treguesit e shërbimeve shëndetësore mund të japin informacion shtesë për konfigurimin e sistemit të kujdesit shëndetësor (p.sh. prania e një spitali terciar dhe kontakti me profesionistët e shëndetit). Burimet mund të tregojnë informacione të personelit të tilla si: numri i mjekëve apo infermierëve për frymë. Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë është përdorur si një filozofi e manaxhimit të brendshëm për të kryer përmirësim strategjik në cilësi, duke u fokusuar në proceset e kujdesit shëndetësor dhe të ofrimit të saj, konsumatorët, monitorimi të vazhdueshëm të cilësisë, arsimit, manaxhimit të përkushtuar dhe angazhimit afat-gjatë.^{1,2,3,5}

Akreditimi është një mjet i përdorur nga Këshilli Kanadez për Akreditimin e Shërbimeve Shëndetësore (KKAShSh), një organizatë jo-qeveritare, për të nxitur integrimin e kuadrit TP dhe përmirësimin e cilësisë në Kanada. KKAShSh ka zhvilluar një filozofi duke përfshirë programin e akreditimit 'Aritje-Matje-Përmirësim' (AMP). Kjo do të lejojë për të krahasuar mes organizatave për të rritur përmirësimin e cilësisë në katër dimensione: përgjegjshmëri, kompetenca të sistemit, jeta në punë dhe fokusi tek klienti/komuniteti. TP shihen si udhëzues për të monitoruar, vlerësuar dhe përmirësuar proceset e shërbimit, rezultatet dhe rrjedhimisht cilësinë e kujdesit. Kështu, çdo TP lidhet me një dimension të cilësisë dhe standard të harmonizuar.

Shoqëria Mjekësore Kanadeze gjithashtu ka një mënyrë të matjes së cilësisë së manaxhimit të zhvilluar në bashkëpunim me shoqatat provinciale/territoriale mjekësore për mjekët, manaxherët e lartë klinik dhe profesionistëve të tjerë. Kjo mënyrë fokusohet në mjetet praktike për cilësinë e manaxhimit, rreziqet, efektivitetin, efikasitetin dhe përdorimin.^{3,4,5,39}

Mekanizmi i ndryshimit

Përmirësimi i performancës është një gur themeli i treguesëve konceptual të kuadrit shëndetësor. Udhërrëfyesi i nismës kërkon të krijojë një sistem të integruar që redukton joefikasitetin, përmirëson barazinë dhe forcon efektivitetin duke u fokusuar në nevojat e pacientit dhe vendim-marrjen bazuar në evidenca. Koncepti themelor i saj bazohet në integrimin e dijeve të kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë të teknologjisë së informacionit për të nxitur “mësim dhe inovacion”. Nisma nxit identifikimin dhe ndarjen e "praktikave më të mira", brenda një mjedisi ku të dhënat e grumbulluara të dobishme janë shndërruar në manaxhim të informacionit. Kjo është së bashku me kuadrin e AMP, i cili kërkon të mbështesë funksionet e qeverisjes dhe manaxhimit duke u fokusuar se si organizatat përdorin vullnetarisht të dhënat e TP për të kuptuar dhe përmirësuar proceset e tyre të shërbimit dhe rezultatet. Pra është multipërdorimi i përgjegjësisë profesionale, udhëzimeve, edukimit të vazhdueshëm, treguesit e të dhënave të krahasueshme, përmirësimi të vazhdueshëm të cilësisë dhe akreditimit.

Përveç mbështetjes së manaxherëve dhe vendim-marrësve të tjerë për të marrë vendime të drejta në kohën e duhur dhe vendin e duhur, kjo nismë e vendos pacientin në zemër të këtij përmirësimi të performancës nëpërmjet ushtrimeve të tilla si fuqizimi i konsultimeve, anketat, edukimi dhe promovimi shëndetësor dhe nismat e kujdesit me bazë komunitetin.^{1,3,38}

Australi. Historiku

Australia është karakterizuar nga themelimi i një sistemi kombëtar të kujdesit shëndetësor universal, brenda një strukture të federuar, ku përgjegjësitë e financimit, ofrimit dhe rregullatore janë ndarë nga qeveritë kombëtare dhe shtetërore. Në këtë sistem të ndërlikuar të llojeve të shërbimeve dhe ofrimeve të përziera, Commonwealth (domethënë Qeveria Federale), Shtetet dhe Territoret kanë financuar bashkërisht spitalet publike dhe kujdesin në komunitet, ndërsa Commonwealth përdor të ardhurat tatimore të përgjithshme për të financuar shërbimet mjekësore të spitalit dhe kërkimet shëndetësore.^{1,3}

Vitet 1990 ishin një periudhë e përpjekjeve të bashkërenduara nga ana e ministrave kombëtarë dhe shtetërorë të Shëndetësisë që punojnë me shumë palë të interesuara për të zhvilluar një kuadër koherent kombëtar për vlerësimin e sistemit të shërbimeve shëndetësore në Australi. Këto përpjekje ishin të drejtuara kah përmirësimin e cilësisë kombëtare të kujdesit shëndetësor, rezultateve shëndetësore dhe treguesëve klinik. Nga 1999 e tutje, Qeveria Federale u rifokusua në përmirësimin e performancës të sistemit shëndetësor përmes një serie nismash kombëtare që synojnë racionalizimin dhe përpjekjet aktuale konvergente. Prej vitit 2000, Komiteti Kombëtar i Performancës Shëndetësore (KKPSH) nisi punën në kuadrin e ri të matjes së performancës shëndetësore në Australi, përshtatur nga Treguesit e Nismave të Udhërrëfyesit Informativ të Shëndetësisë Kanadeze.^{1,2,3,38}

Kuadri Performancës

Në koncept, Kuadri i Performancës Kombëtare Shëndetësore, i bazuar në një model përcaktues shëndetësor është jo-hierarkik, por relational, pasi i kushton vëmendje variablave të tjerë kontekstual që mund të ndikojnë tek inputet, proceset e kujdesit shëndetësor, outputet ose rezultatet në mënyrë të konsiderueshme. Kuadri ka tre nivele: (a) gjendja e shëndetit dhe rezultatet; (b) përcaktuesit e shëndetit dhe (c) ecuria e sistemit shëndetësor. Kapitali është parë si një pronë gjithëpërfshirëse e këtyre tre niveleve. Kushtet shëndetësore, funksioni i njeriut, jetëgjatësia dhe mirëqenia, dhe vdekjet janë katër dimensionet që përmban seksioni i kuadrit të “gjendjes shëndetësore dhe rezultatet”.^{2,3}

Performanca e Sistemit Shëndetësor krenohet me nëntë dimensionet, përkatësisht: (a) efektiviteti; (b) përshtatshmëria; (c) efikasiteti; (d) reagimi; (e) aksesueshmëria; (f) siguria; (g) vazhdimësia; (h) aftësia; dhe (i) qëndrueshmëria. Kjo pjesë e kuadrit të performancës shtrihet pyetjen: "Sa i mirë është sistemi shëndetësor në dhënien e kryerjes së veprimeve shëndetësore të cilësisë për të përmirësuar shëndetin e të gjithë Australianëve?" Në këtë mënyrë, kuadri raporton një performancë sistemi të gjerë nga programet shëndetësore të popullsisë, kujdesi parësor, kujdesi akut dhe shërbimet e kujdesit të vazhdueshëm, duke reflektuar katër sektorët kryesorë në vazhdimësi të kujdesit shëndetësor të Australisë.

Puna në zhvillim mbi treguesit shprehon të arrijë një operacionalizim të inputeve, outputeve dhe model rezultatesh sëbashku me fusha të ndryshme të performancës, duke i kushtuar vëmendje të veçantë zonave prioritare kombëtare.

Kuadri i TP gjithashtu eksploron integrimin e mundshëm të efektivitetit të programit dhe kuadrit të politikave për strategjitë kombëtare, të tilla si Strategjia Kombëtare për Parandalimin e Sëmundjeve kronike, me modelin shëndetësor të popullatës.^{1,3,38,39}

Mbi baza teknike dhe epidemiologjike, TP kombëtar janë zhvilluar dhe zgjedhur për t'u përshtatur me përkufizimet ekzistuese të të dhënave dhe kanë përcaktuar zhvillimin e proceseve kombëtare të informacionit shëndetësor, duke mundësuar përfshirjen e tyre në Fjalorin Kombëtar e të Dhënave Shëndetësore, ku ekziston një bërthamë përkufizimesh uniforme.

Kriteret e përgjithshme të përzgjedhjes janë vendosur në kuadrin e kërkesave që janë TP: me vlerë matëse; të matshme (të vlefshme dhe të besueshme) për popullatat e ndryshme, duke i kushtuar vëmendje të veçantë popullatave ("indigjene") prioritare; të kuptuar nga njërëzitet që kanë nevojë për të vepruar; në gjendje për të nxitur veprim në nivel kombëtar, shtetëror apo lokal, të rëndësishëm për politikën dhe praktikën (dmth veprimet e mundshme mund të përmirësojnë një zonë të performancës të mbuluar nga një tregues), reflektues të veprimit të rezultateve të ndryshme kohore në aspekte të ndryshme të shëndetit kombëtar dhe të mbledhura e të raportueshme në një mënyrë më kosto-efektive.^{2,3,37,38}

Treguesit e efikasitetit

Kuadri koncepton efikasitetin e sistemit shëndetësor, si një dimension të performancës ku Kujdesi/Ndërhyrja/Veprimi arrin rezultatin e dëshiruar në një afat të përshtatshëm. Dimensionin Australian 'efektiv/efikas' përfshin në mënyrë eksplicite komponentin kohë, në mënyrë që të vlerësojë nëse ndërhyrjet shëndetësore janë kryesisht arritje e rezultateve të pritura apo të dëshiruara brenda kontekstit në kohën e duhur. Për më tepër, kuadri kërkon që ndërhyrja apo kujdesi duhet të jetë për shumicën e njërëzve në nevojë.^{1,2,4}

Treguesit për dimensionin e "efikasitetit" janë tërhequr kryesisht nga performanca e zonave për parandalim dhe zbulim të hershëm të shëndetit të popullatës dhe si të tilla përfshijnë edukimin për HIV dhe praktikën e seksit të sigurt, si edhe kontrollin e gjirit dhe zbulimin e hershëm të kancerit. Këto masa kanë tendencë që të jenë tregues proces prodhimi /ose rezultati, afatshkurtër.

Dimensioni 'efektiv/efikas' mund të përfshijë fushat e cilësisë, përshtatshmërinë, qasjen dhe afatet kohore. Në nivel kombëtar, standardet janë zhvilluar dhe tashmë ekzistojnë në nivele territoriale dhe shtetërore, si edhe në nivele spitalore.

Nisma për përmirësimin e cilësisë, konsiderohet si një pjesë përbërëse e kuadrit australian, ku 'cilësia' me një fokus në rritje të konsumit në sistem ka dimensione të ngjashme me ato të performancës. "Një sistem do të mirëpërformojë nëqoftëse është duke dhënë ndërhyrje me cilësi të lartë në mënyrë kosto-efektive". Përmirësimi i cilësisë dhe sigurisë janë fokus i nismave të ndryshme nga institucione të tilla si Këshilli Kombëtar i Veprimit të Prioritetit Shëndetësor (KKVPSH), Instituti Kombëtar i Studimeve Klinike (IKSK) dhe Këshilli Australian për Siguri dhe Cilësi në Kujdesin Shëndetësor (KASC).^{5,6,24}

Këshilli Kombëtar i Veprimit të Prioritetit Shëndetësor në një krijim të fundit, këshillon për koordinimin dhe mbarëvajtjen në Australi të fushave prioritare Kombëtare të Shëndetësisë, përkatësisht sëmundjet kardiovaskulare, kancer, plagosje, astma, depresioni dhe diabeti mellitus. Mbështetur nga stimuj financiarë për programet e kujdesit parësor, Këshilli Kombëtar i Veprimit të Prioritetit Shëndetësor (KKVPSH) vepron për të përmirësuar kujdesin përmes monitorimit të performancës në përcaktimin dhe manaxhimin e diagnozës së sëmundjeve.

Instituti Kombëtar i Studimeve Klinike, rishtas promovon praktikat më të mira duke përdorur strategjitë me efektive të implementimit, ndërsa Këshilli Australian për Siguri dhe Cilësi në Kujdesin Shëndetësor drejton dhe raporton mbi përdorshmërinë e të dhënave kombëtare, përmirësimin e cilësisë dhe çështjet e sigurisë.^{3,4,24}

Këshilli Australian për Standardet e Kujdesit Shëndetësor është organizatë e pavarur, jo-fitimprurëse që ndërmerr vlerësimin dhe akreditimin e performancës. Këshilli i Përmirësimit të Cilësisë, një organizatë jo-fitimprurëse është një tjetër promotor i rëndësishëm i cilësisë, nëpërmjet standardeve të saj dhe Rishikimeve Kombëtare dhe Programeve të Akreditimit.

Përveç kësaj, mjetet e identifikuar në sistemin shëndetësor australian për përmirësimin e cilësisë përfshijnë: akreditimin, forcimin e reagimeve dhe pjesëmarrjen e konsumatorit, zhvillimin e sistemeve të informacionit që të sigurojë të dhëna me cilësi të lartë, promovimin e praktikave të bazuara në evidenca, mbështetjen e infrastrukturës shëndetësore, zhvillimin e ekipeve të kujdesit shëndetësor përmes grupeve profesionale, raportimin nga ngjarje të ndryshme dhe instalimin e programeve të reduktimit të rrezikut klinik. Cilësia e treguesëve të kujdesit është zhvilluar si pjesë e një agjende kombëtare të integruar, për të konverguar me kuadrin e performancës së sistemit shëndetësor.^{1,3,38}

Mekanizmi i ndryshimit

Një qëllim i brendshëm i kuadrit australian është përmirësimi i performancës së sistemit vis-à-vis me ngritjen e kapaciteteve. Kuadri synon krahasim të performancës midis shteteve, territoreve dhe kombeve, duke inkurajuar përmirësime në fushat e identifikuar në kuadër të sistemit shëndetësor. Kështu, me kohë të caktuar raportimi në nivel lokal, rajonal dhe kombëtar brenda një rrjeti të integruar të informacionit është parë si një mjet për të drejtuar përmirësimin. Duke përdorur sistemin e vet të fuqishëm të të dhënave, kuadri kombëtar do të rrisë analizat epidemiologjike për të sqaruar marrëdhëniet midis inputeve shëndetësore ose programeve, proceseve, produkteve dhe rezultateve.^{1,3,38}

Në nivel lokal, krahasimi i performancës brenda dhe ndërmjet organizatave mund të prodhojnë përmirësim. Krahasimet ndërkombëtare duket të nxisin përmirësimin e performancës në sistemin shëndetësor Australian. Një nismë tjetër e fuqishme në kuadrin kombëtar është ekzistenca e fondeve për zgjerimin e institucioneve dhe një numër i stimuljeve financiar lokal dhe kombëtar që synojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor. Këto stimulime operojnë brenda një strukture të nismave kombëtare drejtuar për përmirësimin e kapacitetit, cilësisë dhe të sigurisë së performancës kombëtare.

Në përgjithësi, shpresohet se kuadri do të jetë një instrument i vlefshëm për vijimin e tendencave, lehtësimin e përdorimit të të dhënave në nivel të sistemit shëndetësor për qëllime krahasimi, duke informuar vendim-marrjen dhe vlerësimin e progresit drejt trajtimit të çështjeve shëndetësore.^{2,35}

SHBA. Historiku

SHBA ka një sistem shëndetësor pluralist, të decentralizuar me financim kryesisht privat (kryesisht bazuar tek punëdhënësi) dhe rregullim të ndryshueshëm të shtetit dhe federal. Programi sigurimit publik federal “Medicare” funksionon vetëm për të moshuarit (mbi moshën 65 vjeç) dhe personat me paafësi, ndërsa programi federal i shtetit Medicaid mbulon personat me të ardhura të ulëta me aftësi të kufizuara.^{1,3,38}

Shumë të siguruar dhe të pasiguruar janë të ekspozuar ndaj pagesave nga xhepi. Planet dhe rrjetet e shumta të kujdesit shëndetësor, duke qenë në sektorin privat, veprojnë në një mjedis tregu konkurrues ku pacientët dhe blerësit e kujdesit shëndetësor e bëjnë zgjedhjen e tyre në bazë të informacionit të performancës (ose cilësisë) dhe arsyeve ekonomike (ose kostove).

SHBA ka një sfond solid në zhvillimin, analizën dhe raportimin e TP në domenin publik dhe në rrjetet e kujdesit shëndetësor megjithëse kryesisht ka qasje të fragmentuar. Me mbështetjen shtetërore dhe private, sistemi ka dëshmuar shumë aktivitete kërkimore mbi efektivitetin, konsumin, fuqizimin dhe cilësinë e kujdesit. Megjithatë, sistemi shëndetësor amerikan i fragmentuar ka ende punë për të zhvilluar në kuadër të treguesëve konkret të performancës kombëtare. Në nivel të planeve dhe rrjeteve të kujdesit shëndetësor, TP janë të aplikueshëm në nivel lokal për manaxhim, vlerësim dhe përmirësim. Në vitet e fundit, ka pasur nisma që kanë për qëllim forcimin e kapacitetit kombëtar dhe zhvillimin e treguesëve bazë të kuadrit.^{1,3,38,2}

Kuadri Performancës

Në nivel kombëtar, SHBA kryesisht ka një numër nismash të kuadrit të performancës së sistemit shëndetësor ende në zhvillim, përkatësisht: (a) një kuadër përmirësimi të sistemit kombëtar shëndetësor të propozuar, (b) një model përmirësimi të shëndetit të popullatës; (c) Raporti Kombëtar i Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe (d) dy raporte nismash të performancës të përdorura gjërësisht por jo-kombëtare, iniciativat raportuese të Performancë - Vlerësimit të Konsumatorit mbi Studimin e Planeve të Shëndetësisë (VKSPSh) dhe Seti i të dhënave të Informacionit të Punëdhënësit Shëndetësor (HEDIS®).^{1,3,38,39}

Nisma të tjera të vlerësimit të performancës përfshijnë Organizatën e Përmirësimit të Cilësisë (QIO), Programin e Qendrave për shërbimin e Medicare dhe Medicaid, nismën e Komisionit të Përbashkët mbi Akreditimin e Organizatave të Kujdesit Shëndetësor, si edhe matjen e cilësisë. Instituti i Mjekësisë (IM) propozoi një kuadër për përmirësimin e sistemit kombëtar, duke theksuar gjashtë fusha të performancës: (a) sigurinë, (b) efektivitetin, (c) përqëndrimin- pacienti, (d) afatet kohore; (e) efikasitetin dhe (f) kapitalin. IM argumenton se "një sistem shëndetësor që arrin fitime të mëdha në këto gjashtë fusha do të jetë shumë më mirë në përputhjen e nevojave të pacientit". TP që mund të popullojnë një kuadër sistemi të tillë janë të qasshme në Clearinghouse Kombëtar të Matjes së kualitetit (™ NQMC), si dhe një depo kombëtare e treguesëve mbahet nga Agjencia për Hulumtime dhe Cilësinë e Kujdesit Shëndetësor.^{1,3,38,39,5}

"Njëzetë të shëndetshëm 2010" është një vizion kombëtar i shëndetit publik që filloi në vitin 2000, i treti i këtij lloji që nga viti 1979, me 467 objektiva në 28 fusha fokusi, bazuar në përcaktues të shëndetit apo të një modeli për popullatë të shëndetëshme.

Objektivat 10-vjeçare të përcaktuara në këtë projekt bëjnë thirrje për përpjekje të përbashkëta të ripërtërira drejt “njërëz të shëndetshëm në komunitete të shëndetshme”, duke kërkuar që ofruesit e shëndetit të kenë më shumë praktika të orientuara drejt parandalimit, shkencëtarët të bëjnë më shumë hulumtime, komunitetet dhe bizneset të mbështetin politikat për promovimin e shëndetit dhe individët të bëjnë zgjedhje të shëndetshme jetese. "Njërëz të shëndetshëm në 2010" ka dy objektiva të gjera të bazuara në demografi: së pari, përmirësimi i cilësisë dhe viteve të jetës në një plakje të shëndetshme në SHBA dhe së dyti eliminimin e pabarazive shëndetësore në popullatën e ndryshme.^{1,3}

Për të ndjekur përparimin, projekti publikon “10 treguesit kryesor të shëndetit” duke adresuar aktivitetin fizik, mbipeshën dhe obezitetin, përdorimin e duhanit, abuzimin e substancave, sjellje të përgjigjshme seksuale, shëndetin mendor, plagosjen dhe dhunën, cilësinë e mjedisit, imunizimin dhe qasjen në kujdes cilësor shëndetësor.

Raporti Kombëtar i Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor është një kuadër konceptual për matjen e performancës në përmirësimin e sistemit shëndetësor amerikan në ofrimin e cilësisë së lartë të kujdesit. Një prototip i këtij raporti që doli në vitin 2003 trajtoi dy dimensione kryesore: cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe perspektivën e konsumatorëve mbi nevojat e kujdesit shëndetësor. Përbërësit e dimensionit të cilësisë shëndetësore janë: (a) siguri; (b) efektiviteti; (c) përqëndrimi tek pacienti dhe (d) koha. Perspektivat e konsumatorëve mbi nevojat e kujdesit shëndetësor - arsyet për kërkimin e kujdesit - janë konceptuar të mbulojnë: (a) qëndrim të shëndetshëm; (b) përmirësim; (c) të jetosh me sëmundjen ose paftësinë; dhe (d) përballimi me fundin e jetës.

Kuadri ka shtrirë kombinimin e këtyre komponentëve të dy dimensioneve kryesore në një matricë në mënyrë që të shqyrtojë ndërlidhjen e tyre. Për shembull një tregues mund të jetë “Efektivitet – qëndrim i shëndetshëm në një qelizë të matricës, ku me sa duket kushtet shëndetësore dhe karakteristikat e popullsisë në lidhje me kapitalin si çështje universale do të zbatohen në çdo qelizë”.^{1,3,39}

Treguesit e efikasitetit

Në kuadër të propozimit amerikan, efikasiteti i referohet “sigurimit të shërbimeve në bazë të njohurive shkencore për të gjithë ata që mund të përfitojnë, (duke shmangur përdorimin e tepruar dhe nënpërdorimin)”. Efikasiteti është “shkalla në të cilën kujdesi është dhënë në mënyrë korrekte, duke patur parasysh gjendjen aktuale të njohurive, për të arritur rezultatin e dëshiruar ose të projektuar për pacientin”. Për të themeluar operacionalizimin e këtij koncepti janë fusha e sigurisë, cilësisë, përshtatshmërisë, kohës, vazhdimësisë dhe disponueshmërisë.^{1,3,37,38}

Shembuj të shumtë të treguesëve të kujdesit të gjetur në TM NQMC dhe HEDIS [®] janë përdorur gjërisht në nivelin e planeve të manaxhimit të kujdesit ose rrjeteve të shëndetit dhe përfshijnë: statusin e imunizimit të fëmijërisë, shfaqjen e Klamidias tek gratë, kujdesi para dhe pas lindjes, doza kundër gripit për të rriturit e moshës 50 - 64 vjeç, manaxhimin e kolesterolit pas ngjarjeve kardiovaskulare akute dhe këshilla për duhanpirësit për të lënë duhanin.

Kuadri Kombëtar mbi Raportin e Cilësisë parasheh që efikasiteti duhet të vlerësohet në bazë të llojit të kujdesit (p.sh. kujdesi parandalues; akut, kronik dhe kujdesi në fund të jetës) apo për kushte të veçanta. Prandaj, treguesit do të reflektojnë vetëm në lidhje me këto zona apo kushte prioritare.^{2,4,34}

Këto TP janë kryesisht matje të procesit dhe rezultateve, sikurse kuadri kombëtar shmanget treguesit strukturorë, duke përmendur dobësinë e lidhjeve mes strukturave të sistemit dhe rezultateve të kujdesit. Përdorimi i procesit dhe rezultatit nëpërmjet TP është thënë të pasqyrojë interesat e konsumatorëve dhe ofruesve amerikanë të lidhura në praktikë dhe treguesëve të rezultateve. Kështu, kuadri synon të lidh punën për objektivat e sistemit nëpërmjet funksioneve të tij.

Kriteret e përzgjedhjes për treguesit individualë adresojnë rëndësinë e përgjithshme në aspektin e performancës ose matjen e cilësisë, saktësinë shkencore dhe fizibilitetin e treguesëve. Kriteret e dëshiruar për grupin e indikatorëve si një i tërë janë: bilanci, gjithëpërfshirja dhe fuqia.^{1,3,38}

Nisma për përmirësimin e cilësisë

Sipas Institutit të Mjekësisë, 'cilësia' e kujdesit shëndetësor është “shkalla në të cilën shërbimet shëndetësore për individët dhe popullatën rrisin gjasat e rezultateve të dëshiruara shëndetësore dhe janë në përputhje me njohuritë aktuale profesionale”. Cilësia e kujdesit dhe siguria janë çështje të mëdha politike dhe publike që drejtojnë nismat e sistemit kombëtar të shëndetit të SHBA. Ky Raport Kombëtar i Cilësisë i ndërmarrë nga IM në emër të Agjencisë për Kërkime Cilësore dhe Shëndetësore (AKCSH) shihet si "një koleksion i raporteve vjetore të përshtatura për nevojat dhe interesat e elektoratit të veçantë". Raporti shqyrton cilësinë e kujdesit të ofruar nga i gjithë sistemi për popullatën e përgjithshme dhe nëngrupeve të mëdha^{1,3,38,39}.

Bazuar në raportin mbi cilësinë, Komisioni Këshilltarëve të Presidentit mbi Mbrojtjen e Konsumatorit dhe Industrinë e Cilësisë të Kujdesit Shëndetësor në vitin 1998 arriti në përfundimin se shumë amerikanë kanë marrë kujdes me cilësi të rëndomtë, duke pasur parasysh se 41 milion persona kanë jetuar pa përfutur nga sigurimi shëndetësor. Më pas rekomandoi legjislacionin federal e të drejtave të pacientëve dhe vlerësimin kombëtar cilësor si edhe raportimin. Gjithashtu propozoi një kuadër matje të cilësisë tre-dimensionale për t'u përqëndruar në cilësinë teknike, qasjen dhe pranueshmërinë.

Rrjedhimisht, Forumi Kombëtar për Matjen e Cilësisë dhe Raportimin është themeluar në 1999 si një partneritet publik-privat jo-fitimprurës lidhur me shpalljen dhe miratimin e cilësisë thelbësore të TP (për sistemin shëndetësor për të vlerësuar progresin drejt qëllimeve kombëtare) dhe sigurimin e aksesimit të informacionit nga të gjithë aktorët shëndetësorë. Qendrat për shërbimet Medicare dhe Medicaid, që ofrojnë sigurim për shëndetin publik qeveritar në 74 milionë amerikanë, gjithashtu përdorin TP për të lehtësuar përmirësimin e cilësisë.^{3,39}

Mjete të tjera kyçe për përmirësimin e cilësisë brenda kontekstit të ShBA përfshijnë: rifokusim të grupit blerës të kujdesit shëndetësor për shërbime të cilësisë së lartë, fuqizim të konsumatorëve; vëmendje të veçantë për "popullsitë e prekshme" (si të varfërit, të moshuarit, fëmijët) përgjigjësi të të gjithë aktorëve shëndetësorë; sistemet e reduktimit të gabimit dhe 'kultura e sigurisë'; investimet në sistemet e informacionit shëndetësor, avancimi i praktikave të bazuara në dëshmi;

bashkëpunime të mëdha të kujdesit shëndetësor profesional dhe shqyrtim i kolegëve, si dhe akreditimi, licencimi dhe certifikimi.^{1,3,37}

Reforma Obama

Sistemi shëndetësor në SHBA po përballët me sfida të mëdha. Disa ngjajnë si ato të Evropës, më së shumti prokurimi i qëndrueshëm i financimit. Megjithatë, disa janë unike në ShBA, për shembull, kërkimi për të mbuluar 50 milion individë të pasiguruar. Shtetet e Bashkuara janë të angazhuara në reformën më të rëndësishme shëndetësore që nga aplikimi Medicare në vitet 1960, me qëllim ofrimin e mbulimit të sigurimit për shumicën dërrmuese të amerikanëve. Si rezultat i kësaj, po përballët me një periudhë të ndryshimeve të mëdha të mundshme. Ky është një shqyrtim i reformave të vazhdueshme të sistemit shëndetësor të ShBA-së dhe përfundon me një vështrim për të ardhmen. Adaptimi i Mbrojtjes së Pacientit dhe Aktit të Kujdesit të Përballueshëm (AKK) të vitit 2010, shumica e të cilave hyn në fuqi në 20 janar, ishte shumë e diskutueshme dhe përmbajtja pasqyron preferencën e përgjithshme amerikane për ndërhyrje minimale të qeverisë.^{1,39}

Përmirësimi i mbulimit është një synim kryesor, me ndërhyrjen e AKK duke paraqitur një kërkesë për mbulim gati të të gjithë individëve që të kenë një formë të sigurimit shëndetësor. Mbulimi i përmirësuar është parashikuar përmes dy sektorëve publik dhe privat: subvencionet janë dhënë për të pasiguruarit që të blejnë sigurim privat dhe në disa shtete, njërëzitet më të ardhura të ulëta do të marrin mbulim me anë të së drejtës së zgjeruar për Medicaid.

AKK gjithashtu adreson nënsigurimin, duke siguruar mbrojtje më të madhe për personat e siguruar nga sigurimet e tyre duke i kufizuar në shtrirje, mbulim joadekuat ose duke e anuluar kur ata të sëmuren. Për më tepër, ata me histori të sëmundjes nuk mund të ngarkohen më shumë se të tjerët, edhe pse dallimet janë të lejuara nga mosha, gjendja e duhanpirjes dhe vendndodhjes gjeografike. Ka gjithashtu edhe rritje të fondeve për kujdesin parësor për përmirësimin e qasjes. Shëndeti publik është forcuar nëpërmjet rritjes së fondeve dhe kërkesave rregullatore.^{2,5,37}

Përmirësimi i cilësisë dhe shpenzimet e kontrollit janë adresuar edhe nëpërmjet një sërë masash. Këto janë në përgjithësi një kombinim i stimuljeve për efikasitet dhe kujdes me cilësi të mirë plus dënimeve të lidhura me kujdesin joefikasë (psh. për ripranimet spital). Megjithatë, AKK përmban gjithashtu masa të tërhequra në drejtime të tjera. Shembujt përfshijnë një ndalim për banorët e ShBA për blerjen dhe importimin e ilaçeve nga vendet e tjera ku është më lirë dhe parandalimin e përdorimit të analizës kosto-përfitimit për praktikën e kujdesit shëndetësor apo rimbursimit në programin e Medicare. Cilësia e përgjithshme dhe ndikimi financiar i AKK është i diskutueshëm dhe i vështirë për t'u parashikuar.^{1,3,38}

Implementimi ka qenë në vazhdim e sipër në fazat që kur AKK është nënshkruar në mars 2010, planifikuar me shumë aspekte të ligjit që të jetë plotësisht operacional deri në vitin 2014, megjithatë variablat politike, ekonomike dhe sociale do të mund të ndryshojnë edhe thelbin dhe orarin. Për shembull, një vendim i Gjykatës 5 të Lartë të ShBA e ka bërë tashmë pjesëmarrjen e shteteve të veçanta në zgjerimin e Medicaid opsionale në mënyrë efektive, me disa shtete që planifikojnë të zgjedhin. Shumë shtete kanë vendosur të mos zbatohet "shkëmbim" shteti për blerjen e sigurimeve në tregun privat, duke u mbështetur në shkëmbimin e qeverisë federale.

Në vitin 2014, shtatëmbëdhjetë shtete do të jenë duke organizuar shkëmbimet e tyre, shtatë në partneritet me qeverinë federale dhe pjesa tjetër u mbështet vetëm në shkëmbim federal. Shtetet mund ta përsërisin këtë aspekt të pjesëmarrjes në vitet e ardhshme.^{3,38}

Mekanizmi i ndryshimit

Përdorimi i TP për të nxitur përmirësimin e përgjithshëm të performancës aktuale në sistemin shëndetësor amerikan është presupozuar kryesisht në dy mekanizma kryesor: Raportimi dhe përgjigjshmëria publike dhe ekonomike. Si një mjet i llogaridhënies publike, përpjekjet e raportimit të performancës për konsumatorët, përveç të disa raportimeve selektive nivel-ofrues-raportim – përfshijnë edhe nismat e VKOSHS dhe HEDIS ®. VKOSHS shërben si protokoll sondazhesh të sponsorizuar nga AKShK, Medicare, Medicaid dhe një mori të blerësve privatë për mbledhjen dhe raportimin e përvojave të konsumatorëve me planet e tyre shëndetësore.^{38,39} Ajo ndihmon blerësin në përzgjedhjen e konsumit /zgjedhjen e planeve të shëndetit dhe stimulon punën konkurruese të planeve të kujdesit shëndetësor.

Komiteti Kombëtar për Sigurimin e Cilësisë (NCQA) duke punuar me blerës, studiues, planifikues të shëndetit dhe advokues të konsumatorit zhvilloi ® HEDIS si një grup të raportimit të të dhënave të standardizuara të TP – me qasje në kujdesin dhe cilësinë e shërbimit, kënaqshmërisë me kujdesin, përdorimin e shërbimeve dhe anëtarësimit, financave dhe manaxhimin e ofruar nga planet dhe rrjetet shëndetësore - duke mbledhur të dhëna nga regjistrimi (dhe kërkesat) burimet administrative, të dhënat mjekësore dhe pjesëmarrësit e anketave.^{1,3,38}

Një organ jofitimprurës privat, NCQA gjithashtu përdor ® HEDIS për qëllime akreditimi dhe mban të dhënat në domenin publik përmes bazës së të dhënave të saj. Këto nisma të lartpërmendura të fokusuara tek konsumi i raportimit luajnë rol në përmirësimin e performancës shëndetësore amerikane nëpërmjet mekanizmave për të ndryshuar sjelljen e ofruesëve, lehtësimin e përzgjedhjes dhe zgjedhjes së konsumatorit, vendimet e blerjes/komisioneve dhe rregullimet nga përgjegjësia publike.^{3,6}

Përveç kësaj, dinamika e tregut të kujdesit shëndetësor të ShBA bën 'zgjedhje' dhe 'dalje' të fuqishme për rregullimin e mekanizmave për drejtim të performancës dhe zbatimit të përgjigjshmërisë. Ky model ekonomik përgjigjës operon brenda një konteksti të tregut, ku përdorimi efektiv i të dhënave të performancës për të ndryshuar sistemin shëndetësor synon politikëbërësit, blerësit, ofruesit dhe publikun për qëllimet e veta.³⁸

Organizata Botërore e Shëndetësisë. Historiku

Në 24 qershor 2000, OBSH, agjencia udhëheqëse ndërkombëtare e shëndetësisë, publikoi Raportin e Shëndetit Botëror 2000 (WHR 2000), i cili ishte përkushtuar për të vlerësuar performancën e sistemit shëndetësor në 191 vendet anëtare. Ky raport përcakton sistemet shëndetësore dhe tregon rëndësinë, evolucionin, qëllimet dhe funksionet e tyre. Më pas vazhdon të propozojë dhe të zhvillojë një kuadër të performancës 'për të ndihmuar Shtetet Anëtare të masin performancën e tyre, të kuptojnë faktorët që kontribuojnë në të, ta përmirësojnë atë, dhe t'iu përgjigjet më mirë nevojave dhe pritjeve të njerëzve që ata i shërbëjnë dhe përfaqësojnë'.

Raporti paraqet rezultatet në një ligë tabelash dhe diagramash, të cilat ndër të tjera tregojnë arritjet aktuale kundrejt potencialit. Megjithatë kuadri OBSH u duartrokit, gjithashtu gjeneroi shumë debat, duke qënë se tabelat, diagramet dhe metodologjia themelore në mes të çështjeve të tjera të diskutueshme kanë qënë intensivisht kontraverse. OBSH është duke rishikuar konceptet dhe metodat e saj për raundin e ardhshëm të raportimit.^{1,3,38}

Kuadri i Performancës

Kuadri i Performancës se Përqasjes të Sistemit Shëndetësor në OBSH është ndërtuar mbi një numër të koncepteve themelore, domethënë: kufijtë e sistemit shëndetësor, objektivat, qëllimet, efienca e sistemit shëndetësor, funksionet e sistemit shëndetësor dhe rëndësia e rritjes së politikave të sistemit shëndetësor. Nën konceptin e kufijve të sistemit shëndetësor, një sistem shëndetësor është përcaktuar si i përbërë nga “burime, aktorë dhe institucione që lidhen me financimin, rregullimin dhe sigurimin e veprimeve shëndetësore”, ku veprimet shëndetësore janë “të gjitha aktivitetet kryesore, qëllimi i të cilit është për të nxitur, rivendosur ose ruajtur shëndetin”. Shëndet më i mirë është konsideruar objektivi kryesor - *raison d'être* - i një sistemi shëndetësor.

Për më tepër, ky objektivi kryesor i përmirësimit të shëndetit është marrë që të këtë dy qëllime shoqërore të dëshirueshme të 'mirësisë' (që do të thotë se një sistem shëndetësor të përgjigjet edhe për atë që njerëzit presin prej saj) dhe 'drejtësisë' (që do të thotë se përgjigjësia është e barabartë për të gjithë, pa diskriminim).^{1,2,38,39}

Në thelb të një sistemi shëndetësor janë tre qëllime: (a) përmirësimi i shëndetit, (b) rritja e përgjigjshmërisë ndaj pritshmërive të popullatës dhe (c) sigurimi i ndershmërisë e kontributit financiar. Aplikimi i dy 'komponentëve të vlerësimit', domethënë niveli mesatar dhe shpërndarja, qëllimi i “shëndetit të përmirësuar” është i ndarë më tej: (a) statusi mesatar shëndetësor dhe (b) reduktimi pabarazive shëndetësore. "Reagimi" përfshin dy komponentë kryesor: (a) respekt për personat dhe (b) orientim të klientit. Për qëllimin e tretë, drejtësia në kontributin financiar është konsideruar vetëm shpërndarja e tij, por jo në nivel mesatar.

Niveli i burimeve të trajtohet si një variabël jokarakteristik për të gjykuar punën. Nivelet e arritjeve të qëllimit për përmirësimin e shëndetit dhe përgjigjësinë, janë reflektim i cilësisë së përgjithshme të sistemit shëndetësor, ndërsa masat e shpërndarjes (secili prej tyre: përgjigjshmëria shëndetësore dhe kontributi financiar) përshkruajnë kapitalin e sistemit.^{1,38,39}

Prandaj, pesë komponentët kryesorë të performancës së sistemit në shëndetësi sipas OBSH janë: niveli i përgjithshëm i shëndetit të popullsisë, shpërndarja e shëndetit në popullsisë, niveli i përgjithshëm i përgjigjshmërisë, shpërndarja e saj brenda popullatës dhe shpërndarja e sistemit shëndetësor. Performanca është vlerësuar nga shuma e ponderuar e pesë komponentëve, si dhe është llogaritur si një "tregues i përgjithshëm i arritjeve". Rezultati vjen nga një sondazh i qëllimit të preferencave i 1006 pjesëmarrësve nga 125 vende.

Efikasiteti i sistemit shëndetësor i referohet një indeksi të përbërë të qëllimit të performancës, që përshkruan se si sistemi shëndetësor arrin përzierje shoqërore të dëshirueshme të pesë komponentëve të qëllimeve të performancës. Funksionet e sistemit shëndetësor, në këtë kuadër sillen rreth katër fushave kryesore - kujdestarisë, financimit, gjënerimit të burimeve, si dhe ofrimit të shërbimeve.^{4,5,37,39}

Treguesit e efikasitetit

Kuadri konceptual i OBSH, në mënyrë eksplicite nuk përdor efektivitetin afatgjatë, por duket se operacionalizon shëndetin (përmirësimi i rezultatit) si një objektiv gjithëpërfshirës të sistemit shëndetësor. Si i tillë, kuadri përcakton një sërë masash të tilla si gjasat e vdekshmërisë pesë vitet e para të jetës, ose në mes të moshës 15 dhe 59 vjeç. Në fund kombinon masat për të vlerësuar shëndetin e përgjithshëm të popullatës, duke e cilësuar atë si "barrën e sëmundjes" ose numrin e aftësisë së kufizuar-të rregulluar për vitet e jetës (DALYs) të humbur.^{1,3,38}

Në gjykimin se objektivi për shëndet të mirë po arrihet, gjithashtu përdoren tregues si, paaftësia e rregulluar për jetëgjatësinë (DALE) dhe vlerësimi i numrit të viteve që një person do të jetojë me shëndet të plotë. DALE llogaritet nga tre lloje të të dhënave: mosha e caktuar fraksion mbijetësën, që vlerësohet nga lindja dhe normat e vdekshmërisë, mosha e caktuar nga prevalenca e çdo lloji të aftësisë së kufizuar dhe pesha e caktuar për secilin lloj të aftësisë së kufizuar.

Siç është dhënë përcaktimi i tre qëllimeve kryesore për një sistem shëndetësor, kuadri percepton 'performancën e qëllimit të përbërë' si efikasiteti. Aty argumenton se efikasiteti përshkruan "se si një sistem shëndetësor arrin rezultatet e dëshiruara me burimet në dispozicion".^{2,3,38}

Duke përdorur një shkallë të marrë nga kufiri i sipërm (domethënë maksimalisht i arritshëm në një sistem shëndetësor) dhe një kufi më të ulët (minimumi i arritshëm) analizon, vlerëson potencialin e sistemit shëndetësor të OBSH. Më pas lidh rezultatet dhe burimet e sistemit shëndetësor në dy mënyra – së pari me burime të statusit mesatar të shëndetit dhe së dyti me burime të treguesit të përgjithshëm të arritjeve bazuar në të gjitha pjesët përbërëse të performancës.^{20,3,38}

Manaxhimi i cilësisë dhe çështjet politike

Cilësia nuk është konsideruar si masë e performancës në kuadrin konceptual të OBSH, por shihet si një arritje e qëllimit të përgjithshëm. Duke përmirësuar dhe manaxhuar performancën e mbështetur me politika përkatëse janë fusha të interesit për kuadrin, duke nxitur krijimin e Nismës së Performancës të Forcimit të Sistemeve Shëndetësore (NPFSSH). Kjo ide është lindur nga OBSH për rritjen e rëndësisë politike të sistemit shëndetësor të përmendur më lart, dhe përfshin konsultime rajonale me vendet, institutet kërkimore dhe organizatat e tjera ndërkombëtare.

Në nivel kombëtar, NPFSSH do të ushqejë debatin politik, lidh veprimet me aksionet dhe zhvillojë kapacitetet kombëtare për të monitoruar dhe përmirësuar performancën.

Globalisht, NPFSSH do të udhëheq zhvillime të mëtejshme të kuadrit, metoda si dëshmi me bazë të fortë ndërkombëtare për politikën.^{1,3,20,24,38}

OBSH thekson se "objekti i përgjegjësisë" duhet të trajtohet në tre nivele, duke u fokusuar në performancën e sistemeve kombëtare, të nënsistemeve dhe institucioneve, si dhe arritjen e qëllimeve të përgjithshme të sistemit shëndetësor. Duke përdorur nocionin e administrimit, një nga katër funksionet kryesore të një sistemi shëndetësor, për të bërë rregullimin e mëtejshëm duke përfshirë gjashtë subfunksionet: dizajnin e përgjithshëm të sistemit, vlerësimin e performancës, vendosjen e prioriteteve, advokim ndërsektorial, vendosjen e sundimit (kujdesi shëndetësor psh. rregullimi mallrave sanitare dhe shërbimeve) dhe mbrojtja e konsumatorit.

Drejtimi në nivel kombëtar përfshin përkufizimin e strategjive themelore për sistemin shëndetësor në tërësi, sigurimin e një mjedisi të përshtatshëm për të gjithë aktorët e shëndetit, si dhe shpalljen dhe mirëmbajtjen e rregullave për sistemin. Në nivel ndërkombëtar, administrimi do të sigurojë një bazë të provave për të ndihmuar vendet në përmirësimin e sistemeve të tyre dhe do të ndikojë në kërkime të përshtatshme globale drejt arritjes së qëllimeve shëndetësore. Kjo ndërmarrje ka pasur një ndikim të jashtëzakonshëm mbi interesat kombëtare në performancën e sistemit shëndetësor.^{1,3,24,38}

Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik. (OECD) Historiku

Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik (OECD), në përputhje me Konventën e themeluar të nënshkruar në Paris më 14 dhjetor 1960 dhe zbatuar më 30 shtator 1961, ka sjellë sëbashku shtetet duke ndarë parimet e ekonomisë së tregut, demokracisë pluraliste dhe respektin për të drejtat e njeriut. Të 30 vendet e industrializuara anëtare të OBEZH thonë se 'shëndeti është thelbësor për njëriut që të funksionojnë mire si qytetarë, anëtarë të familjes, punëtorë dhe konsumatorë'.^{20,21}

Organizata thekson se sistemet moderne shëndetësore, të ndihmuara nga përparimet teknologjike janë thelbësore për promovimin e shëndetit të mirë dhe kurimin e sëmundjes apo të manaxhimit. Rritja e kërkesës në sistemet shëndetësore ka rritur pritshmëritë e konsumatorit, shqetësimin për popullsinë e plakur, rreth gabimeve mjekësore dhe teknologjive gjithnjë e më të shtrenjta shëndetësore vis-à-vis duke fryrë financimin publik, kanë shtyrë shumë vende anëtare për të zhvilluar matjen e performancës dhe strukturat e manaxhimit për të arritur cilësinë dhe efikasitetin e qëllimeve brenda sistemeve të tyre shëndetësore.

Paralelisht me këto përpjekje zhvillimore dhe për të mundësuar krahasime ndërkombëtare mbi raportimin dhe dëshmitë e bazuara në politikë-bërje, OECD ka propozuar një kuadër konceptual për miratimin e shumë aspekteve në kuadër të performancës të sistemit shëndetësor të OBSH. Kuadri, i cili nuk sugjeron ndonjë skemë për qëllimet e sistemit, fokusohet në performancën e sistemit shëndetësor, por jo në çështje më të gjëra të shëndetit publik.^{20,21,24}

Kuadri i Performancës

OBEZH ka propozuar kuadrin e performancës së sistemit shëndetësor që përmban tre qëllime kryesore: (a) përmirësimin e shëndetit dhe rezultatet, (b) reagim dhe akses dhe (c) kontributin financiar dhe shpenzimet e shëndetit. Këto qëllime janë të arritshme duke zbatuar dy 'komponentët e përqasjes' për të eksploruar arritjet e sistemit, specifikisht të nivelit mesatar dhe shpërndarjen sipas çdo qëllimi.

Si rezultat, gjashtë komponentët e performancës së sistemit shëndetësor dalin nga kjo matricë, ku nivelet mesatare të tre qëllimeve të lartpërmendura janë marrë për të matur efikasitetin dhe shpërndarjet e tyre përkatëse për të treguar barazi. Ndryshe nga kuadri OBSH, ku qasja është parë si një nga përcaktuesit e reagimit, këtu 'qasja' është përcaktuar si një komponent thelbësor i "reagimit", në mënyrë që të adresojë çështjet e barazisë së aksesit në kuadër të OBEZH. Në aspektin e dimensioneve të performancës, kuadri OBEZH ka katër objektiva kryesore, si: (a) përmirësim të shëndetit / rezultate, (b) përgjëgjshmëri (c) barazi (e rezultateve shëndetësore, qasjes dhe respektivisht financës) dhe (d) efikasitet (sëbashku për makroekonominë dhe mikroekonominë).^{20,38,39}

OBEZH përpilon dhe publikon treguesit kryesorë në format të shtypur (Shëndeti në një shikim) dhe elektronike (Të dhënat e OBEZH). Të dhënat për 10 fushat kryesore të gjetura në këto baza të dhënash janë: statusi shëndetësor, burimet e kujdesit shëndetësor, shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor, shpenzimet dhe shpërblimi për financimin e shëndetësisë, mbrojtja sociale, tregu farmaceutik, përcaktues jo-mjekësor të shëndetit, referenca demografike dhe ekonomike. Të dhënat për shumë nga treguesit e përfshirë brenda këtyre të dhënave për fushat vijnë nga vendet anëtare, New Eurostat database Cronos, Statistikat Botërore Vjetore të Shëndetësisë të OBSH-Shëndeti Europës për të gjithë, dhe baza të tjera ndërkombëtare të të dhënave.²⁰

OBEZH identifikon tri lloje të sistemeve shëndetësore mes vendeve të saj anëtare. Lloji i parë, si në SHBA, është një sistem shëndetësor me sigurim shëndetësor privat dhe ofrues privat, ku blerësit mund të ndikojnë në koston për njësi dhe nivelin e shpenzimeve shëndetësore. Lloji i dytë i sistemit shëndetësor, si në Holandë është financuar kryesisht nga sigurimi shëndetësor social me ofrues privat ose të përzier, ku qeveria përcakton në masë të madhe nivelin e shpenzimeve shëndetësore.^{21,24}

Lloji i tretë, i njohur si shërbimi kombëtar shëndetësor, ilustruar nga Britania e Madhe, përfshin financimin kryesisht nga tatimi i përgjithshëm me ofrues publik, ku qeveria gjithashtu kontrollon nivelin e shpenzimeve shëndetësore, por efikasiteti mikroekonomik përcaktohet nga ofruesit dhe manaxherët për blerjen e kujdesit shëndetësor për konsumatorët.

Treguesit e efikasitetit

Në kuadër të OBEZH, efikasiteti është konceptuar si 'rezultate shëndetësore' të përcaktuara ngushtësisht nga ndryshimet në gjendjen shëndetësore rreptësisht të atribuar ndaj aktiviteteteve të sistemeve shëndetësore. Edhe pse të pa interesuar në gjendjen shëndetësore në vetvete të përcaktueshme nga shumë faktorë, kuadri përcakton se pasiguritë ende ekzistojnë brenda vetë indikatorëve të përdorur për efikasitetin, gjë që i detyrohet paqartësisë ndërmjet impaktit të kujdesit shëndetësor nga impakti i determinantëve të shëndetit. Këto TP janë matje të operacionalizuara të gjendjes shëndetësore ndaj sëmundshmërisë ose vdekshmërisë së shmangshme, ose masa të procesit të cilat mbahen të jenë të përpunuara me rezultatin.^{1,3,38}

Shembuj të këtyre TP përfshijnë: normat e vaksinimit, hospitalizime të shmangshme nga kushte të zgjedhura, incidenca e sëmundjeve infektive, peshë të ulët të lindjes, vdekshmëri perinatale, vdekshmëri foshnjore dhe vdekshmëria e shmangshme nga kushtet e zgjedhura. Si pjesë e projektit të Sëmundjeve të Lidhura me Plakjen (ARD), organizata mbledh të dhëna mbi normat e mbijetesës nga kanceri, të vdekshmërisë në spital për shkak të infarktit miokardial akut, si dhe shqyrtimin e kancerit të gjirit dhe qafës së mitrës. Normat e vaksinimit dhe depistimit ndaj kancerit të gjirit /qafës së mitrës janë përcaktuar si matje të procesit të kujdesit.

Normat e sëmundshmërisë ose vdekshmërisë së shmangshme janë përfshirë në dëshminë se ndërhyrjet shëndetësore në kohë të përshtatshme do të parandalojnë ose trajtojnë sëmundjen në fazat e hershme.

Këto TP janë marrë për të pasqyruar qëllimin e rezultatit /përmirësimit të sistemeve shëndetësore të OBEZH. Kur shumë vende lidhin bazën e të dhënave të tyre mbi diagnozat individuale, ndërhyrjeve dhe vdekjeve, pritet që analizat longitudinale dhe analizat e kursit-të sëmundjes do ta bëjnë më të lehtë matjen e rezultateve krahasuese shëndetësore.^{1,3,20,38}

Manaxhimi i cilësisë dhe çështjet politike

OBEZH kryesisht përcakton cilësinë në nivelet e rezultateve dhe reagimit shëndetësor, dhe trajtimin e 'manaxhimit të performancës' si 'tërësia e marrëveshjeve institucionale dhe stimulimuese me të cilën niveli i informacionit për performancën është (ose jo) përdorur për të ndikuar për zhvillimin e performancës në sistemet e kujdesit shëndetësor'.

Instrumentet e identifikuar pan-OBEZH të përmirësimit të performancës konsistojnë në vetë-rregullimin profesional, drejt tregut apo pothuajse-tregut dhe të shqyrtimit të jashtëm nga mënyra e gjykimit të kolegëve duke liçencuar, publikuar TP dhe negociata të ri-'kontraktimit'. "Qasja mund të jetë e vetme ose e përbashkët, mbështetur zakonisht nga stimuj financiar dhe jo-financiar dhe rregullimi qeveritar për të siguruar efikasitetin, cilësinë dhe barazinë.^{1,3,38}

Cikli i matjes së performancës dhe përmirësimit të OBEZH ka katër komponentë kryesorë: sistemi i kujdesit shëndetësor, konceptualizimi, matja, analiza dhe veprimi/manaxhimi. Hartuesit e politikave dhe manaxherët brenda sistemit të kujdesit shëndetësor pritet të identifikojnë dobësitë. Pas konceptualizimit dhe matjes, arrijtjet janë krahasuar me objektivat.

Sipas 'analizave', vlerësimi në këtë fazë bazuar në vlerësimin paraprak (baseline) duhet të zbulojë shkaqet e performancës së ulët dhe kosto-efektivitetit si dhe dhe hapat e përmirësimit të nevojshëm, ndërsa vlerësimi më pas duhet të monitorojë aktivitetet e ndërmarra për përmirësim dhe të gjënerojë një 'bazë' dëshmie/evidence për publikun/ politikëbërësit. Përfundimisht, ndonjë ose të katër aktorët shëndetësorë themelorë - konsumatorët, ofruesit, manaxherët dhe politikëbërësit - do të fillojnë veprimet apo ndryshimet e sjelljes në mënyrë që të arrijnë performancën e përmirësimit.^{2,3,24}

I njëjti cikël ka qenë i propozuar për përmbledhjen e fazave të politikës shëndetësore dhe nismave që synojnë përmirësimin e performancës së manaxhimit të sistemit shëndetësor. Në secilin rast, analizat dhe hetimet mund të jenë të nevojshme në mënyrë që të identifikohet se si përmirësohet performanca.

Krahasimi ndërkombëtar mund të nxisë debate ndërkombëtare dhe kombëtare për përmirësim cilësie, informim për politikë-bërjen sidomos për shpenzimet e kujdesit shëndetësor si dhe për teknologjinë e difuzionit shëndetësor, ndarjen e matjes së performancës së mirë dhe praktikave të manaxhimit. Në këtë mënyrë mund të kontribuohet për standardizimin e koncepteve dhe përkufizimeve.

Bazat konceptuale

Pothuajse ekzistojnë kuadër konceptualë sa edhe vende dhe organizata të studiuar. Drejtim i vështirë ka qenë përmirësimi i shëndetit dhe manaxhimi i sistemit shëndetësor rreth konsumit. Konceptualisht, kuadri i ShKSh në Mbretërinë e Bashkuar mbështetet më shumë në një koncept të balancuar kah rezultatit, që është shtyrë drejt manaxhimit të performancës, ndërsa kuadri australian dhe deri diku një masë e madhe e kuadrit kanadez, ndjekin një koncept më racional të shëndetit dhe produktit të shëndetit dhe sistemit - një model informativ, përcaktues shëndetësor.

Ky model nga Lalonde bën kompensim për rolin e mjedisit socio-ekonomik, genet apo konstituimin fizik e biologjik të grup-popullatave, mënyrën e jetesës dhe kujdesit shëndetësor (sistemi) në përcaktimin e shëndetit. Nëse këta faktorë nuk janë konsideruar kur kuadret dhe TP janë zhvilluar për monitorimin e performancës së shëndetit vis-à-vis me sistemin shëndetësor, kjo drejton në rrezikun e konkluzioneve të rreme rreth marrëdhënieve ndërmjet shëndetit dhe kujdesit shëndetësor (ose më ngushtë përkujdesjes mjekësore).

Megjithëse të mbështetur nga një program i përcaktuesëve të shëndetit të popullatës, qasja e SHBA mbetet kryesisht e fragmentuar me informacionin sipërfaqësor të konsumatorit dhe tregut. Në fund të fundit, sistemet shëndetësore kombëtare kanë prioritetet e tyre dhe duhet të kërkojnë mbështetjen e strukturave për punën.^{1,3,38,39}

OBSH dhe kuadri OBEZH inkurajojnë krahasueshmërinë ndërkombëtare, disponueshmërinë e të dhënave, dhe të performancës së bazuar në dëshmi (evidencë) dhe politika që ofrojnë mbështetje për Shtetet Anëtare. Megjithatë, ka shkallë të ndryshme të divergjencës së koncepteve dhe funksionalizimit të objektivave, efikasitetit, dimensioneve të performancës dhe vlerësimit. Pjesa e kësaj divergjence qëndron në vështirësinë e ndërtimit të një kuadri konceptual të shëndoshë rreth të dhënave ekzistuese dhe nismave, ndërsa maten boshllëqet e performancës dhe mirëmbajtja e krahasueshmërisë ndërkombëtare, një lëvizje e stimuluar ndoshta nga WHR 2000.

Një shkak tjetër i rëndësishëm i këtyre dallimeve është tendenca drejt akomodimit të perspektivave politike, epidemiologjike, ekonomike dhe manaxheriale të aktorëve kryesorë.^{1,3,20,23}

Efikasiteti si një koncept

Nocioni i efikasitetit - shkalla në të cilën objektivat e një programi, kujdesi, shërbimi, apo sistemi janë arritur vis-à-vis me burimet financiare. Aplikacionet e efikasitetit në Mbretërinë e Bashkuar, Kanada, Australi dhe Amerikë përcaktojnë dimensionet e shumta të performancës dhe kanë të bëjnë me shërbimin ose ofrimin e kujdesit në arritjen e rezultateve të dëshiruara dhe të qenit në cilësinë bazuar në evidencë, të arritshme, të përshtatshme, në kohë dhe cilësi të lartë, sipas burimeve financiare.

SHBA shkon më tej për të përfshirë përdorimin e tepruar dhe shmangien e nënpërdorimit të shërbimeve. Në të katër vendet, implikimi është se ka standarde dhe objektiva për të vlerësuar këto rezultate.^{1,3,38,30,39}

Për fat të keq, këto objektiva janë nganjëherë të paqarta ose të shumta për të qënë të manaxhueshme. As sistemi i vlerësimit nuk është i zhvilluar mirë (edhe pse vlerësimi i sistemit të performancës në MB, bazuar në sistemin me një është aplikuar në shërbimet shëndetësore akute).

Ndërkombëtarisht, OBSH dhe OBEZH kanë trajtuar konceptin e efektivitetit në drejtim të efikasitetit dhe rezultateve të shëndetit, duke reflektuar një mënyrë ekonomike të të menduarit. Ajo ka qenë e argumentuar se TP për rezultatet shëndetësore duhet të lidhen me ato aspekte të ndryshueshme të kujdesit shëndetësor nga kujdesi apo variablat organizative. Cilado mënyrë, që përcakton objektivat, të cilat duhet të jenë reale dhe me prioritet, duhet të jenë të matshme në mënyrë të qartë ose të paktën të përshtatshme për kuantifikimin minimal ose ndryshe nocioni i efikasitetit bëhet i pakuptimtë.^{2,4,21,20}

Shëndeti publik dhe shërbimet shëndetësore

Në praktikë, vendet e studiuara duket se përdorin kryesisht çështjet e shëndetit publik dhe fushat prioritare të kujdesit shëndetësor si matës për objektivat e sistemit shëndetësor, ndoshta duke reflektuar një përpjekje për të lidhur shëndetin publik dhe shërbimet shëndetësore në kuadër të performancës së sistemit shëndetësor. Për më tepër, kushtet shëndetësore prioritare të tilla si diabeti, sëmundjet koronare të zemrës, kanceri, reflektojnë pikat e forta të njohura të shërbimeve shëndetësore si dhe nevojat epidemiologjike të këtyre vendeve të industrializuara.^{35,36,20}

Në matjen e performancës së sistemit shëndetësor, sfida mbetet në kapjen e përcaktuesëve jo-mjekësorë të shëndetit, siç është paraqitur në kuadrin kanadez dhe australian, por të dobët në kuadrin e OBSH dhe OBEZH. Megjithatë, dallimi mes shëndetit publik (me çështjet më të gjëra të përcaktuesëve të shëndetit të popullatës) dhe shërbimeve shëndetësore (me çështjet e kujdesit klinik dhe kurimin) duhet të bëhet e qartë, duke artikuluar marrëdhëniet e tyre me sistemin e përgjithshëm shëndetësor.

Operacionalizimi i treguesëve të efikasitetit

Për të operacionalizuar TP, të cilët masin shkallën në të cilën objektivat janë përmbushur apo jo, vendet dhe organizatat e investiguara përdorin një kombinim të mjeteve për tejkalimin e problemeve të të dhënave dhe përcaktimin e vështirësisë dhe matjen e objektivave në mënyrë të besueshme dhe të vlefshme.

Për shembull, në Mbretërinë e Bashkuar, Kanada, Australi u bë përdorim i gjerë i të dhënave ekzistuese në zhvillimin dhe aplikimin e këtyre TP, duke krijuar burime të reja të të dhënave kur ishte e mundur, në përputhje me bazat e të dhënave aktuale dhe indikatorët e zgjedhur rishtazi. Një përzgjedhje mes objektivitetit nga të dhënat shkencore dhe fizibilitetit duket të jetë mënyra më e mirë se si këta tregues të efikasitetit janë konceptuar dhe operacionalizuar, ashtu si këto vende dhe agjenci të tjera përpiqen për të qetësuar puritanët dhe pragmatistët.^{1,3,38}

Për më tepër, shumica e treguesëve të efikasitetit të këtyre kornizave janë më shumë tregues rezultati, se sa tregues/matës të procesit. Vlera e një mase të procesit, e cila është zakonisht më e ndjeshme ndaj dallimeve të cilësisë është e varur nga forca e provave që e lidh atë me rezultatet përfundimtare. Ndërsa marrëdhënia korrekte mes kujdesit shëndetësor, efikasitetit dhe rezultateve të përmirësuar shëndetësore mbetet e pazgjidhur. Aktorë të ndryshëm ende kanë pikëpamje të ndryshme se çfarë procese apo rezultate duhet të maten dhe si.^{32,33,37,38}

Një përzierje e llojeve të TP mund të jetë më e dobishme për të vlerësuar perspektivat në interes nga aktorë të ndryshëm. Si për ilustrim, mund të shikoni imunizimin e fëmijëve, që gjendet pothuajse në të gjithë kuadret, si një tregues i efikasitetit. Politikanët duan përgjegjshmërinë e të gjithë aktorëve të përfshirë në programet shëndetësore të vaksinimit dhe të kërkojnë përqindjet e mbulimit të imunizimit për elektoratin dhe komunitetin ndërkombëtar.

Epidemiologët që shohin për TP më specifik mund të jenë të interesuar në: efektivitetin e imunizimit të popullatës mes fëmijëve në moshën 2 vjeçare; efektivitetin e saj të atribuar i cili është dallimi në të dhe lajmëron për fruthin midis fëmijëve të imunizuar dhe jo të imunizuar në atë moshë, efektiviteti i atribueshëm i popullatës, efektiviteti i atribuar ose përqindja e fëmijëve që do të përfitojnë nga imunizimi, për të treguar ndikimin e vaksinimit në popullatë dhe efektiviteti i saj relativ që është raporti i rezultatit (incidenca e fruthit) midis fëmijëve të moshës dy vjec të imunizuar dhe jo të imunizuar.^{1,3,38,39}

Ekonomistët luftojnë për programe të imunizimit kosto-efektive, alokim më të mirë të burimeve dhe të përfitimeve maksimale sociale me inpute apo kosto minimale shoqërore. Manaxherët duan të përcaktojnë objektivat, të zhvillojnë dhe zbatojnë strategjitë e imunizimit për arritjen e tyre dhe matjen e performancës dhe për këtë arsye duhet të përdorin në kohë informacionin përshkrues të performancës për të përmirësuar mënyrën se si programi i vaksinimit do të drejtohet në mënyrë efikase dhe efektive. Nga sa më sipër, operacionalizimi i vaksinimit të fëmijëve bëhet një detyrë e vështirë, si një nga TP më të dobishëm që kërkon efikasitetin e kujdesit parandalues.^{4,5,6}

Çfarëdo kombinimi që të jetë zgjedhur do të varet nga kush zotëron kuadrin e performancës duke bërë thirrje për gjykim me vlerë dhe balancim të perspektivave, disponueshmërinë dhe besueshmërinë e të dhënave, prioritetet e sakta të sistemit, si dhe natyrën e përkohshme të rezultatit të përcaktuar ndaj ndërhyrjes së dhënë.

Efektivitet apo cilësi

Një prirje interesante në të gjitha kuadret është lidhja e nënkuptuar dhe e qartë ndërmjet koncepteve të "efektivitetit" dhe "cilësisë". Kjo është e kuptueshme, duke pasur parasysh shqetësimet në rritje rreth sigurisë, ofrimit të shërbimeve dhe cilësinë e kujdesit ndaj pacientit. Donabedian përcakton cilësinë si "aftësia për të arritur objektivat e dëshiruara duke përdorur mjetet e ligjshme". Siç theksojnë pikat e kuadrit australian, një sistem mund të thuhet se po vepron vetëm në rast të arritjeve të objektiveve të dëshiruara, nëse ai jep ndërhyrje, kujdes ose shërbime me cilësi të lartë.^{30,37,38}

Organizata IM përcakton cilësinë si rritja e mundësisë për gjasat e rezultateve të dëshiruara shëndetësore, në përputhje me njohuritë më të mira profesionale aktuale, si dhe efektivitetin e përcakton si ofrimin e shërbimeve shëndetësore në bazë të njohurive shkencore për të gjithë ata që mund të përfitojnë, duke shmangur përdorimin e tepruar dhe nënpërdorimin. Cilësia mund të jetë një përbërës i treguesëve apo rezultatit kryesor (p.sh. OBEZH dhe OBSH) dhe mund të zhvillohet brenda një kuadri mbështetës (p.sh. SHBA), ndërsa efektiviteti mund të shihet si një dimension i cilësisë. "Cilësia e kujdesit" është përmendur gjithnjë si 'performancë', por mund të jetë gjithashtu "Cilësia e performancës teknike" nga matjet e veta aktuale.

Qeverisja klinike. Në të vërtetë, të katër vendet dhe dy agjencitë përdorin një kombinim të mjeteve për punën dhe përmirësimin e cilësisë. Ky multi-nivel qasje, nëse është qartësisht sinergjik në një sistem shëndetësor, mund të jetë vërtetë më premtues në sigurimin e cilësisë së ofrimit të kujdesit shëndetësor. Kjo ka qenë ilustruar nën konceptin unifikues të bazuar në kujdesin e integruar në komunitet.

Megjithatë, rasti aktual është se këto vende kanë një numër të mbivendosjes së nismave të cilësisë dhe raportimit apo mekanizmave publik për dhënie informacionesh shpjeguese. Disa studime kanë debatuar dobinë e zbulimit publik të cilësisë apo të të dhënave të performancës.^{1,2,3,38}

Mekanizmi i ndryshimit

Informacionet nga TP mund të përdoren për të monitoruar strategjinë e përgjithshme ose punën operacionale të organizatës, si një instrument i organizatës, si një mjet për manaxhim të përditshëm, ose mund të formojnë një pjesë të procesit të vlerësimit individual duke lidhur performancën me pagesën.

Aplikimi i saktë i mekanizmit organizativ dhe mekanizmit të ndryshimit, të përfshirë në përdorimin e të dhënave përfundimtare për të arritur përmirësime mbetet një sfidë e hulumtuar pak, ose në rastin më të mirë, e paqartë në nivelet politike dhe manaxheriale. Kjo mund të jetë për shkak të konvertimit të këtyre TP në tregues të manaxhimit, si dhe të specifikimeve komplekse. Pas krahasimit të rezultateve apo komponentëve të performancës me objektivat e dëshiruara apo qëllimet, duhet të identifikohen mangësitë dhe të identifikohen arsyet. Më pas, përcaktohen mënyrat për të maksimizuar arritjen e këtyre objektiveve, duke lehtësuar proceset e shërbimit dhe të kujdesit, duke ndryshuar modelet e ofrimit, ose thjesht duke bërë objektivat më realiste dhe të arritshme.^{2,4,5,33}

Krahasimi dhe ndarja e praktikave më të mira nëpërmjet krahasimit të politikave dhe përgjigjesisë politike, publike dhe profesionale janë drejtimet e njohura për përmirësim.

Të katër shtetet njohin dhe përdorin mekanizma rregullatore, me qëllim për të arritur efikasitetin dhe cilësinë, siç shihet në shembullin e ShKSh të MB. Stimujt financiarë dhe jo-financiarë si 'autonomia e fituar' gjejnë më shumë aplikim lokal në sistemin shëndetësor dhe duhet të jenë mjete të mira të manaxhimit ku standardet e ofruara janë uniforme, të drejta dhe pragmatike. Të gjitha këto ekzistojnë në një kontekst të politikave të hartuara për të qeverisur zbatimin dhe manaxhimin.^{38,39}

Megjithatë, shumë dokumente qeveritare të hulumtuara kanë detajuar kaq shumë reformën e politikave sa të rrezikojë të bëhet një “makinë në lëvizje të vazhdueshme” me një cikël të vazhdueshëm të "pritshmërive të larta dhe me retorika të fryra". Kjo e bën shumë të mundshme për reformën e politikave shëndetësore që të dështojë gjatë zbatimit.

Ende mbetet përgjegjësi qeveritare për të hartuar qartë politikat dhe strategjitë udhëzuese, për të vendosur objektiva relevante me një “kushtetutë komunitare”, për të ndihmuar zhvillimin e një matje të performancës gjithëpërfshirëse dhe të kuadrit të manaxhimit për sistemin kombëtar shëndetësor me sisteme informacioni të integruar dhe për të siguruar përgjigjshmëri.³⁶

Mjedisi i Performancës

Pas krijimit dhe zhvillimit të një kuadri të tillë, bazuar në të dhëna, strukturë dhe nevoja, qeveritë duhet të shkojnë përtej përmbajtjes së kuadrit për të ndryshuar kontekstin, apo çfarëdo që në e quajmë këtu si mjedis të performancës, në të cilën ajo do të pranohet, aplikohet dhe vlerësohet.

Një mjedis i tillë i performancës do të përfshijë konceptin e manaxhimit të performancës, por edhe do t'i kushtojë vëmendje specifike se si një kuadër konceptual i veçantë lidhet me çdo informacion ekzistues shëndetësor dhe infrastrukturën e komunikimit, nismave të shëndetit publik, institucionet rregullatore, mirëqënien sociale dhe shërbimet shëndetësore, aktorë ose përdorues të kuadrit, politikat strategjike, stimuj, “kulturë organizative” dhe mekanizmat e manaxhimit.

Konkluzione

Këto kuadre të matjes dhe manaxhimit të performancës kanë ende nevojë për të adresuar disa çështje konceptuale dhe funksionale në lidhje me efektivitetin/efikasitetin dhe cilësinë. Duhet spjeguar efektiviteti/efikasiteti dhe cilësia e shërbimeve në nivel shëndetësor dhe më pas në sistemet e nivelit shëndetësor dhe të sqarohet qasja e tyre në performancën e shëndetit publik, shërbimet dhe sistemin shëndetësor.

Gjithashtu, treguesit e efektivitetit/efikasitetit duhet të jenë qartësisht realist, të para-përcaktuar dhe me sistem objektivash dhe rezultatesh të qarta. Me kohë, të dhënat parashkruese të performancës janë të rëndësishme për përmirësimin e proceseve dhe rezultateve për të arritur objektivat e caktuara.

Ndërsa këto të dhëna jo domosdoshmerisht ofrojnë të japin informacion të manaxhimit, ekzistojnë mekanizma të ndryshme dhe nisma që mund të jenë të lidhura me këto kuadre për të siguruar përmirësimin dhe cilësinë e performancës.^{2,5,38,39}

Kuadri i performancës në një sistem shëndetësor nuk duhet të zëvendësojnë performancën aktuale, por duhet të gjejë komoditetin e vet në një mjedis performancë të rregulluar dhe të nxisë një kulturë të përmirësimit të vazhdueshëm.^{1,3,38}

Përdorimi i Metodave Kualitative si Mjet për Vlerësimin

Studimi i komunitetit bazohet në parimet e vlerësimit dhe kerkimit pjesëmarrës. Supozimi kryesor që shoqëron vlerësimin pjesëmarrës është që angazhimi i aktorëve në hartimin dhe implementimin e vlerësimit, kerkimit apo në procesin e planifikimit-përmirëson vërtetësinë dhe përdorimin e rezultateve, rrit përfshirjen e aktorëve dhe ndërkaq rritet probabiliteti i fuqizimit të kapaciteteve të aktorëve për të projektuar dhe realizuar apo manaxhuar procesin e vlerësimitⁱ. Mënyra dhe shkalla e pjesëmarrjes ndryshon nga përfshirja e aktorëve gjatë gjithë procesit të vlerësimit si dhe nga kërkuesi i cili mund të angazhojë në mënyrë të plotë individët/grupin që ai/ajo është duke vlerësuar.^{27,33}

Në lidhje me vlerësimin pjesëmarrës ekziston Teoria e Fuqizimitⁱⁱ, e cila influencohet nga marrëdhëniet, kultura dhe historia individuale, si dhe ambienti individual social dhe praktikat shëndetësore. Ky është një aspekt i rëndësishëm i studimit QSA të komunitetit. Teoria e Fuqizimit propozon që disekulibri social dhe ekonomik me i hasur tek grupet minoritare etnike/raciale parandalon mirëqënien dhe përfshirjen individuale në sjellje që nxit këtë mirëqënie.^{3,4}

Në procesin e fuqizimit, sjelljet pozitive individuale kanë të bëjnë me përcaktimin e nevojave individuale dhe të komunitetit si dhe në hartimin e një plani pune për të plotësuar këto nevoja.

Mendimet kritike, dialogu, reflektimet në grup dhe veprimet janë komponentët kryesorë të procesit të fuqizimit jo-hierarkik dhe kanë demonstruar të përmirësojnë kapacitetin për individët, organizatat dhe komunitetet në lidhje me fuqizimin e shërbimeve për familjet me të ardhura të pakta duke sjellë përmirësimin e potencialit krijues të fëmijët/rinjtë dhe të prindërit e tyre. Kështu përfshirja e organizatave me bazë komuniteti në vlerësimin pjesëmarrës dhe planifikim mund të kontribuojë në vetë fuqizimin e programit të vlerësimit.^{2,4,17}

Terreni Shqiptar në lidhje me M&V

Në nëntor 2001, Qeveria e Shqipërisë aprovoi Strategjinë e Zhvillimit dhe Reduktimit të Varfërisë (GPRS- Qëndrimi i Qeverisë për dokumentin e Strategjisë së Reduktimit të Varfërisë), e cila synon të adresojë sfidat e zhvillimit të Shqipërisë dhe të arrijë në një ekuilibër nëpërmjet rritjes ekonomike dhe reduktimit të varfërisë. Shëndeti, arsimi dhe infrastruktura janë identifikuar si fusha prioritare, ndërsa mbajtja e stabilitetit makroekonomik dhe mbrojtja sociale e duhur shikohen si parakushte të nevojshëm për implementimin e kësaj strategjie.^{24,30}

Qëllimet kryesore të GPRS, të cilat do të arrihen janë: (i) rritja e GDP në 22-25% në 2002-2004; (ii) ulja e numrit të individëve që jetojnë në varfëri; (iii) përmirësime në infrastrukturë dhe shërbimet bazë, duke përfshirë arsimin dhe kujdesin shëndetësor, akses në ujë të pijshëm, energji elektrike dhe kanalizime, me kujdes të veçantë në rritjen e aksesit ndaj shërbimeve nga të varfërit; (iv) ulja e nivelit të vdekshmërisë amëtare dhe foshnjore si dhe incidencës së sëmundjeve infektive, (v) rritja e numrit të nxënësve në arsimin fillor dhe tetëvjeçar si dhe e mesatares së periudhës së shkollimit.^{3,5,30}

GPRS gjithashtu përfshin kapacitete ndërtuese për të mbështetur projektimin dhe implementimin e sistemit të Monitorizimit dhe Vlerësimit (M&V) që do të monitorizojë rregullisht impaktin e politikave dhe programeve të GPRS tek përfituesit si dhe do të ofrojë oportunitete për përfituesit, nga ana tjetër do të sigurojë dhënie informacioni dhe pjesëmarrje në përmirësimet dhe rregullimet e vazhdueshme të procesit të reformave.^{2,3,33}

Sistemi (M&V) do të përbëhet nga komponentë të ndryshëm që përfshijnë: (a) Studim për të Matur Standardet e Jetesës (LSMS); (b) Vlerësimin Cilësor të Aktorëve; (c) studime specifike për sektorin siç është studimi për shërbimet e ofruara; dhe (d) mbështetje institucionale për të nxitur dhe lehtësuar procesin e konsultimit, rishikimit dhe vlerësimit ndërmjet aktorëve kryesorë dhe vendim-marrësve (qeveritarë dhe jo-qeveritarë) në nivel lokal, rajonal dhe kombëtar.^{5,29}

Fondet nga HSRDP janë përdorur për të mbështetur sistemin M&V, që përfshin Vlerësimin Cilësor të Aktorëve (QSA) në shëndetësi, i cili u krye në një komunitet model që përfaqëson popullatën urbane dhe rurale në Tiranë. QSA u projektua për të plotësuar rezultatet e LSMS si dhe për të plotësuar përpjekjet e bëra më së fundi nga MSH dhe institucione të tjera në drejtim të mbledhjes së të dhënave me qëllim për të kuptuar më në detaje pengesat me të cilat hasen përfituesit në lidhje me aksesin dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore.^{36,33}

Qeveria Shqiptare ka iniciuar ndryshime në sektorin shëndetësor, të cilat janë të lidhura me rishikimin e rolit dhe përgjegjësitë të Ministrisë së Shëndetësisë. Shumë nga funksionet e mëparshme të MSH janë deleguar në institucionet ekzistuese apo të krijuara rishtazi si ISHP,

ISKSH, Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit dhe QKEV. Një proces bashkëpunimi me sistematik dhe transparent është i nevojshëm ndërmjet MSH dhe këtyre institucioneve me qëllim monitorimin e impaktit të politikave dhe programeve, si edhe të performancës së sistemit shëndetësor si një i tërë. Ky dokument paraqet vizionin, kuadrin dhe indikatorët, të cilët janë të nevojshëm në procesin e planifikimit strategjik dhe atij bazuar në evidencë si dhe për monitorimin në të ardhmen e politikave, programeve të sistemit shëndetësor dhe institucioneve shëndetësore.^{35,36,3}

Prioritetet e Strategjisë Afatgjatë të Sistemit Shëndetësor 2007-2013 janë përdorur si një bazë mbështetëse në lidhje me sistemin e M&V, sepse mendohet që këto prioritetet janë ende relevante dhe realisht aktivitetet e institucioneve shëndetësore janë në përputhje me to. Për më tepër, katër prioritetet strategjike përfshijnë të gjithë dimensionet e performancës së sistemit shëndetësor. Mënyra e organizimit të sistemit të monitorimit mund të evoluojë dhe ndryshojë në varësi të rishikimit të strategjisë afatgjatë të sistemit shëndetësor.^{21,33,4}

Me qëllim krijimin e idesë së plan-veprimit për sistemin shëndetësor janë hartëzuar të gjithë aktivitetet që kryen aktualisht çdo institucion kombëtar në sistemin shëndetësor si dhe aktivitetet që janë në proces apo të planifikuara nën prioritetet strategjike të lidhura me strategjinë afatgjatë të sistemit shëndetësor.

Prioritetet Strategjike aktuale janë si më poshtë:

1. **Prioriteti strategjik 1:** Rritja e kapaciteteve për të menaxhuar në mënyrë efektive shërbimet dhe institucionet shëndetësore
2. **Prioriteti strategjik 2:** Rritja e aksesit në shërbime shëndetësore efektive
3. **Prioriteti strategjik 3:** Përmirësimi i financimit të sistemit shëndetësor
4. **Prioriteti strategjik 4:** Përmirësimi i qeverisjes së sistemit shëndetësor

Programi Kombëtar i HIV/SIDA dhe M&V

Megjithëse Shqipëria aktualisht ka nivel të ulët të infeksionit HIV në popullatën e përgjithshme ekzistojnë shqetësime për kushtet që mund të lejojnë shfaqjen e një epidemie, veçanërisht në popullsinë në nevojë. Në vitin 2008, vendi miratoi një strategji të plotë për të trajtuar HIV/AIDS në vitet 2008 - 2014. Për të monitoruar progresin drejt implementimit të kësaj strategjie, Shqipëria ka zhvilluar një monitorim kombëtar të HIV/AIDS-it dhe planin e vlerësimit.^{34,39}

Qëllimi kryesor i strategjisë kombëtare për HIV/AIDS në Shqipëri është të ruajë prevalencën e ulët të HIV-it në vend. Kjo arrihet përmes punës në katër komponentët strategjikë. Plani i M&V është strukturuar rreth këtyre komponentëve strategjikë. Një matricë treguese është zhvilluar me tregues në nivel tërheqje.^{34,37}

Në nivelin e parë ose më të lartë, treguesit kërkojnë për të vlerësuar efektin e strategjisë kombëtare në tërësi. Në nivelin e dytë, kërkojnë për të matur shërbimet që ofrohen në kuadër të çdo komponenti strategjik.

Treguesit e ofrimit të shërbimit përfshihen në tre nivele: - Numri i personave të trainuar, numri i pikave të ofrimit të shërbimit të zgjeruara ose të krijuara dhe numri i njerëzve të arritur. Kjo qasje është e bazuar nga ndjekja e Fondit Global dhe është në përputhje me metodën e përshkruar në një burim me shumë donatorë për çështjen e M&V të HIV/AIDS.³⁸

Para atij procesi, UNAIDS lehtësoi një seminar aktorësh në dhjetor 2004, i cili krijoi një Grup Reference M&V(MVGR), të përbërë nga specialistë në fushën e HIV/AIDS, duke përfshirë njerëz nga institucione të ndryshme, të tilla si ISHP, MSH dhe institucione akademike.

Rolet e MVGR përfshijnë zhvillimin e një sërë treguesish për sistemin kombëtar M&V të HIV/AIDS, mbledhjen, analizën dhe shpërndarjen e të dhënave (NAP, 2004). MVGR ka zhvilluar një sërë treguesish paraprak për përdorim brenda një sistemi kombëtar të M&V. Përveç krijimit të MVGR, seminarit të aktorëve themeluar në dhjetor 2004 është parë nevoja për ndihmë nga një konsulent në procesin e zhvillimit të një sistemi kombëtar për M&V të HIV/AIDS. USAID/Albania ka rënë dakord për të siguruar burime financiare për këtë konsulent, i cili vizitoi Shqipërinë nga data 09 - 15 janar, 2005.^{2,3,33,37}

Aktiviteti kryesor i kësaj detyre ishte puna e detajuar dhe intensive me stafin e Programit Kombëtar të AIDS-it, duke përfshirë një sesion praktik trainimi njëditor, që u përqëndrua në M&V në kontekstin shqiptar. Përveç kësaj, dokumentet kryesore janë shqyrtuar dhe janë mbajtur disa takime konsultative me palët kyçe të interesuara.³³

Arti i planifikimit në shëndetësi është relativisht i ri në shumë vende të zhvilluara dhe rezultatet e tij nuk janë të shkëlqyera. Megjithatë, për politikbërësit të cilët mbështesin përmirësime të qëndrueshme të sistemit shëndetësor dhe principet e barazisë është një proces esencial dhe ka nevojë për përmirësime dhe jo për t'u nënvlerësuar.^{34,39}

Procesi i planifikimit, që luan një rol të rëndësishëm në marrjen e vendimeve të sistemit shëndetësor është mjaft i rrezikuar nga një seri zhvillimesh. Këto përfshijnë rritjen e numrit të projekteve, politikat e papërshtatshme të decentralizimit dhe rritjen e rolit të OJQ-ve. Më serioz është krijimi i Mendimit të Ri, i cili shmang rolin e shtetit në shërbimet shëndetësore të ofruara. Vitet '70 për shumë vende ishin periudha e lindjes së planifikimit shëndetësor në nivel shtetëror. Me pak përjashtime të veçanta (siç është India, e cila ka patur një historik të gjatë), planifikimi shëndetësor u zhvillua në këtë periudhë si një aktivitet i formalizuar në Ministrinë e Shëndetësisë.^{35,36,38}

Ai zëvendësoi metodat e mbyllura dhe autokratike të marrjes së vendimeve të kontrolluara nga një ose shumë individë të fuqishëm. Planifikimi shëndetësor u pa si mjeti më i hapur, racional dhe sistematik për të patur vendime alokative të lidhura me të ardhmen dhe që i përgjigjeshin një seri zhvillimesh në vitet '70 që arritën kulmin me Deklaratën e Alma – Ata.³⁷

Ka shqetësime të konsiderueshme, se roli i planifikimit në sektorin shëndetësor rrezikon të nënvlerësohet. Kjo asnjëherë nuk është pranuar hapur dhe shumë ministri mund të protestojnë për një pohim të tillë. Megjithatë, në praktikë kanë qënë një seri zhvillimesh vitet e fundit të cilat po cojnë drejt ndryshimit dhe zvogëlimit të rolit të planifikimit. Për ata që besojnë në rëndësinë e metodës së planifikimit të zhvillimit të shëndetësisë, kjo përbën një shqetësim në rritje.

Planifikimi shëndetësor është përgjigja e dilemës që përballen të gjithë vendet. Si mundet që burimet e kufizuara të disponueshme, t'u përgjigjen kërkesave ose nevojave në rritje për kujdes shëndetësor në çdo kohë? Cilat janë zgjedhjet me të përshtatshme për përdorimin sa më të drejtë të këtyre burimeve dhe cilat aktivitete ose probleme shëndetësore nuk do të zgjidhen? Që kjo dilemë ekziston është pranuar gjëresisht, madje edhe në vende të pasura si SHBA, megjithëse zgjedhjet e tyre do të jenë në nivele të ndryshme burimesh. Ka dy përgjigje për këtë dilemë. Së pari, vendimet se sa dhe cfarë lloji shërbimi shëndetësor do të ofrohet mund të lihet të përcaktohet nga tregu, si dhe në rastin e shumë të mirave të tjera, si psh.ushqimi. Në një situatë të tillë shpërndarja e burimeve në zona të veçanta të vendit ose për lloje të veçanta të kujdesit shëndetësor, do të jepen si përgjigje të kërkesave për to. Atje ku kërkesa është e ulët, këto shërbime nuk do të ofrohen.^{4,8,36,37}

Kjo metodë është hedhur poshtë nga pjesa më e madhe e Ministrive të Shëndetësisë të vendeve në zhvillim për arsye të ndryshme. Për disa prej tyre është një inerci historike. Për shumë vende, situata e trashëguar është që shërbimet ofrohen nga sektori publik dhe nëse nuk janë falas, janë të subvencionuara. Në të tilla rrethana, tregu i lirë “normal” nuk do të veprojë dhe planifikimi është i domosdoshëm si mjet për të përcaktuar prioritetet dhe për të marrë vendimet e nevojshme për shpërndarjen e tyre.³⁸

Më e rëndësishme është se përdorimi i tregut është parë si antitezë e principeve të kujdesit shëndetësor parësor. Kjo përfshin pohimin që metodat e tregut janë në kundërshtim me principin e përgjigjeve multisektoriale ndaj problemeve shëndetësore. Kujdesi Shëndetësor Parësor bazohet gjithashtu në mendimin që kujdesi shëndetësor disponibël, i limituar në çdo vend dhe në çdo kohë duhet të ofrohet në mënyrë të barabartë në bazë të nevojave sesa në bazë të mundësisë për të paguar (që nënkuptohet në metodat e tregut).^{35,36}

Së fundi, metoda e tregut është hedhur poshtë si e paaftë për të marrë vendime afatgjata të nevojshme për të siguruar përmirësime të qëndrueshme në shëndetësi.

Atje ku tregu nuk është pranuar si mjet për përcaktimin e prioritetëve duhet një mekanizëm tjetër shpërndarës dhe planifikimi ofron këtë mekanizëm duke krijuar një proces, i cili përcakton sistematikisht sa burime duhet të shpërndahen në zonat me prioritet më të lartë.^{20,30}

Në dy dekadat e fundit, sistemi i planifikimit shëndetësor është institucionalizuar në një sërë ministrish shëndetësie. Suksesi i këtij sistemi ka qenë i niveleve të ndryshme dhe unë nuk do të përpiqem të detajoj mekanizimin e një sistemi planifikimi ose të spjegoj arsyet e suksesit (Green 1992). Megjithatë një nga problemet që planifikimi ka hasur gjatë dy dekadave të fundit është që shënohen pak ndryshime të arritura. Planifikimi, shpesh ka qenë fajtor për përpjekje të mëdha për të prodhuar thjesht plane se sa për të qenë një katalizator ndryshimesh. Sigurisht, shpesh janë harxhuar energji për të shkruar dokumente të mbushur me principe bazë dhe qëllime të mëdha se sa për të shndërruar qëllimet në realitet. Për shembull, disnivele midis tipeve të ndryshme të shërbimeve (siç janë spitalet dhe shërbimet parësore) është pranuar prej kohësh, por kjo nuk reflektohet në shpërndarjen e burimeve. Ka arsye të ndryshme për këtë, por një në veçanti ka nevojë të zgjerohet me tëj.^{4,5,30,37}

Në disa vende planifikimi është konsideruar si një aktivitet teknik i realizuar nga specialistë planifikimesh. Kjo ka çuar në izolim të planifikimit nga manaxherët e shërbimeve dhe si pasojë në plane të papërshtatshme. Gjithashtu ka çuar në dështim të njohjes së natyrës politike të planifikimit që vjen nga pushteti i tij potencial për të akorduar burime. Vënia e theksit në metodën *teknokratike* shpesh ka çuar në dështimin për të konsideruar faktorët politikë. Rezultati ka qenë që në një numër vendesh, planifikimi qëndror shëndetësor ka dështuar në realizimin e objektivave që priteshin prej tij. Megjithatë objektiva të tilla shpesh kanë qenë jo të arritshme dhe fakti që planet mund të mos zbatohen plotësisht nuk është një argument për të zbehur rolin e planifikimit, por e kundërta, një tregues i nevojës për të mbështetur më shumë procesin e planifikimit. Një seri zhvillimesh në planifikimin shëndetësor gjatë dekadës së fundit ka treguar që si disiplinë është në gjendje të sjellë ndryshime nëse i jepet mundësia. Një shembull i tillë është kalimi nga plane të ngurta 5-vjecare në plane fleksibël 3-vjecare të shfaqura në shumë vende.

Megjithatë, gjatë viteve të fundit, sëbashku me dështimet në planifikim ka ndodhur një numër zhvillimesh në fushën ndërkombëtare të shëndetësisë. Disa prej tyre kanë ardhur si rezultat i uljes së rolit të planifikimit dhe zëvendësimi i tij ose nga mekanizmat e tregut ose nga procese vendim-marrëse më të mbyllura (kufizuara).^{6,24,32,38}

Vitet '80 janë karakterizuar nga shumë vende si krijimi i ideologjisë së mënyrës së re të mendimit.

Në qendër të saj qëndrojnë mendimet që tregu është mjeti më efikas për të marrë vendimet alokative, ku mbizotërojnë interesat individuale (koncepti ekonomik i mbretërimit të konsumatorit), si edhe bindja për zvogëlimin e supozuar të përgjegjësive dhe fuqisë së shtetit.³⁴ Ky mendim ka pasoja të rëndësishme në rolin e planifikimit. Ka patur një efekt pozitiv në rritjen e ndërgjegjësimit që qeveritë mund të luajnë tre role të mundshme në shërbimin shëndetësor të ofruar: të financuesit, të ofruesit të shërbimeve dhe atë të rregullatorit në shërbimin shëndetësor. Për shumë vende në zhvillim këto tre funksione plotësohen tërësisht pasi shteti është ofruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore. Si rezultat, funksioni i shtetit si rregullator nuk është zhvilluar mirë duke u konsideruar si një pjesë përbërëse e funksionit të tij, si ofrues i shërbimeve shëndetësore. Pasoja është se funksioni i tij si rregullator në sektor publik ose privat shpesh nuk është zhvilluar.^{33,34}

Megjithëse shteti mund të jetë një nga argumentet e qëndrueshëm që e favorizojnë për të qenë ofruesi direkt i kujdesit shëndetësor (lidhur veçanërisht me ekonominë e shkallës) është krejtësisht e realizueshme për shtetin të mbajë një rol koordinues dhe planifikues nëpërmjet financimit të tij dhe funksioneve rregullatore, duke mos qenë ofruesi direkt i shërbimeve shëndetësore. Një shembull i tillë mund të shihet në vendet si Tanzania ose Zimbabve ku shteti ka kontraktuar disa OJQ ose organizma fetare për të kryer disa shërbime shëndetësore të sektorit publik, të financuara nga fonde publike.^{37,38}

Një strategji e tillë mund të jetë tërheqëse për shumë ministri shëndetësie pasi i lehtëson nga pesha e manaxhimit direkt të këtyre institucioneve shëndetësore. Megjithatë është thelbësore në të tilla rrethana që ministrinë të mbajnë e të zhvillojnë planifikimin dhe sistemet rregullatore që sigurojnë që tipet e përshtatshme të shërbimeve të ofrohen sipas prioriteteve të përcaktuara nga qeveria. Riorientimi ose zhvillimi i funksioneve të tilla të planifikimit nuk është veçanërisht më i mirë. Një shembull i mirë është Britania e Madhe, e cila po ndjek aktualisht këtë rrugë, me ndarjen ofrues–blerës. Në veçanti, specifikimet, kostot dhe monitorimi i nevojshëm i cilësisë varet nga sistemet e përshtatshme të informacionit, të cilat nuk disponohen nga shumë vende në zhvillim.^{34,30,38}

Përdorimi i shërbimeve të sektorit privat për të ofruar kujdes shëndetësor në emër të shtetit bazohet në filozofinë e të “Drejtave të Reja” (New Market) të tregut, në besimin që sektori privat është një ofrues efikas i shërbimeve. Ai, jo gjithmonë ka nevojë të zvogëlojë rolin e shtetit në planifikim strategjik, siç është përcaktuar më sipër. Por fakti që në Mendimin e Ri, theksohet roli i individit në vendim-marrje se sa i komunitetit, ka çuar në zhvillime të tjera të kujdesit shëndetësor të cilat kanë sjellë implikime serioze për planifikimin.

Së pari, ajo është përdorur si arsye për të rritur kontributet individuale në financimin e kujdesit shëndetësor. Kjo zhvendosje e theksit nga mjete *sociale* të financimit drejt mjeteve individuale ka çuar veçanërisht në kohët aktuale me burime të kufizuara në zhvillimin e mekanizmave të pagesës nga përdoruesi. Kjo i shtohet zhvendosjes drejt kontraktimit dhe është e mundur që në mungesë të një mekanizmi rregullues të fuqishëm të na cojë drejt mundësive të limituara për kontroll qëndror ose koordinim dhe drejt mënyrës sektoriale private të kujdesit shëndetësor me të gjitha mangësitë e pritshme në barazi (equity).^{1,2,39}

Së dyti, vënia e theksit tek individi kundrejt komunitetit sjell implikime serioze për pjesëmarrjen e komunitetit në hartimin e procesit të planifikimit.

Ndërsa deklarata e Alma-Ata mbron rolin e të dhënave kolektive në marrjen e vendimeve, e Drejta e Re nënvlerëson këtë nëpërmjet metodës së saj të individit. Kjo ka çuar në ndryshime dramatike në mënyrën e planifikimit në sistemin shëndetësor ku mbizotëron kjo ideologji.^{1,3,38} Psh. në Angli, National Health Service (NHS), metodat e sektorit privat të marketingut që përdorin metodat e kërkimit të tregut konsiderohen përherë e më shumë për të sjellë në procesin e planifikimit të dhënat nga konsumatori. Megjithatë e rëndësishme është njohja e diferencës ndërmjet metodave pjesëmarrëse në planifikim nëpërmjet individëve apo komuniteteve.³⁹

Një fenomen tjetër që ka ndikuar në zhvillimin e planifikimit shëndetësor gjatë viteve të fundit lidhet me rritjen e theksit në politikat e decentralizimit. Ndërkohë që ka shumë argumente për decentralizimin është kthyer në një koncept që pak guxojnë ta vlerësojnë. Në disa vende, zbatimi i politikave të decentralizimit ka qenë me efekte negative në lidhje me procesin e planifikimit. Në disa raste decentralizimi është parë si një zgjerim natyral i së drejtës së re të mendimit dhe në fakt është përdorur si justifikim i padeklaruar i politikave të privatizimit. Si i tillë rrezikohet nga problemet që përmendëm më lart.

Së treti, decentralizimi shpesh është kryer pa një analizë të kujdesshme të roleve dhe funksioneve planifikuese të qendrës dhe periferisë në këto sisteme. Si rezultat, disa vende po hasin vështirësi të mëdha pasi planifikimi mbetet në hendekun midis këtyre dy niveleve. Roli i qendrës është të hartojë strategji të gjera udhëheqëse, të marrë vendime për shpërndarjen e burimeve, të koordinojë planet lokale dhe të ofrojë këshilla të specializuara për planifikimin. Roli i periferisë është të zhvillojë dhe zbatojë planet lokale. Megjithatë, sa më paqartësisht të jenë përcaktuar rolet, aq më e vështirë është të rivendoset sistemi i planifikimit. Për më tepër, nëse nuk njohim (ndërgjyegjësohemi) për nevojën që sjell procesi i decentralizimit në lidhje me zhvillimin e domosdoshëm të burimeve njerëzore është e mundur që planet lokale të mos jenë të hartuar siç duhet dhe të humbasin kredibilitet.^{27,30,31,37}

Krijimi i OJQ-ve

Kohët e fundit është krijuar një zgjidhje e re për të kënaqur nevojat e të gjithëve nëpërmjet zgjidhjeve të lehta dhe të thjeshta. OJQ-të, nga shumë konsiderohen si makineria që do të shpëtojë sistemin shëndetësor nga gjendja në të cilën ka rënë. Shkëlqimi i tyre meteorik në vitet e fundit mund të lidhet me faktorë të ndryshëm, prej të cilëve decentralizimi dhe ideologjia e Mënyrës së Re janë dy më të rëndësishmit. OJQ-të krijuan një sektor të shkëputur. Kur janë të vogla, përdorimi i tyre mund të jetë relativisht efektiv. Megjithatë, meqenëse donatorët zhvendosin vëmendjen e tyre drejt këtij sektori duke e financuar atë, rritja në përmasa e këtij sektori sugjeron nevojën për mekanizma koordinimi dhe rregullatore, me qëllim që të mos të dëmtohet efienca e këtij sektori.^{37,38}

Aftësitë në planifikim

Subjekti i katërt është përsëri i lidhur me të parin, riemergjenca e opinioneve për planifikim si një aktivitet që është kryesisht ose i zbatimit të mirëkuptimit të përbashkët ose i sektorit të profesionit mjekësor. Kjo është temë e vështirë. E rëndësishme është që planifikimi të mos zhvillohet jo si një aktivitet teknokratik profesional, por si një proces i gjerë, i zotëruar nga grupe

të ndryshme, duke përfshirë komunitetin dhe specialistët e shëndetësisë. Megjithatë, planifikuesit teknik kanë një rol që të sigurojnë se ky proces është organizuar dhe vepron me kujdes, dhe për këtë duhen aftësi specifike specialistësh. Të neglizhosh këto aftësi në procesin e planifikimit është një zhvillim i rrezikshëm.^{34,37,38}

Dominimi i donatorëve

Subjekti tjetër është rritja e efektit të dëmshëm që donatorët kanë tani në procesin e planifikimit të një vendi. Nga njëra anë, për shkak të padurimit mbase të kuptueshëm në lidhje me ngadalësinë, mungesën e ekzistencës ose naivitetin e sistemeve të planifikimit shëndetësor, donatorët të paduruar për të arritur rezultate janë duke influencuar së tepërmi proceset e planifikimit. Mënyra më e dukshme në të cilën ato shfaqen është nëpërmjet zhvillimit të projekteve të mëdha sektorial, të cilët shpesh janë modest për vendet e tyre. Këto mund të kenë efekte serioze aftagjatë në zhvillimin e një sistemi planifikues të qëndrueshëm dhe të plotë.

Megjithëse teorikisht, këto projekte janë produktet e përbashkëta midis ministrive të shëndetësisë dhe agjencive të donatorëve, projekte të tillë në praktikë janë mjaft të influencuar nga opinionet e donatorëve, që mund të vendosin edhe kushte në projekt.

Shqetësimi i donatorëve rreth zbatimit të planeve të tilla, shpesh me insistimin e tyre rezulton në marrëveshje të veçanta të zbatimit, të cilat variojnë nga sisteme raportimi të veçantë në institucionalizim nëpërmjet Njësive të Zbatimit të Projekteve.

Këto të fundit përmbajnë farën e shkatërrimit të shumë strukturave planifikuese strategjike. Të krijuara për secilin projekt, për të siguruar zbatimin e tyre, ato shpesh rezultojnë në një seri të NjZP brenda një ministrie pa koordinim ose zhvillim të aftësive zbatuese të qëndrueshme. Për më tepër, shpesh absorbojnë aftësi më të mira planifikuese (të tërhequr nga rrogat me të larta në treg) duke lënë zbuluar funksionet e planifikimit strategjik. Rrjedhja e kapaciteteve në të tillë projekte ka gjithashtu efekte negative në mundësinë e zhvillimit të strategjive aftagjata, brenda kuadrit të ciklit të planifikimit.^{3,5,20,38}

Ironia është se donatorët me ndershmëri argumentojnë se duhet të zhvillojnë projektet në këtë mënyrë, si rrjedhojë e mungesës së kapaciteteve të brendshme planifikuese. Është e rëndësishme se prodhimi i një plani strategjik të pranueshëm, por edhe të zbatueshëm është parë si një e ardhme e rëndësishme. Rreziku është që një proces planifikimi i qëndrueshëm të humbasë në favor të projektit.

Analogjia është bërë që metoda e planifikimit me projekte është si një seri gurësh, secili shumë i bukur dhe me formën e tij perfekt dhe vetëfunksional. Megjithatë derisa vendosen sëbashku në një zinxhir, ata dështojnë të jenë tërësisht potencialë e të krijojnë një gjerdan. Kjo është analogjia në lidhjen midis planifikimit dhe projekteve. Përcaktimi i gjerdanit të dëshiruar duhet të përcaktojë me pare zgjedhjen e gurëve se sa detajet e tjerë.^{3,5,20,38}

Përqëndrimi në planifikimin operacional në raport me planifikimin strategjik

Duhet të dallojmë planifikimin “alokativ” dhe planifikimin operacional. I pari ka të bëjë me zhvillimin e politikave dhe shndërrimin e tyre në programe të shërbimeve, nëpërmjet shpërndarjes së burimeve (të kapitaleve dhe korrente). E dyta ka të bëjë me detajimin e zbatimit të një aktiviteti. Në vijim të temës së mëparshme ekziston një rrezik që ka të bëjë me zbatimin e projekteve, kjo mund të çojë në përqëndrim të planifikimit operacional duke lënë mënjanë planifikimin strategjik.^{37,38}

Përqëndrimi në krijimin e burimeve në raport me shpërndarjen e tyre

Planifikimi është përgjigje e dilemës së burimeve të pamjaftueshme në krahasim me nevojat konkurruese të sistemit shëndetësor. Ka dy përgjigje për këtë, e para të sigurohemi që burimet e disponueshme janë përdorur në mënyrën më të mirë të mundshme. Kjo kërkon strategji në shpërndarjen e tyre. E dyta është të përpiqemi të rrisim burimet e disponueshme. Vitet e fundit është shfaqur fenomeni i rritjes së interesit në mekanizmat e financimit; pjesërisht të lidhur me presionet e qarta që has sistemi shëndetësor dhe pjesërisht si përgjigje e zhvendosjes ideologjike drejt së Drejtës.

Ndërkaq, megjithëse një interes i tillë është legjitim dhe i nevojshëm, ekziston një rrezik real që përgjigja ndaj dilemës të identifikohet me krijimin e burimeve duke lënë mënjanë rishpërndarjen e tyre. Akoma për shumë vende, përmirësimet më të mëdha në sistemin e kujdesit shëndetësor janë të mundshme nëpërmjet shpërndarjes dhe përdorimit sa më të mirë dhe eficient të burimeve ekzistuese.

Kjo sjell shndërrimin nga të dhëna të planifikimit në buxhete korrente, një mekanizëm i fuqishëm ndryshimi që ka potencial shumë të madh të pakuptuar. Ky funksion planifikimi nuk duhet të errësohet nga përqëndrimi në financim.^{3,5,20,38,}

Planifikimi Afatshkurtër

Shqetësimi i fundit lidhet me fenomenin e afateve të shkurtër. Progresi me hapa të ngadalshëm në sektorin shëndetësor, në shumë vende ka çuar në rritje të dëshirës për të patur rezultate më të shpejta. Arsytet e këtij fenomeni variojnë, nga njëra anë është një padurim i kuptueshëm për të parë përmirësime të vërteta në statusin shëndetësor; nga ana tjetër janë më pak të pranueshme arsyet që lidhen me nevojat politike të politikanëve dhe donatorëve për të demonstruar rezultate. Kjo ka çuar në rritje të vëmendjes në përgatitjen e të dhënave me tepër si një mjet monitorimi se sa produkt të shërbimeve shëndetësore.

Si për ironi, tendenca për afatshkurtër është maskuar nga një rritje e interesit në projekte që të kenë vazhdimësi, një nga fjalët më të përdorshme në vitet '90. Për shumë donatorë, vazhdimësia i referohet fillimisht sigurisë financiare. Megjithatë vazhdimësia është një koncept mjaft i gjerë.

Që një aktivitet të vazhdojë lidhet jo vetëm me situatën e tij financiare, por edhe duke përfshirë faktorë të tjerë si kapacitetet manaxherial, aksesin e tij në burime (përveç financiare) dhe marrëdhëniet e tij me komunitetin. Këto aspekte të vazhdimësisë, siç e kemi argumentuar edhe në fillim të artikullit, janë të lidhura ngushtë me zhvillimet e planit të përgjithshëm strategjik sesa interesa afatshkurtër për krijimin e të ardhurave.^{30,33,38,2,3}

E Ardhmja

Më sipër u prezantuan disa shqetësime në lidhje me gjendjen aktuale të planifikimit shëndetësor në vendet e zhvilluara. Disa nga këto shqetësime mund të kategorizohen si "gabime" në kuptimin që ne duhet t'a konsiderojmë planifikimin si një disiplinë të re. Mungesa e njohjes së rreziqeve në lidhje me mbivlerësimin e projekteve mund të duket si pjesë e eksperiencës së mësimi që është e nevojshme të asimilohet dhe të këtë një përgjigje.

Në të njëjtën mënyrë, nevoja për rivlerësimin e roleve të planifikimit nga këndvështrimi i decentralizimit ose lulëzimit të OJQ-ve është pjesë e një dinamike të plotë ndaj së cilës duhet të veprojë një sistem planifikimi fleksibël. Seksioni i fundit i këtij materiali paraqet një sërë sugjerimesh se si mund të forcohet planifikimi nga këndvështrimi i këtyre shqetësimeve më teknike. Kjo sigurisht bazohet në supozimin që planifikimi i gjendjes shëndetësore është i dëshirueshëm dhe i nevojshëm për promocionin e shëndetit.

Por duhet të përballemi me një shqetësim më të mprehtë: kalimi ideologjik (të ndikuar nga një mënyrë e re mendimi duke i'u referuar periudhës së mëparshme) i cili mbart një qëllim më të rëndësishëm se vetë planifikimi. Qëllimi i tij më i gjerë është roli i shtetit në krijimin e mirëqënies.^{24,34,37,39}

Planifikimi shëndetësor në nivel shtetëror bazohet në sugjerimet që një politike kombëtare, rregulative dhe alokative është e nevojshme në fushën e krijimit të mirëqënies. Megjithatë, ky është një nga funksionet që disa ideologë do të dëshironin të largonin nga shteti. Mbrotjtja e planifikimit përballë këtyre sulmeve nuk mund të mbetet në modifikime teknike të sistemeve të planifikimit.^{2,3}

Ato janë shumë më të gjëra dhe janë të lidhura me mendimin mbi rolin e shtetit në shoqëri si një promovues i barazisë, demokracisë dhe mirëqënies shoqërore. Është e qartë se ata që janë të shqetësuar për mbrojtjen e planifikimit shëndetësor duhet të jenë të përgatitur të merren me çështje që kapërcejnë sektorin shëndetësor dhe të jenë pjesëmarrës në arenën politike.

Pa nënvlerësuar ç'ka u tha me sipër, çfarë mund të bëhet në vetë sektorin shëndetësor duke u bazuar në supozimin që planifikimi është një parakusht i promocionit të shëndetit? Do të sugjeroheshin katër grupe që do të vepronin në këtë drejtim. Këto grupe paraqiten me radhë.^{35,36,38}

Ministritë e Shëndetësisë

Së pari, ministritë e shëndetësisë duhet të ekzaminojnë gjendjen e planifikimit shëndetësor në strukturat e tyre. Është e qartë se jo çdo gjë është perfekte në shumë ministri shëndetësie dhe për këtë arsye vetëekzaminimi duhet kryer në mënyrë kritike.

Ministritë duhet të bëjnë pyetje si:

- Sa efektiv është planifikimi aktual? Ka vetëm dokumente apo ndryshime?
- Si konsiderohet planifikimi?
- Cfarë burimesh sigurohen për të?
- Cili është vendi i tij në strukturat e Ministrisë së Shëndetësisë?
- A ekzaminohet roli i planifikimit në rastet e ndryshimeve të paraqitura më lart (ku përfshihet decentralizimi, mbivlerësimi i OJQ-ve dhe siguruesve të sektorit privat)?

Ministritë, gjithashtu duhet të marrin masa që planifikimi të përvetësohet gjerësisht si proces dhe të mos shihet si përgjegjësia e vetme e planifikuesve profesionalë që veprojnë në një fushë. Duhet të krijohen struktura për marrjen e vendimeve dhe të jenë funksional, të cilat përfshijnë të gjitha pjesët e shërbimeve shëndetësore dhe komunitetet. Këto struktura, gjithashtu është e nevojshme të sigurojnë se planifikimi nuk shihet vetëm në lidhje me projektet, por me të gjithë shërbimet shëndetësore të ofruara.^{29,31,37,4,5}

Qëllimi i përgjithshëm duhet të jetë zhvillimi i një kulture të planifikimit në të cilën planifikimi është (dhe do të jetë) përkrahës i manaxherëve të shërbimit shëndetësor dhe jo një detyrim burokratik. Në të njëjtën kohë kultura e planifikimit duhet të çojë në pranimin e rolit të tij si një faktor ndryshimi. Gjithashtu, ministritë duhet të përgatiten në bashkëpunim me donatorët të insistojnë më tepër në zhvillimin e strukturave të zbatimit që janë të qëndrueshme, se sa ato që janë në varësi të projektit. Si përfundim, profesioni i planifikimit shëndetësor duhet të merret seriozisht duke pasur struktura adekuatë për planifikuesit dhe programe të duhura trainimi. Tani do të flasim për këto të fundit.

Institucionet e Trainimit

Një nga arsyet e rezultateve të dobëta të planifikimit është përcaktuar më parë si dështim në arritjen e një kulture të planifikimit sesa të një drejtimi të kufizuar teknokratik, si dhe mungesë e njohjes së aspekteve politike të planifikimit. Menjëherë pas ndërgjegjësimit për këto aspekte, institucionet e trainimit marrin përgjegjësi për zhvillimin e programeve të duhura të trainimit.

Këto së pari duhet të sigurojnë se të gjitha programet e trainimit shëndetësor profesional përfshijnë prezantimin e planifikimit në programin e tyre.

Ato gjithashtu duhet të zhvillojnë një sërë aktiviteteve trainimi nga afatshkurtër në afatgjatë që synojnë nevoja të ndryshme të grupeve të ndryshme në sektorin shëndetësor. Si përfundim, ato duhet të sigurojnë se programet e planifikimit nuk u përmbahen aspektëve teknike të planifikimit, por janë pjesë e kontekstit më të gjërë politik, social dhe organizativ.^{5,6,38}

Donatorët

Grupi i tretë që luan një rol të rëndësishëm në planifikim është grupi i donatorëve. Së pari, duhet që të binden pavarësisht nga politikat që mbështesin dhe gjithashtu duke u nisur pikërisht nga ky fakt, roli i planifikimit rritet. Nëse mund të binden për këtë, atëherë duhet të ndërmerren analiza për të parë nëse projektet afat shkurtër janë konsistent me zhvillimet afatgjatë të parashikuara të sektorit. Kështu, duhet të mbështetën procesin e planifikimit strategjik, duke i dhënë prioritet në raport me krijimin e një seri projektesh.

Për të realizuar këtë është e nevojshme të mos krijohen njësi të ndryshme individuale të zbatimit të projekteve, por në vend të tyre të krijohen njësi zbatimi më të gjera në procesin e planifikimit. Së fundi, donatorët duhet të ndryshojnë qëndrimin e tyre kundrejt rezultateve të menjëhershme afatshkurtër drejt impakteve më të qëndrueshme. Një nga mjetet për të realizuar këtë është krijimi i sistemit të planifikimit dhe këto sisteme duhet të mbështeten. Megjithatë duhet të pranojmë se krijimi i sistemeve të qëndrueshme, por edhe fleksibël të planifikimit është një detyrë e vështirë. Donatorët duhet të përgatiten që të mbështesin këtë proces për një periudhë të gjatë kohe.^{4,6,37,38}

Profesionistët e shëndetësisë

Së fundmi, një rol të rëndësishëm luajnë edhe profesionistët e shëndetësisë. Shpesh, planifikimi është konsideruar (disa herë me të drejtë) si armik i specialistëve të shëndetësisë. Është e rëndësishme që specialistët e shëndetësisë të zgjerojnë horizontin e tyre dhe të lënë menjëherë shqetësimet e tyre profesionale dhe të ndërëgjëgjësohen që, nëse besojnë në konceptin që shteti është përgjegjës për të patur një sistem shëndetësor të bazuar në principet e barazisë (equity), sistemi i planifikimit është i domosdoshëm. Kështu, roli i tyre do të ishte të mbështesin dhe të jenë pjesëmarrës në këtë proces, se sa ta kritikojnë atë si vëzhgues.^{4,5,35,39}

Konkluzione

Në dekadat e fundit planifikimi është i kërcënuar. Megjithëse ky kërcënim nuk është në nivelin që të sjellë riske, megjithatë është e mundshme që të marginalizohet deri në një nivel sa të mund të këtë pasoja. Megjithëse është e lehtë që të kritikosh procesin e planifikimit, duhet të mos harrojmë nevojën racionale për planifikim. Pa patur një proces të plotë planifikimi, do të merren vendime që do të reflektojnë interesat e disa grupeve të vogla dominuese ose do të merren vendime si përgjigje ndaj ndryshimeve të tregut dhe është e mundshme që principet e barazisë të mos merren në konsideratë.^{24,30,33,35}

Planifikimi nuk ka sjellë rezultatet e shpresuara. Megjithatë kjo nuk është një arsye për ta lënë mënjanë, por përkundrazi për ta forçuar atë. Nëse kemi angazhimin me qëllime për shëndetësi të qëndrueshme dhe të bazuar në principin e barazisë (equity), atëherë është esenciale që të ndërmerren veprime për të rivitalizuar procesin e planifikimit.

Debati rreth përcaktimit të prioriteteve të kujdesit shëndetësor në vendet skandinave nuk ka ndryshuar si me shkop magjik, vetëm nga fakti që komisione të ndryshme zyrtare kanë deklaruar që zgjidhjet e thjeshta janë teorikisht të pasakta dhe është e pamundur të zbatohen në praktikë. Ekonomistët e shëndetësisë vazhdojnë të mbrojnë analizën kosto-dobi si një instrument që do t'i jepte fund shqetësimeve të administratorëve të kujdesit shëndetësor dhe politikanëve, duke deklaruar që trajtimet e sëmundjeve më serioze duhet të kenë prioritet më të madh. Kjo nuk të çudit duke folur për prioritetet, për rrjedhojë, është e vështirë të realizohet racionalizimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.^{24,30,33,35,2,1}

Kjo do të thotë të pranojmë që disa qytetarë nuk do të marrin trajtimin që potencialisht do t'i ndihmonte. Megjithatë, ky është një debat publik që duhet të kryhet nga secili vend me një sistem kujdesi shëndetësor publik. Përndryshe, racionalizimi do të realizohet pa kontributin dhe kontrollin e popullsisë.

Argumentimi mbi Formatin e Temës, Objektivat, Metodologjia

Metodat. Definicione të Monitorim – Vlerësimit sipas temës në diskutim

Argumentimi mbi Nivelet e Analizës dhe Zgjedhjet e shembujve. Kërkimi në literaturë. Metodologjia Delphi, intervista me aktorë kyç, fokus grupe.

Objektivat:

- Të vlerësohen eksperiencat ndërkombëtare në fushën e Monitorim – Vlerësimit, veçanërisht në fushën e shëndetësisë
- Të vlerësohet terreni Shqipëtar në këtë kontekst
- Të përcaktohet rëndësia e ngritjes së sistemit Monitorim – Vlerësim për performancën e sistemit në shëndetësi
- Të ofrohen qasje dhe modele mbi ndërtimin e një sistemi të matjes së performancës së sistemit shëndetësor në Shqipëri në ndërthurje me bashkëveprimin e liderëve kyç, ofruesëve të shëndetit, aktorëve të interesit dhe komunitetit

Metodologjia:

- Komponenti komunitar i vlerësimit kualitativ u realizua me intervista, fokus grupe si dhe metoda të tjera pjesëmarrëse vlerësimi me ofruesit e shërbimeve dhe administruesëve të tyre, përfaqësues të institucioneve lokale si dhe nga organizata të ndryshme në nivel lokal
- Përzgjedhja e kampionit në studim (zonat urbane, suburbane, rurale)
- Përzgjedhja e të intervistuarëve (Udhëheqës të komuniteteve lokale, ofrues shërbimesh, përfitues të shërbimeve, përfaqësues organizatash, edhe ato fetare në nivel lokal).
- Hartimi i intervistave sipas grupeve të të intervistuarve (gjysmë të strukturuar)
- Testimi i pyetësorëve
- Kodimi dhe kategorizimi i përgjigjeve
- Pregatitja e Fokus grupeve (10-12 veta)
- Trainimi i intervistuesve si dhe mënyra e intervistimit (diktofon, ndoshta për herë të parë përdoret në studime të tilla)
- Zbardhja e intervistave
- Analizimi i dhenave
- Raportimi

Fjala "Delphi" i referohet Orakullit të Delphit, një vend në mitologjinë greke, ku kanë kaluar profecitë. Metoda Delphi është një teknikë komunikimi e strukturuar, e zhvilluar fillimisht si metodë sistematike, interaktive, parashikuese që mbështetet në një panel ekspertësh.

Në versionin standard, ekspertët i përgjigjen pyetësorëve në dy ose më shumë raunde. Pas çdo raundi, një person që ndihmon procesin ofron një përmbledhje anonime të parashikimeve të ekspertëve nga raundi i mëparshëm, si dhe arsyet që ata kanë parashikuar për gjykimet e tyre. Kështu, ekspertët janë të inkurajuar të rishikojnë përgjigjet e tyre më parë në dritën e përgjigjeve të anëtarëve të tjerë të panelit të tyre. Besohet se gjatë këtij procesi, gama e përgjigjeve do të ulet dhe grupi do të konvergojë drejt përgjigjes së "saktë".^{7,9,10} Së fundmi, procesi ndërpritet sipas një kriteri të para-përcaktuar (p.sh. numri i rraundeve, arritja e konsensusit, stabiliteti i rezultateve) dhe pikët mesatare ose mesatarja e raundit të fundit për të përcaktuar rezultatet.

Metoda Delphi kërkon të agregojë mendime nga grupe të ndryshëm ekspertësh dhe mund të bëhet edhe pa pasur nevojë për t'i sjellë të gjithë së bashku për një takim fizik, sepse përgjigjet e pjesëmarrësëve janë anonime, panelistët individual nuk duhet të shqetësohen për pasojat ndaj mendimeve të tyre. Konsensusi mund të arrihet me kalimin e kohës.^{7,8,12} Versione tjera, të tilla si Delphi i Politikave, janë të dizajnuara për përdorim normativ dhe hulumtues, sidomos në fushën e politikës sociale dhe të shëndetit publik. Në Evropë, eksperimentet më të fundit të bazuara në web kanë përdorur metodën Delphi si teknikë komunikimi për vendim-marrje interaktive dhe demokratike.^{6,8,9}

Delphi është bazuar në parimin se parashikimet (ose vendimet) nga një grup i strukturuar individësh janë më të sakta se ato nga grupe spontane. Kjo është treguar me termin e "inteligjencës kolektive" të gjatë. Kjo teknikë mund të jetë e përshtatshme edhe për mbledhjet ballëpërballë dhe quhet mini-Delfi ose Vlerësim-Bisedim-Vlerësim (Estimate-Talk-Estimate). Delphi është përdorur gjerësisht për parashikimin e biznesit dhe ka disa avantazhe mbi një qasje tjetër të parashikimit të strukturuar, në tregun e parashikimit.^{6,7,11,16}

Metoda Delphi është një qasje që përbëhet nga një sondazh i kryer në dy ose më shumë raunde dhe siguron pjesëmarrësit në raundin e dytë me rezultatet e para, kështu mund të ndryshojnë vlerësimet origjinale nëse duan ose të ruajnë rezultatet e mëparshme. Askush nuk e 'humbet fytyrën', sepse studimi është anonim duke përdorur pyetësorin (DELPHI-t e parë ishin panele). Është supozuar se zakonisht metoda e bën më të mirë ndërveprimin e grupit (Rowe et al. vitit 1991, Hader / Hader 1995) ku pyetësi është medium i ndërveprimit (Martino 1983). Metoda Delphi është veçanërisht e dobishme për rreze të gjatë të parashikimit (20-30 vjet), sikurse opinionet e ekspertëve janë burimi i vetëm i informacionit në dispozicion.^{8,9,12}

Ndërkohë, efekti komunikimit të studimeve të Delphi-t dhe si pasojë vlera e procesit është pranuar gjithashtu.

Gjatë dhjetë viteve të fundit, metoda Delphi është përdorur më shpesh sidomos për Shkencat Kombëtare dhe largpamësi të teknologjisë. Ndërkohë, janë bërë disa ndryshime dhe përmirësime metodologjike. Megjithatë, duhet vetëdije për përparësitë dhe dobësitë e metodës që ajo nuk mund të zbatohet në çdo rast. Kjo është e dobishme për vlerësimin e gjërave të reja që do të vijnë dhe në raste, të cilat mund të shpjegohen shumë shpejt. Kjo lidhet me tema komplekse dhe është më mirë të përdoren metodologjitë e tjera si skenarë dhe për të marrë parasysh se çfarë mund të ofrojnë rezultatet Delphi-t si të vetme informacione.

Kështu, studimet Delphi janë aplikuar kryesisht në fushën e shkencës, teknologjisë dhe kontekste të arsimit.^{8,9,13,15}

Studimet Delphi janë procedura mjaft komplekse dhe kërkojnë disa burime në varësi të gjerësisë së studimit të planifikuar. Këto janë procese që përfshijnë përgatitjen, një sondazh në dy ose më shumë raunde, disa analiza dhe aplikimin (zbatimin) kur sondazhi është përfunduar. Të tre fazat janë të rëndësishme dhe adresohen gjatë. Për fazën e përgatitjes dhe zbatimit janë kryer disa ushtrime praktike në grupe të vogla në mënyrë që pjesëmarrësit të fitojnë një ndjesi për procedurën Delphi.^{7,8,17,9}

Metoda Delphi

Cilat janë procedurat Delphi?

Metoda Delphi i përket metodave subjektive-intuitive me largpamësi. Delphi është zhvilluar në 1950 nga Korporata Rand, Santa Monica, Kaliforni në operacionet kërkimore. Woudenberg (1991, f. 132) raporton se emri 'Delphi' është shpikur qëllimisht nga Kaplan, një profesor i asociuar i filozofisë në UCLA duke punuar për korporatën RAND në një punë kërkimore drejtuar përmirësimit të përdorimit të ekspertëve të parashikimit në politikëbërje. Kaplan et al. (1950, f. 94) referuar parimit të "Oracle" si një 'parashikim i pafalsifikueshëm', një deklaratë që nuk mund të jetë 'e vërtetë' ose 'e rreme'.^{6,7,9,11}

Kështu "Delphi" si metodë me largpamësi moderne duket të jetë më shumë se thjeshtë një emër. Themelet e tempullit në Delfi dhe Orakullit të tij u zhvilluan përpara regjistrimit në histori. Në sajë të arkeologëve dhe historianëve ne kemi njohuri të gjerë në funksionet dhe përfitimet e orakullit (Parke / Wormell 1956). Për një mijë vite historie të regjistruar grekët dhe popujt e tjerë, ndonjëherë si individë privatë, ndonjëherë si ambasadorë zyrtarë kanë qënë në Delfi për t'u konsultuar me një profete që quhej Pythia.

Fjalët e saj janë marrë për të zbuluar rregullat e Zotave. Këto profeci, zakonisht nuk janë marrë thjeshtë për qëllim parashikimi të së ardhmes. Funksioni Pythias ishte të tregonte qëllimin hyjnor në mënyrë normative që të sillte në formë ngjarjet e ardhshme.^{6,7,13,14}

Manastiri Delphi ishte një nga pikat e pakta në tokë ku dija ishte akumuluar, urdhëruar dhe ruajtur. Informacioni erdhi nga ambasadorët nëpërmjet pyetjeve të tyre dhe përgjigjet janë shkruar në pllaka metali ose guri, disa prej tyre janë gjetur nga arkeologët. Tempulli ishte vend gjeometrik i diturisë, orakulli Delfit ishte ndoshta baza e të dhënave më e madhe të botës së lashtë. Priftërinjtë mund të lexojnë dhe shkruajnë; kush tjetër mund ta bëjë këtë në Greqi?^{6,9,15}

Nëse kompensimi është bërë për shkak të këtyre rrethanave, Psikologjia moderne nuk do të gjej asnjë vështirësi të veçantë për të llogaritur operacionet e Pythias dhe të priftërinjve për të interpretuar uterancat e saj. Njohuria është menduar të përdoret dhe shpërndahet për ta bërë botën më të mirë.

Sigurisht, konsultimet ishin në formë fetare dhe jo thjesht spekulime kureshtare për të ardhmen apo përpjekje për të marrë shkurtesa praktike për suksesin, por të paktën në periudha të hershme feja hyri në çdo aspekt të jetës greke dhe ka pasur pak subjekte në të cilat këshillat e Apollonit nuk u kërkuan. (Parke / Wormell 1956).^{6,7,8,11,18}

Nuk ka asnjë dyshim se orakulli ka vepruar si një arbitër ndërkombëtar, ndau rritjen e qytetërimit helenik në të cilën ka kontribuar jo pak. Nuk është çudi që një dëshmitar i asaj kohe, Sokrati, rreth 400 vjet para kohës sonë, ka gjykuar: "Profetesha në Delphi (...) ktheu shumë gjëra të mira në drejtim privat dhe publik në vendin tonë "(Sokrati ca. 400 pes).^{6,7,9,13,14}

Në sajë të orakullit, populli grek ka mësuar gjatë shumë brezave të abstenojë nga hakmarrje të përgjakshme, të aplikojnë në gjykata kur ka ndodhur përzierja në jetën private dhe për të zgjidhur kontestet në mënyrë të drejtë.

Mund të ndiqet sipas orakullit se armiku nuk duhet helmuar dhe duhet treguar kujdes ndaj pemëve të ullirit në luftë. Kështu idenë e zhvillimit të orientuar afatgjatë të peizazhit të arritur i'a detyrojmë orakullit të Delfit. Bazuar në këtë material historik mbresëlënës, le të kthehemi tani në rrugët e metodës moderne Delphi.^{8,10,11}

Përkufizimi i Delphi

Metoda Delphi është e bazuar në ankëta strukturore dhe përdor informacionin në dispozicion intuitive të pjesëmarrësve, të cilët janë kryesisht ekspertë. Prandaj, merr rezultate si cilësore edhe sasiore dhe zotëron gjithashtu elementë kërkimor, parashikues dhe normative. Nuk është vetëm një metodologji, por ka aplikacione të ndryshme. Ka një marrëveshje se Delphi është një studim ekspert në dy ose më shumë 'raunde', në të cilin në raundin e dytë dhe rezultatet e sondazhit të raundit të mëparshëm janë dhënë si reagim. Prandaj, ekspertët përgjigjen nga raundi i dytë në bazë të ndikimit të mendimeve të kolegëve të tyre. Kështu, metoda Delphi është “një proces komunikimi në grup relativisht fuqimisht i strukturuar, në të cilin ka rëndësi, se ku janë të disponueshme njohuritë e pasigurta dhe të paplota, të gjykuara nga ekspertët”.^{7,9,11,13,14}

Përkufizimi i Hader & Hader (1995, f. 12). Wechsler e karakterizon ‘Metodën Standarde Delphi’ si “Një sondazh i drejtuar nga një grup i monitoruar, që përfshin disa raunde të grupit të ekspertëve, të cilët janë anonim me njëri-tjetrin dhe për ato prognoza subjektive-intuitive që synojnë një konsensus.” Pas çdo raundi të anketës, jepet një reagim standard në lidhje me gjykimin e grupit statistikor, të llogaritur nga mediana dhe kuartilet, nëse është e mundur edhe me argumente dhe kundërgjegje të përgjigjeve ekstreme që analizohen” (Wechsler 1978, f 23f.).^{7,9,11,19,15}

Kjo tingëllon pak e komplikuar, por është e domosdoshme.

- Delphi është një studim ekspert në dy ose më shumë ‘raunde’.
- Duke filluar nga raundi i dytë, një feedback është dhënë (për rezultatet e raundeve të mëparshme)
- Të njëjtët ekspertë vlerësojnë të njëjtat çështje më shumë se një herë – të ndikuar nga mendimet e ekspertëve të tjerë.

Karakteristikat e Delphi-t janë të specifikuara për këtë arsye si (psh. Hader / Hader 1995):

- Përmbajtja e studimeve Delphi është gjithmonë çështje për të cilën ekzistojnë njohuri respektivisht të pakompletuara. Përndryshe ka metoda më efikase për vendim-marrje.
- Delphi janë procese gjykimi me aspekte të pasigurt. Personat e përfshirë në Delphi japin vetëm vlerësime.
- Për pjesëmarrjen, ekspertët përfshihen në bazë të njohurive të tyre dhe përvojës, që të jenë në gjendje për të vlerësuar në mënyrë kompetente. Gjatë raundeve, ata kanë mundësi për të mbledhur informacion të ri.

- Duhet të theksohet sidomos procesi psikologjik në lidhje me komunikimin dhe më pak me kuptimin e modeleve matematikore (Pill 1971, f. 64, 1968 Dalkey dhe 1969, Dalkey / Brown / Cochran 1969, Dalkey / Helmer 1963, Krüger 1975).
- Delphi përpiqet të vë në përdorim profecitë e vetë-përmbyshjes dhe vetë-shkatërrimin në kuptimin e formësimit apo edhe të 'krijimit' të së ardhmes.^{7,9,11,13,14}

Kur ka kuptim përdorimi i një Delphi?

Metoda Delphi është përdorur kryesisht kur çështje afatgjata duhet të vlerësohen. Duke qenë se është një procedurë për identifikimin e qëndrimeve (temave), që janë të rëndësishme për të ardhmen, ajo zvogëlon njohuritë e nënkuptuara dhe komplekse në një qëndrim të vetëm dhe bën të mundur gjykimin mbi të.^{6,7}

Kështu, përdorimi bëhet në kombinim me metodologji të tjera si skenarë, lista e teknologjive ose të tjera që mund të jenë interesante. Nga ana tjetër, në çështjet më komplekse, kur tema nuk mund të reduktohet aq shumë ose kur të menduarit dhe diskutimet në alternativë janë objektiv i madh, metoda Delphi nuk është zgjidhje. Gjithashtu, është e përshtatshme nëse ka përpjekje (politike) për të përfshirë shumë persona në procese (Eto 2003).^{28,29,7}

Teknika Delfi si një mjet largpamësie duket se posedon grada të caktuara të invariancës për të mbijetuar në sfidat e ndryshimit të 50 viteve të fundit. Metoda mund të servir kuptime të ndryshme të parashikimit apo largpamësisë dhe ndoshta ishte kuptuar nga përdoruesit si relevante për mbulimin e perspektivave teknike, organizative, por edhe personale. Individit mund të shpreh një mendim ndryshe në krahasim me perspektivën e grupit dhe kjo në shkallë të ndryshme mes detajeve teknike nën hetim.

Duke qenë se perspektivat e shumta janë rekomanduar për vendim-marrje, (Linstone / Mitroff 1994; Linstone 1998) teknika Delphi duket të ketë ankesa në situata mjaft të ndryshme të cilat prekin me rreze të gjatë.^{7,8,23,24}

Siç mund të shihet në eksperimente të kontrolluara shkencore, pozita e vlerësimeve të Delphi-t nuk është më e mirë se metodat me konsensus – të orientuara (Woudenberg 1991) ajo duhet të jetë forca komunikuese e qasjeve që Delphi lehtëson kalimin midis perspektivave të ndryshme. Atë çfarë përdoruesit pëlqejnë veçanërisht është grupimi të dhënave që janë mbledhur për të ardhmen.^{8,9,14,25,26}

Si e organizojmë një proces Delphi?

Sigurisht, që ka mundësi të ndryshme për të organizuar një proces Delphi. Para se të filloni, ju duhet t'i përgjigjeni pyetjeve të mëposhtme:

- Cili është objektivi im?
- Sa burime (personeli, para) kam?
- A është Delphi zgjedhja e duhur?
- Si mund të formulojë deklaratat?
- Cilat janë pyetjet e mia?

Organizimi i një procesi formal Delphi

Siç u përmend më parë, mënyra më e zakonshme është një kombinim i metodave veçanërisht se si temat duhet të formulohen, një proces që tashmë ka nevojë për metoda të tilla si procedurat e kreativitetit apo edhe mund të kombinohet me skenare apo seminare të ardhshme. Në vijim është përshkruar një procedure "standard". Ajo fillon me organizimin e një procesi.

Hapi i parë është gjetja e një komiteti drejtues (nëse keni nevojë për një) dhe një ekip manaxhimi me kapacitete të mjaftueshëm për procesin. Më pas, panele të ekspertëve për të përgatitur dhe formuluar deklaratat janë të dobishme, nëse nuk është vendosur që të bëhet nga ekipi i manaxhimit.^{7,9,11,17,19}

Gjithë procedura duhet të jetë fikse paraprakisht: A keni nevojë për takime paneli apo ekipet mund të punojnë virtualisht. Pyetësi është elektronik apo jo? Kjo do të thotë, se logjistika (nga programimi në internet tek shtypja e rezultateve në versionet e letrës) duhet të jetë e organizuar.

A do të këtë vazhdim me mbledhje, intervista, prezantime? Nëse po, këto gjithashtu duhet të jenë të organizuara dhe të përgatitura. Shtypja e broshurave, fletëpalosjeve, pyetësorit, raportet duhen gjithashtu të merren parasysh. Pika e fundit organizative është ballafaqimi me organizatën e financimit, nëse kjo është e ndryshme nga ekipi i manaxhimit.^{6,9,12,15,25}

Si të formulojmë temat?

Kur organizata është pothuasje e përcaktuar, duhet të vendosen fushat e Delphi-t. Në disa raste, një tematik është e mjaftueshme, në raste të tjera është dashur të jepet një pasqyrim, në mënyrë që të vendosen sa më shumë fusha dhe të trajtohen në mënyrë elastike. Ka gjithmonë mundësi për të shtuar, zbuluar ose riemërtuar fusha. Për të dhënë disa shembuj, Delphi '98 (Cuhls / Blind / Grupp 2002). Fushat ishin:

- Informacion & Komunikim
- Sherbim & Konsum
- Manaxhim & Prodhim
- Kimi & Materiale
- Shëndet & proceset e jetës
- Bujqësia & të ushqyerit
- Mjedisi & Natyra
- Energjia & Burimet
- Ndërtim & Banim

Panelet Eksperte:

- Pyetësorët / fushat e dërguara drejt ekspertëve
- Dërgim i ekspertëve me feedback
- Rezultatet, Analiza, Diskutime
- Organizimi i procesit të Delphi-t
- Lëvizshmëria & Transporti

- Hapësira
- Eksperimentet e mëdha Shkencore

Më pas, duhet të formulohen temat. Ky është një proces që konsumon kohë. Duhet të jetë e qartë nga rrjedhin temat. Mënyra më e lehtë është hulumtim tavoline me tema nga letërsia dhe ankëtat që janë në dispozicion. Por mënyra më kreative është të gjehen grupe punuese që kanë për detyrë të strukturojnë fusha dhe formulojnë tema. Dikush mund të fillojë nga zeroja, por do të jetë e vështirë të përqëndrohet në tema. Prandaj, mënyra më efikase është të plotësohet materiali ekzistues me hulumtime. Kur ka masa të mëdha të temave, atëherë keni nevojë për një sistem filtri.^{7,9,11,18,21}

Cilat janë temat relevante për Delphi-n tuaj me objektivat tuaja specifike? Këtu ju mund të bëni disa gjykime formale apo informale (nga diskutimi për të dhënë pika ose shënime, edhe selektimi temave gjysmë-anonime nga kompjuteri është e mundur). Është e rekomanduar të mos këtë më shumë se 50 tema për pyetësor, por kjo varet edhe nga pyetjet dhe cfarë keni ndërmend të pyesni. Gjithashtu është e dobishme për të filluar me strukturimin e fushës pak para fazës krijuese dhe pastaj fleksibël duke përshtatur strukturën e një fushe.^{20,22}

Prandaj, shpesh është e nevojshme për të filtruar dy ose edhe tri herë, sepse shpesh ekspertët në grupet tuaja të punës shtojnë tema në vend të reduktojnë numrin. Hapi i fundit është formulimi i mirë. Shpesh ka stereotipe të foljeve (p.sh. për shkencën dhe parashikimet e teknologjisë), që tregojnë fazat risi (është sqaruar, është zhvilluar, është përdorur, është në përdorim të gjerë) ose të tjera në mënyrë që tema të përshtatet. Temat duhet të formulohen në një mënyrë të tillë që keqkuptimet të jenë të pamundura. Gjithashtu është e nevojshme të mos këtë dy gjëra të ndryshme të përziera në një temë. Dhe tema duhet të përshtatet për pyetjet tuaja, kështu që pyetjet mund të kenë përgjigje, ose të gjykohe mbi kriteret tuaja.^{24,25,26}

Hapi tjetër është zhvillimi kriterëve. Kjo varet nga pyetjet që duhet të bëhen, por një nga kriteret kryesore për pyetjet është se gjithmonë duhet një rreth i vlerësimit të kohës së realizimit. Të tjerat janë të nevojshme për vlerësimin e vlefshmërisë së mostrës si dhe përgjigjet për vetëvlerësimin e ekspertizës së pjesëmarrësve.^{6,7,9}

Koha e realizimit kërkohet normalisht në hapa prej pesë vjecare, sepse ndryshe do të jetë aq i saktë sa askush nuk do të jetë në gjendje të vlerësojë. Koha normale e studimeve Delphi në horizont është 30 vjet pas (p.sh. nga tani 2033), por është gjithashtu e dobishme për të kërkuar më tepër në kohë (pas 2033) ose 'kurrë'. Analiza shpesh është bërë në përqindje kuartile (kuartili i ulët, mesatar, kuartili i sipërm), në mënyrë që të tregojë gjerësinë e opinionëve.^{10,11}

Por, mund të përdoren gjithashtu grafikë të thjeshtë apo përqindje, sidomos nëse nuk do të ndodh hipoteza e 'Deveve statistikore' (janë dy grupe të ndryshme të pjesëmarrësve, një pjesë gjykon në një kohë të hershme, zakonisht nga një rëndësi e lartë, dhe tjetra në horizont kohe më të shtrirë dhe rëndësi të ulët, që përfaqësojnë lobe të ndryshme, ose shkolla të ndryshme të menduarit).

Prezantimi i të dhënave duhet të mendohet paraprakisht dhe varet nga klientët ose përdoruesit. Gjithmonë është e dobishme që të ketë pyetje të hapura. Ilustrim i projektimit të pyetësorit Delphi '98 është vetëm një pjesë dhe "kommentet" mungojnë.^{7,8,10}

Çfarë bëhet shpesh, është të paturit e një pjese të komenteve ose të kërkohet për pyetje të reja, tema dhe alternativa ndaj qëndrimit të dhënë (p.sh. në Gjermani Mini-Delphi, Cuhls / Breiner / Group 1995).

Metoda Delphi

Një test për biasin e ekspertëve të Delphi-t në fushën e energjisë nga Delphi Gjerman në '93 tenton të mbështes këtë pikëpamje. Ekspertët më të mirë masin rëndësinë e hulumtimit të specializimit të tyre dukshëm shumë më lartë se ekspertët e tjerë - si në Japoni dhe në Gjermani. Në të njëjtën kohë, ekspertët më të mirë minimizojnë pengesat teknike në Gjermani (më pak në Japoni) në sipërfaqjen e tyre të punës (Cuhls / Kuwahara 1994). Një test i padëshiruar gjithashtu bëri të qartë se ekspertët e 'nivelit më të lartë' nuk kanë tendencë për të ndryshuar drejtimin e përgjigjeve të zakonshme dhe ruajnë mendimet e tyre edhe në raundin e dytë (Cuhls / Breiner / Grupp 1995).^{6,7,8,11,13}

Në Delphi '98, kjo nuk është aq e qartë. Ka disa tema për të cilat ekspertët specialistë shohin më shumë probleme të njohurive (ose kërkojnë të merren më tepër masa). Në disa raste, ekspertët specialistë votojnë disa tema me herët se ekspertët "e mesëm" dhe me 'nivel më të ulët', në të tjera raste, ata janë shumë më të gatshëm me një prognozë mbi horizont kohor. Çfarë mund të jetë vërejtur është se në raundin e parë, më shumë ekspertë pretendojnë për të punuar në fushë (13.5%) sesa në raundin dytë (10.18%). Kjo mund të ketë disa arsye. Qasjet e reja me parashikim kanë tendencë për të përfshirë palë të ndryshme të interesuara më shumë, të sistemeve të inovacionit për të siguruar perspektiva të shumëfishta (Cuhls 2000, Linstonë 1999) në ato çështje.^{7,9,11,13,14}

Prandaj, gjithnjë e më shumë, përkufizimi ekspertit është zgjeruar. Shpesh personat që përfshihen, janë ata të cilët dijnë rreth subjektit, ngado që të vijnë. Por duhet të përzgjidhen me kujdes sipas temave të kërkuara. Rekomandohet që të fitohet një përzierje e personave nga industria / biznesi, akademia, institucionet e kërkimit dhe të tjerë.

Për sa pjesëmarrës keni nevojë? Kjo varet nga numri i temave, fushat, pritshmëria përgjigjeve, ose shkalla e pjesëmarrjes dhe çështje të tjera. Nëse përdoret një Delfi i vogël, mostra do të jetë shumë e vogël. Nëse është kërkuar një largpamësi kombëtare me një përfaqësi të veçantë, shumë persona janë të nevojshëm dhe shpesh është tentuar për të arritur rreth 100 përgjigje për temë. Por edhe kjo varet nga vendi: Në një vend të vogël, nuk mund të presim kaq shumë ekspertë në këtë fushë.^{6,8,11}

Të përfshish publikun në një përpjekje të tillë në përgjithësi është e mundur, por pyetjet duhet të jenë mjaft të thjeshtë dhe të lehtë për t'u kuptuar. Duhet të merret parasysh se në studimet e internetit është shumë e vështirë të mbash nën kontroll mostrat.

Nga analiza e rezultateve në shumicën e sondazheve të Delfi-t, mblidhen shumë të dhëna statistikore, të cilat mund të përdoren në shumë mënyra të ndryshme.

Por edhe komentet janë kërkuar shpesh dhe mund të ndihmojnë për të interpretuar statistikën apo të analizohen në mënyrë cilësore. Sidomos kombinimi i Delphi-t dhe skenarët bëjnë të mundur prezantime shumë cilësore.^{7,9,11,13}

Metodologjia e Vlerësimit Cilësor me Aktorët Kyç në Shëndetësi në Rajonin e Tiranës (QSA).

Kërkimi Cilësor dhe Teoria e Fuqizimit

Metodat e kërkimit cilësor kanë shumë anë pozitive për trajtimin e këtyre problemeve si dhe në interpretimin e rezultateve të LSMS (Living Standards Measurement Survey) dhe studimeve të tjera sasiore. Me poshtë paraqiten disa nga këto përfitime:

1. Metodat cilësore lejojnë një analizim të detajuar të faktorëve që kanë të bëjnë me aksesin dhe përdorimin e burimeve shëndetësore, dhe cilësinë e tyre.
2. Ndërsa LSMS është e kufizuar vetëm në përgjigje në nivel të një banese, Vlerësimi Cilësor me Aktorët (QSA, Quality Stakeholder Assessment) përmirëson marrjen e informacionit nga një spektër i gjerë aktorësh, duke përfshirë qeverinë qendrore (vendim-marrësit), ISKSH, autoritetet e qeverisë lokale, dhënësit e shërbimit shëndetësor, shoqatat profesionale, organizatat me bazë komunitetin dhe publikun.

Aplikimi i procesit të QSA pritet që të ketë këto rezultate: a) disponibilitetin e informacionit të përshtatshëm dhe në kohën e duhur në lidhje me impaktin e ndryshimit të politikave për aktorët kryesorë në sistemin shëndetësor; b) përmirësimin e vendim-marrjes në bashkëpunim dhe me studime dhe vëzhgime të tjera cilësore; c) pjesëmarrje më të madhe dhe fuqizim të aktorëve, veçanërisht në nivel komuniteti dhe njësie shëndetësore dhe transparence më e madhe në procesin e vendim-marrjes, nëpërmjet një përfshirje sa më aktive të aktorëve në procesin e monitorim-vlerësimit dhe d) disponibilitetin e instrumenteve të QSA për aplikimin e tyre në rajone të tjera dhe për të vlerësuar çështje të tjera.^{7,9,11,13,14,20}

QSA përdori metoda cilësore me qëllim përfshirjen në një shkallë të madhe të aktorëve në vlerësimin e çështjeve të tilla si aksesin dhe cilësia e kujdesit shëndetësor në nivel parësor, sekondar dhe terciar dhe në mënyrë të tillë rezultatet mund të përdoren nga MSH dhe të tjerë për të informuar politikën shëndetësore. Në mënyrë të veçantë, aksesin dhe cilësia kanë të bëjnë me objektivat kryesore të shëndetit.^{6,7,20,36}

Për sa kohë që, QSA përdori vlerësimin e bashkë-faktorëve që ndikojnë në aksesin financiar për kujdes shëndetësor-siç janë të ardhurat personale dhe shpenzimet, niveli arsimor dhe strategjitë individuale dhe familjare, rezultatet mund të jenë të dobishme edhe për sektor të tjerë. QSA u projektua si aktivitet kërkues me dy komponentë, i pari (vëzhgim mbi vendim-marrësit) ishte i lidhur direkt me komponentin tjetër (analiza e komunitetit).^{7,9,11,13,19}

Vëzhgimi për vendim-marrësit përfshinte intervista dhe takime pjesëmarrëse në grup me vendim-marrësit kryesor dhe administratorët në nivel qendror dhe rajonal si nga shoqëria civile ashtu dhe nga qeveria.

Komponenti i komunitetit përfshinte intervista dhe takime pjesëmarrëse në grup dhe metoda të tjera pjesëmarrëse me dhënësit e shërbimit dhe administratorët, përfaqësuesit e organizatave lokale të komunitetit dhe përfaqësuesit e publikut në nivel komuniteti.

Studimi i Komunitetit bazohet në parimet e vlerësimit dhe kërkimit pjesëmarrës. Supozimi kryesor që shoqëron vlerësimin pjesëmarrës është që angazhimi i aktorëve në hartimin dhe implementimin e vlerësimit, kërkimit apo në procesin e planifikimit-përmirëson vërtetësinë dhe përdorimin e rezultateve, rrit përfshirjen e aktorëve dhe ndërkaq rritet probaliteti i fuqizimit të kapaciteteve të aktorëve për të projektuar dhe realizuar apo manaxhuar procesin e vlerësimitⁱⁱⁱ. Mënyra dhe shkalla e pjesëmarrjes ndryshon nga përfshirja e aktorëve gjatë gjithë procesit të vlerësimit si edhe nga kërkuesi i cili mund të angazhojë në mënyrë të plotë individët/grupin që ai/ajo është duke vlerësuar.^{7,9,11,13,19}

Në lidhje me vlerësimin pjesëmarrës ekziston Teoria e Fuqizimit^{iv}, e cila influencohet nga marrëdhëniet, kultura dhe historia individuale, si dhe ambienti individual social dhe praktikë shëndetësore. Ky është një aspekt i rëndësishëm i studimit QSA të komunitetit. Teoria e Fuqizimit propozon që disekulibri social dhe ekonomik me i hasur tek grupet minoritare etnike/raciale parandalon mirëqënien dhe përfshirjen individuale në sjellje që nxit këtë mirëqënie^v. Në procesin e fuqizimit, sjelljet pozitive individuale kanë të bëjnë me përcaktimin e nevojave individuale dhe të komunitetit si dhe në hartimin e një plani pune për të plotësuar këto nevoja.^{7,8,11,14,37}

Mendimet kritike, dialogu, reflektimet në grup, dhe veprimet janë komponentët kryesorë të procesit të fuqizimit jo-hiearkik dhe kanë demonstruar të përmirësojnë kapacitetin për individët, organizatat dhe komunitetet në lidhje me fuqizimin e shërbimeve për familjet me të ardhura të pakta duke sjellë përmirësimin e potencialit krijues të fëmijët/rinjtë dhe të prindërit e tyre. Kështu përfshirja e organizatave me bazë komunitetin në vlerësimin pjesëmarrës dhe planifikim mund të kontribuojë në vetë fuqizimin e programit të vlerësimit.^{11,14,38}

Pyetjet e adresuara në studimin QSA të komunitetit ishin:

- 1) Cfarë faktorësh ndikojnë në zgjedhjen që bën konsumatori për kujdes shëndetësor, përfshirë dhënësin e shërbimit dhe facilitetin?
- 2) Cfarë faktorësh ndikojnë në shpenzimet e konsumatorit për shërbimet shëndetësore, përfshirë dhënësit e shërbimit, medikamentet dhe pajisjet?
- 3) Cfarë faktorësh lidhen me elasticitetin në shpenzimet e konsumatorit për nevojat bazë, përfshirë shëndet, arsim, banesë, ushqim dhe mjete konsumi?
- 4) A ekziston një marrëveshje e përbashkët ndërmjet konsumatorëve, drejtuesëve të komunitetit, dhënëseve të shërbimit dhe vendim-marrësëve në nivel kombëtar në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë sipas sistemit të sigurimeve shëndetësore dhe shërbimeve publike?
- 5) A ekzistojnë perceptime të njëjta midis konsumatorëve, drejtuesëve të komunitetit, dhënëseve të shërbimit dhe vendim-marrësëve në lidhje me të ardhmen e sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri?

QSA, e cila është kryesisht, një test pilot për përdorimin e metodave cilësore për planifikim, vlerësim dhe kërkim në sektorin shëndetësor në Shqipëri ka përdorur intervista individuale gjysmë të strukturuar dhe takime pjesëmarrëse në grup me informatorët kryesorë në zonat e caktuara në Prefekturën e Tiranës. Në këtë proces u përfshinë tre kategori pjesëmarrësish: drejtuesit kryesor të komunitetit, dhënësit e shërbimeve shëndetësore dhe anëtarëve të publikut të përgjithshëm. Në projektimin dhe implementimin e studimit të komunitetit, u bashkëpunua me Grupin e Punës, i përbërë nga përfaqësues të MSH, ASHRT, ISHP dhe ISKSH.^{34,35,36,8,9}

Për grumbullimin e të dhënave në intervistat individuale u përdorën dy instrumente: udhëzuesi i intervistës për banorët (Aneksi 1) dhe udhëzuesi i intervistave me dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit kryesorë (Aneksi 2). Këto instrumente u krijuan bazuar në rishikimin e raporteve respektive si edhe në instrumentet e mbledhjes së të dhënave që përfshijnë:

- Udhëzuesi i intervistave në QSA për vendim-marrësit
- LSMS
- Pyetësi i studimit i përdorur në Vlerësimin e Impaktit të Projektit të Pyjeve në Shqipëri për Reduktimin e Varfërisë
- Pyetësi i përdorur në studimin mbi Nevojat për Informacion dhe Shërbime Sociale në Bashkinë e Tiranës
- Pyetësi i përdorur në Vëzhgimin në Banesë nga MSH/UNICEF mbi Sjelljet Shëndetësore, Qëndrimet në lidhje me Kujdesin Shëndetësor për të cilin paguhet dhe Shpenzimet për Shëndet
- Instrumentet e vëzhgimit në banesë nga PHR plus (bazuar kryesisht në LSMS)

Udhëzuesit e intervistave përfshijnë direkt njësi të krahasueshme dhe specifike në lidhje me kategorinë e pjesëmarrësëve. Ata u përfshinë me qëllim përmirësimin e informacionit për të adresuar pyetjet e studimit të paraqitura më sipër.^{7,8,11,14,39}

Fillimisht instrumentet e mbledhjes së të dhënave i'u paraqitën Grupit Teknik të Punës për marrje informacioni dhe diskutime. Seminari, në të cilin u paraqit projekti i studimit dhe udhëzuesit e intervistave përfshiu edhe një diskutim të metodave cilësore të kërkimit në përgjithësi dhe vlerësimin pjesëmarrës në veçanti. Me vonë instrumentet u paraqitën tek intervistuesit potencial dhe u bënë disa ndryshime bazuar në komentet e tyre, përpara testit pilot.

Drafti i instrumenteve u testua në mënyrë pilote në zona të ngjashme me ato të cilat u përfshinë në studim, veçanërisht në zonat urbane dhe rurale të Durrësit dhe Këneta, të cilat ndodhen pranë zonave nënurbane të Tiranës. U pa e nevojshme kryerja e testeve pilote për të siguruar që instrumentet e mbledhjes së të dhënave dhe procedurat ishin në kufirin më të mirë të mundshëm dhe gjithashtu i ndihmoi intervistuesit të merrnin training të mëtijshëm eksperimentues. Tre drejtues komuniteti: kryeplaku, kryetari i komunës dhe shefi i qendrës shëndetësore dhe tre banorë u intervistuan gjatë testimit pilot. Udhëzuesi i intervistës me drejtuesit kryesor u rishikua në bazë të testimit pilot; asnjë rishikim nuk ishte i nevojshëm në udhëzuesin e intervistave të banorëve.^{6,8,9,12,15,36,39}

Zonat e Studimit

Për këtë studim u zgjodhën tre zona në Prefekturën e Tiranës; një zonë urbane, një zonë nënurbane dhe një zonë rurale. Kriteret e përdorur për të zgjedhur zonat janë paraqitur si më poshtë:

- karakteristikat socio-ekonomike dhe kulturale të popullatës (psh. niveli socio-ekonomik, gjinia, mosha, kushtet e banimit, zona e origjinës)
- të dhënat epidemiologjike (psh. sëmundshmëria dhe vdekshmëria, statusi i paaftësisë, çështjet e përdorimit të shërbimeve);
- çështjet e migrimit në Prefekturën e Tiranës; dhe
- shpërndarja e dhënësëve të shërbimit dhe faciliteteve (psh. mjekët individual, njësitë e kujdesit parësor, sekondar dhe terciar), publik dhe privat.

Zona e origjinës dhe çështjet e migrimit janë tepër sinjifikative veçanërisht në zonat nënurbane të Tiranës, në të cilat, këtë dekadë të fundit ka patur shumë imigrime, në veçanti nga Shqipëria veriore. Në këto popullata mund të jenë dhe njerëzit më të prekshëm për sa i përket gjendjes shëndetësore dhe aksesit për kujdes shëndetësor. ^{6,9,36}

Duke përdorur këto kriteret dhe konsiderata, u zgjodhën zonat e mëposhtme për t'u përfshirë në studim, pas diskutimeve me Grupin e Punës:

- a) Urban: Bashkia Vorë, Qendra Administrative e Tiranës nr. 3
- b) Nënurbane: Bregu i Lumit, Bathore
- c) Rurale: Komuna Bërzhitë, Komuna Shëngjergj, fshati Marikaj

Kategoritë e Pjesëmarrësëve

Siç u përmend dhe më parë, në këtë studim u përfshinë tre kategori pjesëmarrësish në rolin e të intervistuarëve. Pjesëmarrësit, metodat e zgjedhjes së tyre dhe numri i pjesëmarrësëve të intervistuar në secilën kategori paraqiten në Tabelën 2.

Tabela 2: Kategoritë e Pjesëmarrësëve/Të intervistuarit

KATEGORITË E PJESEMARRËSEVE	SHEMBUJ	METODA E ZGJEDHJES	TË INTERVISTUAR
Drejtuesit kryesor të komunitetit	- Kryetari i komunës - Anëtar i këshillit të komunës - Kryeplaku	- Identifikimi bazuar në informacionin e disponueshëm - Vizitë në zonë pranë komunitetit	11
Dhënësit e shërbimit	- Drejtori i poliklinikës - MF nga ambulanca - Infermierë nga postet shëndetësore	- Baza e të dhënave për facilitetet shëndetësore të ASHRT	22
Banorë	- Kryetari i familjes - Anëtarë të tjerë të familjes	- Intervistë me drejtuesit kryesor të komunitetit dhe dhënësit e shërbimit - Metoda e topave të dëborës	42

Ndërtimi i Kapaciteteve

Një komponent i rëndësishëm i QSA ishte forcimi i kapaciteteve për të zhvilluar kërkime sasiore dhe cilësore në Shqipëri dhe inkurajimi i bashkëpunimit ndërmjet sektorëve privat dhe publik në studimet për shërbimet shëndetësore.

Në këtë kuadër, u punua në bashkëpunim me ISHP dhe ASHRT – të dy institucione shtetërore, në projektimin dhe realizimin e këtij studimi duke përfshirë punonjës nga këto dy institucione gjatë gjithë procesit të studimit. ASHRT ofroi informacion të vlefshëm për analizat e komunitetit si dhe realizoi seminarin mbi kërkimin cilësor dhe vlerësimin pjesëmarrës. ^{34,35,36}

ISHP luajti një rol kyç në projektimin e këtij studimi dhe shumë punonjës të ISHP morën pjesë si intervistues megjithëse pa pagesë. Gjashtë intervistues realizuan intervista individuale; tre prej tyre ndihmuan takimet pjesëmarrëse në grup. Intervistuesit u trainuan dhe morën pjesë edhe në aspekte të tjera të studimit që përfshijnë kodimin dhe analizimin e të dhënave nga intervistat individuale si dhe përgatitjen e raportit final. Trainimi i parë u fokusua në kërkimin pjesëmarrës dhe në vlerësimin në përgjithësi si dhe mbi metodat cilësore të intervistimit, në mënyrë të veçantë në procesin e intervistimit. ^{35,37,38}

Trainimi në teknikat e intervistimit vazhdoi dhe mbas përfundimit të udhëzuesit dhe protokollit përkatës. Trainimi në vazhdim, u fokusua në kodimin e intervistave të përfunduara dhe në analizimin e informacionit cilësor; ndërsa trainimi më pas u fokusua në takimet pjesëmarrëse në grup. ^{35,36}

Mbledhja e të Dhënave

Mbledhja e të dhënave përbëhet nga tre pjesë, secila përshkruhet shkurtimisht si më poshtë:

Në kontekst të komunitetit

Deri në atë nivel ku një informacion apo të dhëna të tilla ishin në dispozicion, u mbledhën të dhënat, u rishikuan dhe u sintetizua informacioni në dispozicion për komunitetet në të cilat u zhvillua mbledhja e të dhënave. Në pjesën më të madhe, vetëm të dhënat agregate për rajonin e Tiranës ishin në dispozicion. Të dhënat dhe informacioni u mor nga burime sekondare duke përfshirë këtu dhe Studimin mbi Nevojat për Informacion të bërë nga ASHRT/UNICEF dhe Studimin mbi Reduktimin e Varfërisë në kuadër të projektit të pyjeve. Ndër indikatorët që paraqesin interes më të madh mund të përmendim: kushtet socio-ekonomike (nivelet e varfërisë, lloji i aktiviteteve që gjenerojnë të ardhura); migrimi; problemet e aksesit (transporti; shërbimet lokale); diversiteti social (psh. gjinia, origjina etnike) dhe përshkrimi i detajuar i dhënësëve ekzistues të shërbimit zyrtar dhe jo zyrtar si dhe facilitetet duke përfshirë farmacitë.

Intervistat individuale

Intervistat individuale u zhvilluan me intervistuesit përkatës sipas zonave të veçanta, përgatitje të cilat ishin bërë më parë gjatë vizitave në rajon. Ekipi intervistues zhvilloi shumicën e intervistave në facilitetet shëndetësore të komunitetit, në zyrat e autoriteteve lokale apo në shtëpitë e banorëve të zgjedhur. Në shumë raste intervistat u zhvilluan me pacientë të qendrave shëndetësore dhe me individë në banesat e tyre në komunitet. Intervistat zgjatën ½ -1 e ½ orë. Intervistuesit rishikuan dhe korrigjuan intervistën e bërë në fund të çdo dite me qëllim që informacioni i përfutur mund të përdorej lehtësisht në procesin e analizave.

Të gjitha intervistat u transkriptuan nga kasetat duke u ruajtur në kompiuter në formatin Word. Pothuajse të gjitha intervistat u regjistruan në kasetë duke marrë paraprakisht aprovim nga personat e intervistuar.^{7,8,11}

Takimet pjesëmarrëse në grup

Për të eksploruar më në detaje rezultatet nga intervistat individuale, u zhvilluan takime pjesëmarrëse në grup, duke përdorur metoda të gjykimit në grup të cilat u zgjedhën dhe u adaptuan për këtë proces dhe që duken se janë me të përshtatshme në kontekstin shqiptar. Pyetjet kryesore të zhvilluara gjatë këtyre takimeve u bazuan në analizimin fillestar të të dhënave nga intervistat individuale. Një takim pjesëmarrës në grup u zhvillua në secilën zonë ku u zhvilluan dhe intervistat individuale, ku morën pjesë individ të cilët ishin intervistuar në fazën e parë si dhe u ftuan persona të tjerë.^{1,3,7,9}

Takimet pjesëmarrëse në grup u zhvilluan në facilitetet shëndetësore në zonat e mëposhtme: QSH Bathore nr 1, QSH Bathore nr 3, QSH Bërzhitë, Mini-Bashkia nr 3 në Tiranë, QSH Bregu i Lumit, QSH Shëngjergjaj dhe QSH në Vorë. 9-12 individë morën pjesë në këto takime.

U hartua një protokoll për takimet pjesëmarrëse, i cili shërbeu si bazë për trainimin e intervistuesëve që shërbyen si ndihmës në këto takime pjesëmarrëse në grup.

Këto takime zgjatën 2-3 orë. Ndryshimet në status, lokaliteti apo profesioni nuk ndikuan në diskutimet në grup. Njerëzit u ftuan të shkëmbenin dhe të degjonin pikëpamjet e të tjerëve. Problemet dhe diskutimet e tjera u renditën në varësi të frekuencës së përseritjes dhe rëndësisë së dhënë nga pjesëmarrësit.

Analiza e të dhënave

U hartuan procedurat për mbledhjen, transkriptimin, kodimin dhe analizimin e të dhënave të mbledhura si dhe të regjistrimit, duke përfshirë masat përkatëse për kontrollin e cilësisë në çdo fazë të mbledhjes dhe të procesit të analizës. Këto procedura u paraqitën në një protokoll, i cili u përdor si bazë për trainimin e intervistuesëve në këto procese. Udhëzimet e transkriptimit dhe të regjistrimit të intervistave u rishikuan dhe njëherë mbas përfundimit ku u rishikuan të gjitha shënimet e paqarta të identifikuara.

Ekipi i studimit më tej hartoi një draft të skemës së kodimit mbi bazën e tre intervistave fillestare nga secila kategori (nga 9 intervista gjithësej). Ekipi i studimit e testoi këtë draft të skemës së kodimit në gjashtë intervistat në vazhdim dhe rishikoi kodet për shumë njësi individuale bazuar në këtë proces. Deri në atë nivel që ishte e mundur për përgjigjet e kufizuara, u hartuan kode krahasuese për pyetje të krahasueshme përfshirë udhëzuesit e intervistave me banorë dhe drejtues kryesore (psh problemet me të rëndësishme shëndetësore, vizionët për të ardhmen e sistemit shëndetësor). Skema përfundimtare e kodimit u përdor për të analizuar rezultatet për çdo kategori dhe ndërmjet kategorive. Të dhënat u hodhën si në ACCESS, po ashtu edhe në EXCEL.

Programi i fundit u përdor sepse është relativisht e lehtë të transferosh të dhënat nga EXCEL në çdo tip tjetër software. Analizimi i të dhënave u realizua për total ndërmjet kategorive të intervistuarëve pra ndërmjet banorëve, drejtuesëve të komunitetit dhe dhënësëve të shërbimit si dhe ndërmjet zonave gjeografike – urbane, nënurbane dhe rurale. Përgjigjet e kufizuara të të intervistuarëve u përdorën gjerësisht në përgatitjen e raportit. Rezultatet nga takimet pjesëmarrëse në grup u analizuan nga pjesëtarët e ekipit të studimit dhe u përdorën në përpunimin e mëtejshëm të rezultateve nga intervistat individuale.^{7,11,15}

Trajtimi i Cështjeve Etike

Gjatë gjithë studimit, u ndërmorën hapa për të siguruar aplikimin e parimeve etike bazë që kanë të bëjnë me realizimin e studimeve cilësore me bazë komunitetin duke përfshirë si psh mbrojtjen e konfidencialitetit. Drejtimet për të realizuar këtë u mbështetën në faktorët e veçantë të kulturës në Shqipëri si dhe në ato metoda të përgjithshme në të cilat studimet cilësore mund të mos realizohen të plota dhe ku krijimi i besimit mund të jetë një problem.³⁵

Rajoni i Tiranës, i ndodhur në qendër të Shqipërisë, ka afërsisht 520 000 banorë deri në vitin 2002. Rajoni përfshin dy bashki dhe 20 komuna si edhe kryeqytetin, Tiranën. Popullsia në kryeqytet arrin në 520 000 banorë në vitin 2002 (INSTAT). Duhet theksuar që ka shumë ndryshime në numrin e banorëve sipas vlerësimeve të bëra nga INSTAT-i në 2002 si dhe në bazë të vlerësimeve të bëra nga të dhënat mjekësore të mbajtura nga mjekët e familjes në klinika.

Në disa raste këto ndryshime janë tepër të dallueshme; psh në zonën e Vorës, numri i banorëve sipas të dhënave të INSTAT është 12.976, 15% më i vogël se të dhënat që vijnë nga klinika e mjekut të familjes në Vorë (14.718 banorë). Në Bërzhitë, INSTAT ka regjistruar 38% më pak se sa mjeku i familjes pranë ASHRT: 7,059 krahasuar me 5 439.

Influksi i imigrimit të brendshëm mund të spjegojë këto ndryshime, ndërsa në rastin e Berzhitës nuk mund të vlejë ky fakt pasi shumica e banorëve janë të zonës. Një tjetër spjegim i pjesshëm mund të jetë fakti që të dhënat e INSTAT i përkasin vitit 2002 ndërsa të dhënat nga ASHRT janë të Majit 2003.^{34,36}

Pavarësisht, ky fakt nuk mund të spjegojë ndryshime kaq të theksuara. Këto ndryshime janë tepër të rëndësishme për planifikimin shëndetësor si dhe për dhënien e shërbimit.

Në dhjetë vitet e fundit dhe veçanërisht mbas 2000, ka një fluks të madh të shqiptarëve nga pjesë të tjera të vendit për në Rajonin e Tiranës, duke shtuar kështu numrin e banorëve, ndryshimin rajonal dhe etnik, si dhe duke rritur nevojën për zgjerimin e njësive shëndetësore për të plotësuar kërkesën tepër të madhe.

Spitali i vetëm Universitar në vend si dhe klinikat e tjera të specializuara ndodhen në Rajonin e Tiranës si dhe shkollat mjekësore dhe infermieristike. Ndodhen dhjetë poliklinika në qytetin e Tiranës të shpërndara sipas dhjetë lagjeve të dikurshme të Tiranës. Ato ofrojnë shërbime ambulatorie të specializuara për banorët e qytetit dhe të rrethit të Tiranës. Nuk ka poliklinika të tjera përveçse këtyre në qytetin e Tiranës.³⁶

Përshkrimi sipas Zonës

Në QSA janë përfshirë 7 distrikte : Bathore, Bërzhitë, Breg Lumi, Marikaj, Shëngjergj, Qyteti Tiranës dhe Vora. Secili prej tyre, shkurtimisht përshkruhet më poshtë.

Bërzhitë: Ndodhet në pjesën veri-lindore të Rajonit të Tiranës dhe sipas INSTAT në 2002, numri i banorëve është 5 439. Ndërkaq, duhet të përmendet që sipas të dhënave mjekësore të mjekut të familjes, ka 7.509 banorë në Maj 2003. Popullata në pjesën më të madhe përbëhet nga familje që kanë shumë kohë që jetojnë në këtë zonë , me një numër të vogël të familjeve të imigruara nga pjesë të tjera të Shqipërisë. Popullsia i përket klasës së mesme, me një madhësi familjeje të moderuar, me 3-4 fëmijë mesatarisht. Popullata është në nivelin mesatar përsa i përket arsimit, për disa kohë në zona ka patur shkolla të arsimit fillor dhe dytësor. Një pjesë e madhe e të rinjve të kësaj zone, jetojnë në Itali dhe Greqi të cilët dërgojnë para për familjet e tyre në Bërzhitë.

Në këtë zonë, ka infrastrukturë fizike mesatare, përfshirë këtu ujë dhe facilitete sanitare, disa rrugë të shtruara dhe elektricitet të kufizuar. Ka pesë njësi shëndetësore në këtë zonë ku vetëm njëra sapo është ndërtuar me fondet e BB. Ka 5 mjekë familjeje, asnjë specialist dhe 19 infermiere. Nuk ka asnjë farmaci në këtë zonë.

Bathore: Ndodhet në veri - përendim të Rajonit të Tiranës, në bazë të raportit të mjekëve të familjes në klinikë, në 2003 ka 16.900 banorë. Kjo popullsi, në shumicën e vet ka imigruar nga pjesë të ndryshme të Shqipërisë prej fillimit të pjesës Veriore, përfshirë këtu Kukësin, Tropojën dhe Dibren brenda 10 viteve të fundit. Popullsia i përket klasës së ulët të mesme dhe ka një madhësi familjeje mesatare më të madhe në krahasim me qytetin e Tiranës, 5-7 fëmijë për familje. Popullata nuk është e arsimuar mirë dhe vetëm këto vitet e fundit janë ndërtuar shkolla të reja për të akomoduar imigrimet e reja nga veriu i Shqipërisë. Për shkak të një niveli kaq të lartë imigrimi nga zona të ndryshme të veriut, në Bathore është e vështirë të përkufizohet një “komunitet”, megjithëse diçka ka filluar të levizë por me hapa të ngadaltë.

Përveç mungesës së këtij komuniteti, pjesa më e madhe e të rinjve jeton në vende të ndryshme të Europës (Itali, Gjermani, Angli, Austri dhe Greqi) si edhe në pjesë të tjera të botës përfshirë Kanadanë, Afrikën e Jugut, të cilët dërgojnë para për familjet e tyre në Bathore. Këto fonde janë përdorur për të ndërtuar shtëpi të reja, por për shkak të mungesës së një plani apo rregullimi të vazhdueshëm, ka shumë pak vëmendje të nevojshme për të mbështetur ndërtimet e reja të shtëpive.

Në këtë zonë, ka patur një infrastrukturë fizike relativisht të dobët ku mungonte uji dhe facilitetetet sanitare, pak rrugë të shtruara dhe elektricitet sporadik dhe të kufizuar. Ndërkaq, në vitet e fundit, qeveria ka shtuar përpjekjet për të përmirësuar dhe zgjeruar infrastrukturën fizike në zonë, siç duket nga disa aktivitete ndërtuese tepër sinjifikative në këtë zonë.

Njësitë shëndetësore në këtë zonë përfshijnë tre klinika shëndetësore të sapo ndërtuara, dy prej tyre me fondet e Merlin dhe një me fondet e qeverisë franceze në 2002. Më parë ishte vetëm një dhomë me tre mjekë pa pajisje, ndërsa tani janë 7 mjekë familjeje, një specialist (obstetër-gjineokolog), dhe 12 infermiere.

Vizita më e fundit në klinikë ka treguar që klinikat kanë pajisje të reja, pajisje sterilizimi dhe pajisjet bazë diagnostikuese. Klinikat janë relativisht të pajisuara mirë. Ka vetëm një farmaci që i shërben tërë zonës së Bathores.

Breg Lumi: Ndodhet në pjesën veri-qëndrore të Rajonit të Tiranës dhe ka një popullsi prej 7431 banorësh, sipas regjistrimit të popullsisë nga INSTAT në 2001. Kjo popullsi në pjesën më të madhe ka imigruar në Tiranë nga pjesë të ndryshme të Shqipërisë këto pesë vitet e fundit. Popullsia është e varfër, ku pjesa më e madhe është Rome, me familje të mëdha, me një numër mesatar fëmijësh 8-10 për familje. Popullsia nuk është e arsimuar mirë dhe tani së fundmi janë ndërtuar shkolla për këta banorë. Në këtë zonë, ka relativisht një infrastrukturë fizike të varfër si mungesë uji dhe facilitete sanitare, pak rrugë të shtruara dhe elektricitet sporadik dhe i kufizuar.

Në këtë zonë ka vetëm një klinikë shëndetësore e rehabilituar në 2002 nga CRS, por ndërtesa ka filluar të priset. Në këtë klinikë ka 4 mjekë familje, dy specialistë (pediatër dhe obstetër-gjineokolog) dhe dhjetë infermiere. Vizita më e fundit në klinikë ka treguar që ka një minimum pajisjesh dhe aparaturash. Nuk ka asnjë farmaci afer klinikës.

Marikaj: Ndodhet në pjesën veri - perëndimore të Rajonit të Tiranës në komunën e Vorës dhe ka një popullatë prej 2719 banorësh të vlerësuar në 2002 sipas raporteve të mjekut të familjes në klinikë. Kjo popullatë, në shumicën e rasteve është nga zona e Vorës dhe shumë pak familje të imigruara nga pjesët e tjera të Shqipërisë. Popullsia i përket klasës së mesme dhe ka një madhësi familjeje të moderuar, me 3-4 fëmijë për familje. Popullata është në nivelin mesatar përsa i përket arsimit, për disa kohë në zonë ka patur shkolla të arsimit fillor dhe atij dytësor. Një pjesë e madhe e të rinjve të kësaj zone, jetojnë në Itali dhe Greqi të cilët dërgojnë para për familjet e tyre në Marikaj.

Në këtë zonë, ka patur një infrastrukturë fizike relativisht të dobët ku mungonte uji dhe facilitetetet sanitare, pak rrugë të shtruara dhe elektricitet të kufizuar.

Ndërkaq, në vitet e fundit, qeveria ka shtuar përpjekjet për të përmirësuar dhe zgjeruar infrastrukturën fizike në zonë, siç duket nga disa aktivitete ndërtuese tepër sinjifikative në këtë zonë. Ka vetëm një njësi shëndetësore në zonë, të sapondërtuar por e pajisur jo mirë.

Ka vetëm një mjek familje, asnjë specialist dhe dy infermiere. Ka vetëm një farmaci që ndodhet afër njësisë shëndetësore.

Shëngjergj: Ndodhet në pjesën lindore të Rajonit të Tiranës dhe ka 4718 banorë sipas regjistrimit të popullsisë nga INSTAT në 2001. Shumica e popullsisë i përket kësaj zone. Popullsia është e varfër, me familje me madhësi mesatare, 4-6 fëmijë për familje. Popullsia është e arsimuar mirë, me shkolla fillore dhe tetëvjecare në zonë.

Në këtë zonë, ka ujë të rrjedhshëm, facilitete sanitare të kufizuara, shumë pak rrugë, që përfshijnë pak rrugë të shtruara dhe elektricitet sporadik dhe të kufizuar. Në këtë zonë ka dy klinika shëndetësore, njëra prej të cilave sapo është ndërtuar në Shtator të 2003 dhe deri në datën e këtij raporti nuk kishte filluar veprimtarinë.

Në klinikën që është duke punuar ka dy mjekë familje, asnjë specialist dhe tetë infermiere. Kjo klinikë, e cila më parë ka qenë spital, ka laborator dhe pajisje për analiza. Farmacia më e afërt ndodhet brenda klinikës.

Qyteti i Tiranës, distrikti tretë: Ndodhet në pjesën lindore të qytetit të Tiranës. Popullata, të cilës i ofrohet shërbim nga poliklinika 2, ka 350.000 banorë sipas vlerësimit nga raportet e mjekut të familjes në klinikë në Maj 2003. Kjo popullsi nuk korrespondon direkt me madhësinë e popullsisë së Distriktit 3, sepse zona e shërbimit nuk është e kufizuar. Kjo popullsi përfshin dy pjesë relativisht të dallueshme nga njëra-tjetra, në pjesën perëndimore ka shumë pak familje të imigruara, ndërsa në lindje dhe very-lindje shumica e popullsisë ka imigruar nga pjesa lindore dhe verilindore e Shqipërisë. Popullsia i përket klasës së mesme dhe ka relativisht një madhësi të vogël familje, mesatarisht me 2-3 fëmijë. Popullata është në nivelin mesatar përsa i përket arsimit, për disa kohë në zonë ka patur shkolla të arsimit fillor dhe dytësor. Një pjesë e madhe e të rinjve të kësaj zone, jetojnë jashtë Shqipërisë (kryesisht në Greqi), të cilët dërgojnë para për familjet e tyre. Në këtë zonë, ka relativisht infrastrukturë fizike të mirë me ujë të rrjedhshëm, facilitete sanitare, disa rrugë të shtruara dhe elektricitet të kufizuar.

Kjo zonë ka një qendër të madhe shëndetësore (poliklinike), ndoshta më mirë e pajisur në të gjithë qytetin e Tiranës, rindërtuar në 2002 me mbështetjen e BB. Qendra ka një laborator, pajisje sterilizimi si dhe një EKG. Ka 14 mjekë familje, 10 specialistë (2 kardiolog, 4 pediatër, 2 obstetër-gjineokolog) dhe 34 infermiere. Ka dy farmaci që ndodhen shumë afër qendrës shëndetësore dhe shumë të tjera në zonë. Përveç kësaj, ka dhe një postë shëndetësore në pjesën lindore që i shërben kryesisht të ardhurëve.

Ky vend është pjesërisht i rehabilituar dhe ka akses vetëm nga shkallët duke kufizuar kështu aksesin për të moshuarit, të paaftët, gratë shtatzënë dhe për gratë me fëmijë. Ndodhen 6 mjekë familje, asnjë specialist dhe 6 infermiere që punojnë këtu. Ka një farmaci ngjitur me derën e postit shëndetësor. Qyteti i Vorës, ndodhet në zonën veri-përëndimore të Rajonit të Tiranës dhe ka 4.048 banorë sipas raporteve të mjekut të familjes në 2002. Kjo popullatë, kryesisht është nga zona e Vorës dhe shumë pak familje të imigruara nga pjesë të tjera të Shqipërisë. Popullsia i përket klasës së mesme dhe ka relativisht një madhësi të vogël familje, mesatarisht me 2-3 fëmijë. Popullata është në nivelin mesatar përsa i përket arsimit, për disa kohë në zonë ka patur shkolla të arsimit fillor dhe atij dytësor. Një pjesë e madhe e të rinjve të kësaj zone, jetojnë në Itali dhe Greqi të cilët dërgojnë para për familjet e tyre në Vorë.

Në këtë zonë, ka relativisht infrastrukturë fizike të mirë psh ka ujë të rrjedhshëm, facilitete sanitare, disa rrugë të shtruara dhe elektricitet të kufizuar.

Ka një qendër të madhe shëndetësore të rehabilituar në 2002 nga Komiteti Zakat. Qendra është relativisht e pajisur mirë, me pajisje për grafi, eko, laborator dhe pajisje të tjera. Ka 2 mjekë familje, 5 specialist (radiolog, reumatolog, obstetër - gjineokolog, pediatër dhe kirurg) dhe 8 infermiere. Ka një farmaci pranë qendrës shëndetësore dhe disa të tjera në zonën në përgjithësi.

Arritja e Konsensusit nëpërmjet Metodës Mini Delphi

Kujdesi shëndetësor paraqet sfida të mëdha në lidhje me matjen e suksesit ose jo të programeve të zbatuara në interes të publikut apo dhe të zhvillimit të sistemit. Inputet janë të shumta (zakonet shëndetësore, saniteti, barnat, personeli shëndetësor, teknologjia etj) dhe rezultatet (jetë me e gjatë, ulja e sëmundshmërisë, cilësia e jetës) nuk janë zakonisht të matshme në mënyrë të qartë dhe me përpjekje të vogla. Në këtë kontekst nevoja për matjen e performancës në kujdesin shëndetësor është më e rëndësishme ndoshta krahasuar me çdo sektor tjetër në shërbim të publikut.^{6,7,8}

Kujdesi shëndetësor ose mungesa e tij, ndikon çdo qytetar dhe investimi publik në këtë sektor është shumë i madh. Banka Botërore përcakton treguesit e performancës si "impaktet e matjeve të ndikimeve të projektit, outputet, rezultatet dhe inputet që janë të monitoruar gjatë zbatimit të projektit për të vlerësuar progresin drejt objektivave të projektit". Ai mat se sa mirë strategjitë aktuale, planet dhe proceset janë duke punuar dhe jep informacion për të mbështetur procesin e vendimmarrjes dhe të modifikojë veprimet adekuate në të ardhmen. Matja është arritur me anë të përzgjedhjes, llogaritjes dhe raportimin e treguesëve kyç të performancës, të cilat theksojnë ato fusha ku sistemi ka arritur rezultatet e dëshiruara dhe ato fusha ku kërkohen përmirësimet.^{6,7}

Matja e performancës pritet të:

- Krisë transparencën dhe llogaridhënien publike
- Mbështesë politika zhvillimi efektive
- Mbështesë institucionet e kujdesit shëndetësor dhe profesionistët për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve

Sistemi i mbledhjes së të dhënave duhet të përfshijë aktivisht ata që janë përgjegjës për mbledhjen e të dhënave dhe për të siguruar pronësinë e komunitetit të gjërë. Përndryshe, të dhënat kanë gjasa të jenë të pabesueshme për kryerjen e monitorimit.^{19,21,33}

Dimensionet e performancës përshkruajnë aspekte të ndryshme të performancës si kapitalin, efektivitetin dhe efikasitetin. Idealisht, këto dimensione duhet të bazohen në konstrukte të qarta dhe të fuqishme që janë të pavarur nga njëri-tjetri, ose të lidhura logjikisht.

Kriteret për përzgjedhjen e indikatorëve të performancës

Më poshtë janë renditur një sërë kriteresh që gjenden në literaturën që do të përdoret në lehtësimin e procesit të përzgjedhjes së treguesëve sipas rëndësisë së tyre.

Relevanca: Treguesi duhet të jetë kuptimplotë në lidhje me objektivat e strategjisë dhe të jenë të dobishme/me interes për politikëbërësit dhe ndoshta një audiencë më të gjërë.

Duhet të përfaqësojë një aspekt të rëndësishëm për shëndetin publik apo performancën e sistemit shëndetësor.

Vlefshmëria: Treguesi duhet të pasqyrojë sa më shumë të jetë e mundur dimensionin për të cilin është menduar për të matur. Duhet të jetë i besueshëm dhe krahasueshëm, kur matet në popullsi të ndryshme (rurale / urbane, rrethe etj)

Kosto: treguesi duhet të jetë kosto-efektiv dhe të prodhohet (relativisht) nga të dhëna lehtësisht të disponueshme. Duhet të jetë i mundshëm për të mbledhur dhe raportuar.

Afati kohor: treguesi duhet të jetë në dispozicion në një (ose sistematikisht) bazë vjetore. Disponueshmëria në Shqipëri është prodhuar tashmë ose mund të jetë prodhuar nga sistemet ekzistuese të informacionit rutinë.^{7,8,11,14,37}

Dimensionet e performancës

Performanca e sistemit shëndetësor shqiptar duhet të kategorizohet në disa dimensione. Mund të ketë qasje të ndryshme në karakterizimin e punës së një sistemi shëndetësor. Një opsion i përshtatshëm për Shqipërinë do të mund të prodhojë 5 dimensione brenda së cilës, mund të përfshihen një grup i treguesëve. Është e qartë se disa karakteristika të këtyre dimensioneve mbivendosen. Megjithatë kategorizimi mund të ndihmojë analizat. Këtu janë renditur kategoritë e propozuara:^{7,8,16}

- Efektiviteti / Përmirësimi shëndetësor / Rezultatet
- Qasja / Shfrytëzimi
- Barazia
- Cilësia / Shërbimet e pacientëve të orientuara
- Efikasiteti / Qëndrueshmëria

Në çdo dimension ose kategori duhet të përfshihen një sërë treguesish:

Treguesit e efikasitetit: pavarësisht theksit të OBSH-së “Shëndet për të gjithë” në shëndetin pozitiv, statusi shëndetësor është ende i fokusuar kryesisht në klasifikimin dhe identifikimin e shëndetit negativ: kjo është vdekshmëria, prevalenca e sëmundjes dhe normat e incidencës. Treguesit e tjerë të efektivitetit mund të përdoren për të sugjeruar se sa efektiv janë shërbimet shëndetësore (psh. normat e trajtimit të tilla si në rastin e TBC dh /ose SIDA).^{7,11,38,39}

Treguesit e qasjes: "Qasja" zakonisht i referohet pranisë ose mungesës e barrierave fizike ose ekonomike që njerëzit mund të përballen në përdorimin e shërbimeve shëndetësore dhe është e rëndësishme për t'u monitoruar si spjegim për të treguar veprimin e treguesëve të tjerë. Një nga prioritetet më të rëndësishme të reformës në sektorin e shëndetësisë është të përmirësojë aksesin në shërbimet shëndetësore, e kombinuar me një strategji për të siguruar këto shërbime të jenë kosto-efektive.

Një nga interesat kryesore në matjen e qasjes në shërbimet shëndetësore është identifikimi se si ato ndikojnë në grupet e cënueshme.^{7,8,11,17,39}

Llojet e mëposhtme të treguesit janë të sugjeruara: distanca dhe koha për objektin më të afërt shëndetësor, e transportit për raste emergjente mjekësore, stafi/popullsia, orët e klinikës, akseset ekonomike, kujdesit shëndetësor dhe përdorimi vaksinimit të foshnjave dhe listat e pritjes.

Treguesit e kapitalit: "Koncepti i kapitalit se si lidhet me sistemet shëndetësore mund t'i referohet dallimeve të ndryshme në statusin shëndetësor, përdorimin apo qasjeve në mesin e të ardhurave të ndryshme, socio-ekonomike, demografike, etnike, dhe / ose grupeve gjinore". Këto grupe mund të dallohen nga statusi socio-ekonomik (të ardhura / shpenzime, profesioni, pasuria / asetet, arsimi), vendndodhja gjeografike (p.sh. rurale dhe urbane), gjinia, përkatësia etnike, mosha dhe mbulimi sigurimit shëndetësor.

Treguesit e cilësisë: Tre aspekte të cilësisë së kujdesit dallohen zakonisht në literaturë, midis dimensioneve të 'strukturës', 'procesit' dhe 'rezultateve'. Dimensionin 'strukturor' si cilësi referohet nëse burimet e duhura janë në vend për të siguruar kujdesin shëndetësor të një standardi minimal (personeli i trainuar për detyrat e tyre, mirëmbajtja e pajisjeve dhe ndërtesave, një furnizim i rregullt i medikamenteve). Kualiteti i 'procesit' në përgjithësi i referohet aktiviteteve që ndodhin gjatë ndërveprimit në mes të sistemit shëndetësor dhe klientit (dmth nëse kujdesi me cilësi të mirë është marrë në të vërtetë). Gjithashtu, si prania e akreditimit dhe cilësia e trainimit profesional dhe edukimit të vazhdueshëm mund të ndikojnë cilësinë.

"Rezultati" i cilësisë, përveç statusit shëndetësor mund të përfshij kënaqësinë e pacientit dhe cilësinë e perceptuar. Treguesit e sigurisë (psh. në infeksionet nozokomiale) mund të përfshihen në këtë kategori.^{12,13,14}

Treguesit e efikasitetit dhe qëndrueshmërisë:

Këta tregues janë të përcaktuar nga ekonomistët e shëndetit në disa mënyra të ndryshme dhe mund të aplikohen për shërbimet shëndetësore si dhe rezultatet shëndetësore. Efikasiteti në thelb, ka të bëjë me mënyrën se si dhe cilat shërbime shëndetësore janë prodhuar dhe ka tre dimensionet: teknikë, ekonomik dhe alokativ. Në nivelin e sistemit shëndetësor, "qëndrueshmëria" i referohet kapacitetit të sistemit për të vazhduar aktivitetin normal me sukses në të ardhmen.

Dy dimensionet e qëndrueshmërisë - financiare dhe institucionale - janë të rëndësishme, ku reforma e sektorit shëndetësor dhe qasjet e sektorit të gjerë janë të kërcënuar dhe të dy aspektet duhet të monitorohen. Një mënyrë e vlerësimit të qëndrueshmërisë financiare është që të ndjekin nivelet e shpenzimeve për shërbime, të cilat janë veçanërisht të ndjeshme ndaj ndryshimeve në të ardhurat e qeverisë, të tilla si kujdesi parësor dhe se si financohen këto shërbime.^{7,8,19}

Një kategori e treguesëve shtesë mund të prodhohet duke shërbyer në përfshirje të fushave të rëndësishme për shëndetin, si ndryshimet demografike, socio-ekonomike, karakteristikat e riskut etj. Disa nga ky tregues mund të përfshihen në kategorinë e parë, sepse shumë programe parandaluese në fushën e shëndetësisë janë ndër-sektoriale dhe priten për të trajtuar përcaktuesit kryesorë të shëndetit (duhani, informimi shëndetësor, etj). Gjithsesi, një kategori shtesë është sugjeruar që të jetë e rezervuar për programet specifike (nëna dhe fëmija, vaksinimi, shëndeti mendor, etj) për të cilat ndoshta do të duhet një matje më e detajuar.^{7,8,15,34}

Procesi i zgjedhjes së treguesëve që do të përfshihen në kuadër

Përpara përgatitjes së një platforme projekti për treguesit e performancës të sistemit shëndetësor, një numër i platformave kombëtare janë shqyrtuar thellë. Midis tyre janë vendet me të ardhura të larta si Australi, Kanada, Britania e Madhe, SHBA si dhe vende me të ardhura të ulta si Gjeorgjia, Ruanda, Uganda, dhe West Bengal, Indi. Vendimi mbi përfshirjen e treguesëve specifik në strukturën vjetore shqiptare për matjen e performancës është marrë nëpërmjet një procesi që ka përfshirë të gjithë organizatat dhe personat kryesorë^{8,11,16}

Procesi i propozuar përfshin aplikimin e parë për kriteret e përjashtimit në mënyrë që të përgatishin një draft real të strukturës, më pas duke siguruar pjesëmarrjen masive të aktorëve kryesorë në një ushtrim Delphi, për ta finalizuar atë me një tryezë të rrumbullakët, ku skema përfundimtare është paraqitur dhe komentet e tjera janë ekspozuar. Çdo tregues është zhvilluar më tej në tregues sasi (raporti, norma, mesatarja, etj.). Disa fusha mund të ilustron gjithashtu me matje cilësore.

Një listë e institucioneve dhe personave të përfshirë në këtë proces është përgatitur tashmë dhe bashkangjitur në këtë dokument. Burimet e të dhënave për rishikimin e propozuar vjetor. Në mënyrë që të vlerësohet kosto-efektiviteti i treguesëve një numër i burimeve të të dhënave janë shqyrtuar tërësisht. Burimet e të dhënave janë konsideruar sisteme rutinë informative që veprojnë në kuadër të agjencive qendrore si:

- Ministria e Shëndetësisë
- INSTAT
- Instituti i Shëndetit Publik
- Instituti i Sigurimeve Shëndetësore
- Qendra për Cilësi dhe Akreditim

Të dhënat e përfshira në analiza janë më të fundit në dispozicion (2007, 2006, etj.) Me qëllim krahasimin e tendencave dhe ndryshimeve janë duke u shqyrtuar një numër i madh i raporteve dhe dokumenteve.^{7,8,11,36,38}

Përveç treguesëve, që mund të jenë llogaritur në bazë të të dhënave ekzistuese, në këtë raport janë propozuar disa tregues të tjerë që do të futen në të ardhmen. Siç u përmend më lart, treguesit e performancës përfshirë në platformë janë analizuar nga perspektiva të ndryshme si Vlefshmëria / Relevanca e afateve kohore dhe disponueshmëria.

Ka një sistem kompleks të informacionit, por shpesh të dhënat janë të paarrtshme apo të papërshtatshme për nevojat dhe procesin e politikave. Rezultatet shëndetësore, si ato të vdekshmërisë apo sëmundshmërisë mund të jenë në dispozicion vetëm për vitet 2006 dhe më parë. Për të dhëna të tjera si shfrytëzimi shërbimeve dhe publikimeve ekzistojnë vetëm nga viti 2004. Një analizë shtesë e kombinuar e të dhënave nga INSTAT dhe MSH ishte e nevojshme.³⁵

Sistemi Informacionit Shëndetësor nuk po reflekton zhvillimet e reformës. Fokusi është kryesisht në projekte të performancës dhe më pak në ecurinë e sistemit. Ka probleme me afatet kohore të të dhënave. Një shembull i mirë është Llogaria e fundit Kombëtare e Shëndetit, e cila është bërë në vitin 2004.

- Mungesa e pronësisë nga ofruesit e shëndetit, të cilët nuk janë të përfshirë në hartimin e procedurës së monitorimit dhe indikatorët
- Reagimi në nivele më të ulta është i kufizuar
- Shpenzimet private shëndetësore dhe paratë e xhepit janë të vështira për t'u mbledhur në krahasim me ato publike dhe burimet e financimit shëndetësor të jashtëm.

Hartimi i Strategjisë Sektoriale për Monitorimin dhe Vlerësimin e Programit Kombëtar të HIV/SIDA në Shqipëri. Përdorimi i Instrumentave të Fondit Global për Fuqizimin e Sistemit të Monitorim-Vlerësimit për Programin e HIV/SIDA në Shqipëri (Global Fund's M&E Systems Strengthening Tool, MESST)

Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) është përfituesi kryesor (PR) i Fondit Global për AIDS, TB dhe Malariae Round 5 HIV/AIDS dhe granteve të TB. Granti për HIV GF është shumë në shënjestër, synon të plotësojë boshllëqet kryesore në përgjigje kombëtare ndaj HIV/AIDS. Shqipëria konsiderohet një vend me prevalencë të ulët të HIV në bazë të numrit të rasteve të raportuara. Puna që paraqitet në këtë material është kryer si pjesë e monitorimit dhe zhvillimit të kornizës të vlerësimit në lidhje me strategjinë kombëtare të AIDS dhe marrëveshjes të Fondit Global.³³

Kuadri i Performancës përbëhet nga një sërë treguesish të rënë dakord nga PR (ISHP në Shqipëri) dhe objektiva të veçanta që duhet të plotësohen në një bazë vjetore. PR pra, duhet të jetë në gjendje për të matur performancën e saj kundër këtij kuadri në mënyrë, që të tregojë se është duke përmbushur objektivat e saj. Për të ndihmuar këtë proces, GFATM kërkon KP për të ndërmarrë një vlerësim të kapacitetit të tyre për të monitoruar dhe vlerësuar programin dhe të marrë masa për të forçuar ndonjë dobësi të identifikuar.

Sistemi i M&V të Fondit Global është përdorur si mjet forcues MESST, i kryer me anë të punës me pjesëmarrje që përfshin PR, SRS, (nën-përfitues) disa përfaqësues të Mekanizmit Koordinues të vendit (CCM), komunitetin e donatorëve dhe aktorëve të tjerë ose partnerët zbatues të rëndësishëm për ushtrimin. Prodhimi i propozuar për këtë ushtrim është një Plan Veprimi M&V për PR.^{33,34,35}

Një seminar MESST, 2 ditor u mbajt në Tiranë, Shqipëri. Pjesëmarrësit në seminar vlerësuan M&V, kapacitetin e programit kombëtar HIV dhe zbatuesit e tij, ISHP dhe nënmarrësit (SRS), duke parë në tri elemente të sistemit M&V. Këto janë :

- Plani i Vlerësimit dhe Monitorimit
- Aftësia për krahasimin dhe analizimin e të dhënave në ISHP
- Sistemet e raportimit në institucionet shëndetësore, të komunitetit dhe laboratorëve

Rezultati ishte identifikimi i një sërë pikash të forta dhe të dobëta, dhe nga këto zhvillimi i një liste të veprimeve kyçe për të adresuar dobësitë e identifikuar.

Megjithatë ka qenë një ndryshim në situatën epidemiologjike kohët e fundit ku prej 555 HIV/AIDS raste të diagnostikuar dhe raportuar deri në nëntor 2012, 513 raste janë zbuluar pas vitit 2000. Midis viteve 1993 dhe 2000, numri mesatar i rasteve të raportuara me HIV ishte 6-7 në vit. Ky numër u rrit në 10-20 në vit për vitet 2001-2003 dhe 30 në vit në 2004-2006. Që nga viti 2007 Shqipëria ka regjistruar mbi 40 raste në vit dhe dy vitet e fundit kjo shifër është mbi 70.

Nëpërmjet studimeve të ndryshme të kryera (Bio - BSS, sjelljet e rrezikshme rinore), një ndryshim në modelet e sjelljes edhe është edhe perceptuar me rritjen e sjelljeve të rrezikshme, veçanërisht në mesin e nën-grupeve të rrezikuara si përdoruesit intravenozë të drogës (IDUs), MSM dhe ata që bëjnë seks me partnerë të shumtë.^{32,36,37,39}

Në vitin 2003, Qeveria Shqiptare lëshoi Strategjinë e saj Kombëtare për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS 2004-2010, i cili është rishikuar në vitin 2008 dhe modernizuar për periudhën 2008-2014. Fokusi i strategjisë është të mbajë Shqipërinë një vend me prevalencë të ulët.

Edhe fokusi i grantit ka të njëjtin objektiv duke synuar grupet e rrezikuara dhe sigurimin e kujdesit dhe trajtimit të PLWHAs (njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS).^{33,34,39}

Programi i financuar nga GF ka tre komponentë elektronik - parandalimin, kujdesin dhe trajtimin, dhe koordinimi i një qasje të bazuar në dëshmi të sëmundjes. Programi ofron aktivitete të veçanta për 4 grupet e nën-popullsisë - IDUs (përdoruesit e drogave intravenoze), QPS-të (punëtorëve komerciale të seksit), të romëve dhe MSM (meshkuj që bëjnë seks me meshkuj), si edhe shpërndarjen e kondomit, këshillim dhe testim. Për të arritur objektivin e dytë, ai jep ARV për PLWHAs. Komponenti i tretë synon të përmirësojë identifikimin dhe monitorimin e popullsisë të prekshme për të ndjekur një qasje të bazuar në fakte të sëmundjes. Kështu, ndërsa strategjia kombëtare është më e gjerë, të gjithë komponentët e granteve GF janë të lidhur me të.

Si pjesë e aplikimit të saj Faza 2 e rinovimit të PR dëshmon ekzistencën e një mirë-funksionimi të sistemit M&V. Një komponent i rëndësishëm i çdo marrëveshje granti ndërmjet Fondit Global dhe Përfituesit Kryesor është Performanca e Kuadrit Grant. Disbursimet GFATM janë të bazuara mbi performancën. Kuadri Performancë përbëhet nga një sërë treguesish të rënë dakord nga PR (ISHP ne Shqipëri) dhe objektiva të veçanta që duhet të plotësohen në një bazë vjetore.

PR duhet të jetë në gjendje për të matur performancën e saj kundër këtij kuadri, në mënyrë që të tregojë se po përmbush objektivat e saj. Për të ndihmuar këtë proces, GFATM kërkon KP për të ndërmarrë një vlerësim të kapacitetit të tyre për të monitoruar dhe vlerësuar programin dhe të marrë masa për të forçuar ndonjë nga dobësitë e identifikuara.^{33,34,7}

Programi Kombëtar i AIDS (NAP) në ISHP, me mbështetjen teknike të financuar nga USAID, Manaxhimin e Projekteve, Zgjidhjen Grant, realizoi vetë-vlerësim të një sistemi M&V. Qëllimi i ishte për të identifikuar pikat e forta dhe dobësitë në sistemin M&V të HIV, duke përfshirë planin M&V, kapacitetin e manaxhimit të të dhënave të PR dhe të të dhënave të Sistemit të Raportimit për grante.^{33,35}

Projektimi Studimit

Vlerësimi i Sistemeve të monitorimit dhe Forcimi i mjeteve

Qeveritë kombëtare dhe donatorët janë duke punuar për të luftuar shumë sëmundje, duke përfshirë edhe HIV/AIDS dhe për të bërë përmirësime në disa fusha të shëndetit. Programet kombëtare dhe projektet e ndërlidhura kanë vendosur qëllime ambicioze dhe objektiva, arritjet e të cilave matur me anë të treguesëve të M&V. Saktësia e matjes së suksesit të këtyre iniciativave dhe përmirësimit të manaxhimit të programit, ka prodhuar sisteme të forta të M&V që prodhojnë të dhëna cilësore.

Asetet e Sistemeve të M&V (MESST) janë projektuar si një mjet i përgjithshëm për të vlerësuar mbledhjen e të dhënave, raportimin dhe manaxhimin e sistemeve për të matur treguesit e programit dhe suksesin e projektit.^{21,25,33}

Ta themi thjesht, ky mjet i drejtohet kryesisht planit dhe sistemeve të M&V dhe sistemeve që duhet të jenë në vend për të mbledhur dhe të dhënat e kanalizuara të një sistemi për agregimin në treguesit përkatës për manaxhimin e programit dhe raportimin. Objektivi i përgjithshëm i MESST është për të ndihmuar programet kombëtare dhe projektet e lidhura me përmirësimin e M&V-së të dhënave dhe cilësinë e tyre.^{33,39}

MESST ishte projektuar si një mjet i përgjithshëm për të vlerësuar planet dhe sistemet e monitorimit dhe vlerësimit (M&V) duke vlerësuar mbledhjen e të dhënave, raportimin dhe sistemet e manaxhimit për të matur treguesit e programit dhe suksesin e projektit. Ajo trajton planin dhe sistemet e M&V që duhet të jenë në vend për të mbledhur dhe të dhënat e një sistemi për agregimin e treguesëve përkatës për manaxhimin e programit dhe raportimin. MESST mund të përdoret në nivel kombëtar, brenda grupeve të projekteve dhe në kuadër të projekteve të veçanta ose organizatat që janë duke kërkuar për të vlerësuar M&V e mbledhjes së të dhënave dhe të raportimit sistemeve dhe për të zbatuar planet e veprimit për forcimin e M&V.^{33,36,39}

MESST është dizajnuar për të:

- Të vlerësuar planin M&V dhe kapacitetet e projektit zbatues të programit
- Vlerësuar se si M&V aktivitetet e programeve/se si projektet janë të lidhura dhe të integruar në sistemin kombëtar të M&V
- Ndihmuar zhvillimin e një plan veprimi me kosto të llogaritur për të forçuar sistemet e M&V

Plani i veprimit të zhvilluar duhet të ndihmojë në identifikimin e boshllëqeve të M&V dhe korrespondojë forcimin e masave për të udhëhequr investimet në M&V, për të siguruar që këto investime të kontribuojnë në forcimin e sistemeve kombëtare (duke shmangur raportimin paralel) dhe për të përmirësuar cilësinë e të dhënave programatike, planifikimin dhe manaxhimin e programit.^{33,36,37}

Mjeti i MESST është i bazuar në parimet e vlerësimit dhe kërkimit me pjesëmarrje. Supozimi thelbësor që nënvizon vlerësimin me pjesëmarrje është që të angazhohen palët e interesuara në hartimin dhe zbatimin dhe hulumtimin e vlerësimit. Procesi i planifikimit përmirëson saktësinë dhe dobinë e gjetjeve, rrit "përfshirjen" e aktorëve dhe në këtë mënyrë forcon gjasat e rezultateve për përdorimin e tyre dhe kapacitetet institucionale të palëve të interesuara për të hartuar dhe kryer ose të manaxhuar proceset e vlerësimit. Lloji dhe shkalla e pjesëmarrjes ndryshon - nga angazhimi i palëve të interesuara gjatë procesit të vlerësimit të vëzhgimit me pjesëmarrje, përmes të cilit studiuesit mund të angazhohen vërtetë me individët / grupet e interesit.^{33,35,39}

Pas listës së plotë është një seksion i titulluar Plani i Veprimit. Në këtë pjesë, të intervistuarit duhet së pari të identifikojnë pikat e forta dhe dobësitë e planit të M&V bazuar në përgjigjet e dhëna për deklaratat në listën e plotë.

Më pas të anketuarit duhet të identifikojnë masat e planifikuara për forcim dhe për secilën nga këto masa, të specifikojë përgjegjësitë, afatet kohore, burimet e financimit, nëse ka nevojë për ndihmë teknike dhe ndikim në planet e punës ekzistuese/buxheteve.^{33,34}

Së fundi, të anketuarit duhet që në bazë të përgjigjeve të deklaratave në listën e plotë, të sigurojnë një vlerësim të përgjithshëm të Planit M&V. Një "A" nënkupton vlerësimi nuk ka boshllëk, një "B" vlerësimi nënkupton boshllëqe të vogla dhe një "C"- vlerësimi nënkupton boshllëqe të mëdha në vlerësimin e planit M&V. Nëse lista e plotë shqyrtohet nga një "palë e tretë", njësia ekonomike do të japë vlerësimin e saj të përgjithshëm, në dritën e përgjigjeve në listën e plotë dhe të vetë shqyrtimit me verifikimin dhe komentet e veta.

Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave ka qenë nëpër listat kontrolluese të hollësishme për të vlerësuar secilin nga tre elementet e sistemit M&V. MESST është kryer me anë të një pune me pjesëmarrje përfshin PR, SRS, disa përfaqësues të CCM, komunitetin e donatorëve dhe aktorëve të tjerë ose partnerët zbatues të rëndësishëm për ushtrimin. Prodhimi i propozuar për këtë ushtrim është një Plan veprimi i M&V për PR.^{33,35,36}

Një seminar MESST 2 - ditor u mbajt në Tiranë, Shqipëri. Pjesëmarrësit në seminar vlerësuan kapacitetin e M&V të programit kombëtar HIV dhe zbatuesit e tij ISHP dhe nën marrësit (SRS) duke parë në tri elemente të sistemit të M&V. Këto janë:

- Plani i Vlerësimit dhe Monitorimit
 - Aftësia e krahasimit dhe analizimit të dhënave në ISHP
 - Sistemet e raportimit në institucionet shëndetësore, të komunitetit dhe të laboratorëve
- Rezultati ishte identifikimi i një sërë pikash të forta dhe të dobëta, dhe nga këto zhvillimi i një liste të veprimeve kyçe për të adresuar dobësitë e identifikuara.

Hartëzimi i Shërbimit Shëndetësor nëpërmjet Identifikimit të Institucioneve Përgjegjëse për M&V si dhe Rolet dhe Përgjegjësitë sipas çdo Institucioni

Grupi i Referencës dhe Grupi i Punës për M&V që u ngritën për hartimin e Dokumentit Referencë në lidhje me M&V aktualisht po funksionjnë dhe shërbejnë si një mekanizëm efektiv koordinimi ndërmjet institucioneve kombëtare në sistemin shëndetësor, në identifikimin e sfidave të përbashkëta dhe mundësive më të mira për bashkëpunim. Këto grupe do të vazhdojnë të mbeten e të shërbejnë si struktura institucionale për mbarëvajtjen e procesit të M&V dhe do të shërbejnë si një mekanizëm për të koordinuar aktivitetet me partnerët ndërkombëtarë. Sektori I M&V do të koordinojë procesin dhe do të manaxhojë aktivitetet e Grupit të Punës (Core Grup).³³

Vizioni në lidhje me procesin e Monitorimit të Sistemit Shëndetësor është paraqitur në figurën 2 dhe bazuar në strukturën dhe proceset që aktualisht janë në zbatim.

“Milestones” Outputet Tremujore dhe Rishikimi

Me qëllim që të reflektohet progresi në aktivitetet e realizuara nga institucionet shëndetësore që tashmë janë të praqitura në Hartën e Aktiviteteve të Institucioneve Shëndetësore, do të hartohet një set Indikatorësh Procesi (Milestones). Çdo institucion do të jetë përgjegjës për raportimin çdo tre muaj në MSH (Sektori I M&V) ecurinë e indikatorëve të procesit (milestones), indikatorë të cilët janë të lidhur me aktivitetet dhe veprimatrinë e çdo institucioni.

Sektori i M&V në MSH dhe grupit të punës do të mbledh raportet në lidhje me arritjet e milestones dhe bazuar në to do të identifikojë fushat ku ka patur progres dhe përcaktojë njëkohësisht dhe sfidat për të ardhmen. Grupi i punës për M&V do të përgatisë një raport tremujor i cili do të diskutohet dhe miratohet nga grupi referencës.^{33,34,35,39}

Me qëllim që të diskutohet progresi dhe sfidat e identifikuar në Raportin Tremujor dhe të propozohen veprimet e duhura për progres të mëtejshëm, grupi referencës do të realizojë *Takimin Tremujor të Monitorimit*. Ky takim do të shërbejë si një mundësi për shkëmbimin e eksperiencave, zgjidhjen e problemeve dhe koordinimin e bashkëpunimit ndërmjet institucioneve. Takimet Tremujore të Monitorimit do të shërbejnë gjithashtu si një mundësi për të rishikuar milestones ose aspekte të tjera të sistemit të monitorimit, me qëllim që të bëhet e mundur një paraqitje reale e situatës.^{33,34,35}

Takimi Tremujor i Monitorimit do të përfshijë një sesion të brendshëm për MSH dhe institucionet e tjera me qëllim analizimin e progresit dhe identifikimin e fushave që kanë nevojë për ndërhyrje, si dhe një sesion të hapur me partnerët ndërkombëtar. Sesioni i hapur do të jetë një mundësi për të dy palët, MSH dhe partnerët ndërkombëtarë për të paraqitur tek njëri-tjetri progresin, sfidat dhe problemet kryesore të lidhura me aktivitetet e tyre. Sesioni I hapur do të shërbejë gjithashtu si një mundësi për partnerët ndërkombëtarë për të harmonizuar aktivitetet e tyre me nevojat dhe prioritetet e MSH dhe të institucioneve të tjera shëndetësore.^{33,37,36}

Indikatorët e Rezultateve Vjetore dhe Vlerësimi i Performancës së Sistemit Shëndetësor

Grupi i punës së M&V me qëllim matjen e progresit në arritjen e rezultateve si dhe të vlerësimit të impaktit identifikoi dhe hartoi një set eficient indikatorësh. Indikatorët e rezultateve do të raportohen në fund të çdo viti nga institucionet përgjegjëse që kanë akses në këto të dhëna pranë sektorit të M&V në MSH dhe në grupin e punës. Ky grup do t'i mbledhë dhe analizojë këta indikatorë dhe do të prodhojë Raportin Vjetor Vlerësues të Performancës së Sistemit Shëndetësor.

Një metodë e përngjashme me Mini-Delphi është përdorur për të përzgjedhur setin e indikatorëve për këtë qëllim. Pas përfundimit të Raportit Vjetor Vlerësues të Performancës së Sistemit Shëndetësor, grupi referencë do të organizojë takimin për Rishikimin Vjetor të Sistemit Shëndetësor, ku do të diskutohen rezultatet e raportit vlerësues dhe do të identifikohen fushat ku janë të domosdoshme apo të nevojshme aktivitete të tjera.

Bazuar në Rishikimin Vjetor të Sistemit Shëndetësor do të bëhet një update i strategjisë së sistemit si dhe i aktiviteteve të çdo institucioni. Partnerët ndërkombëtarë do të ftohen të marrin pjesë në rishikimin vjetor me qëllim që të prezantojnë aktivitetet dhe rezultatet e tyre dhe njëkohësisht të bashkëpunojnë dhe ndërhyjnë me aktivitete në përmirësimin e problemeve të identifikuara.^{2,33,35,36,37}

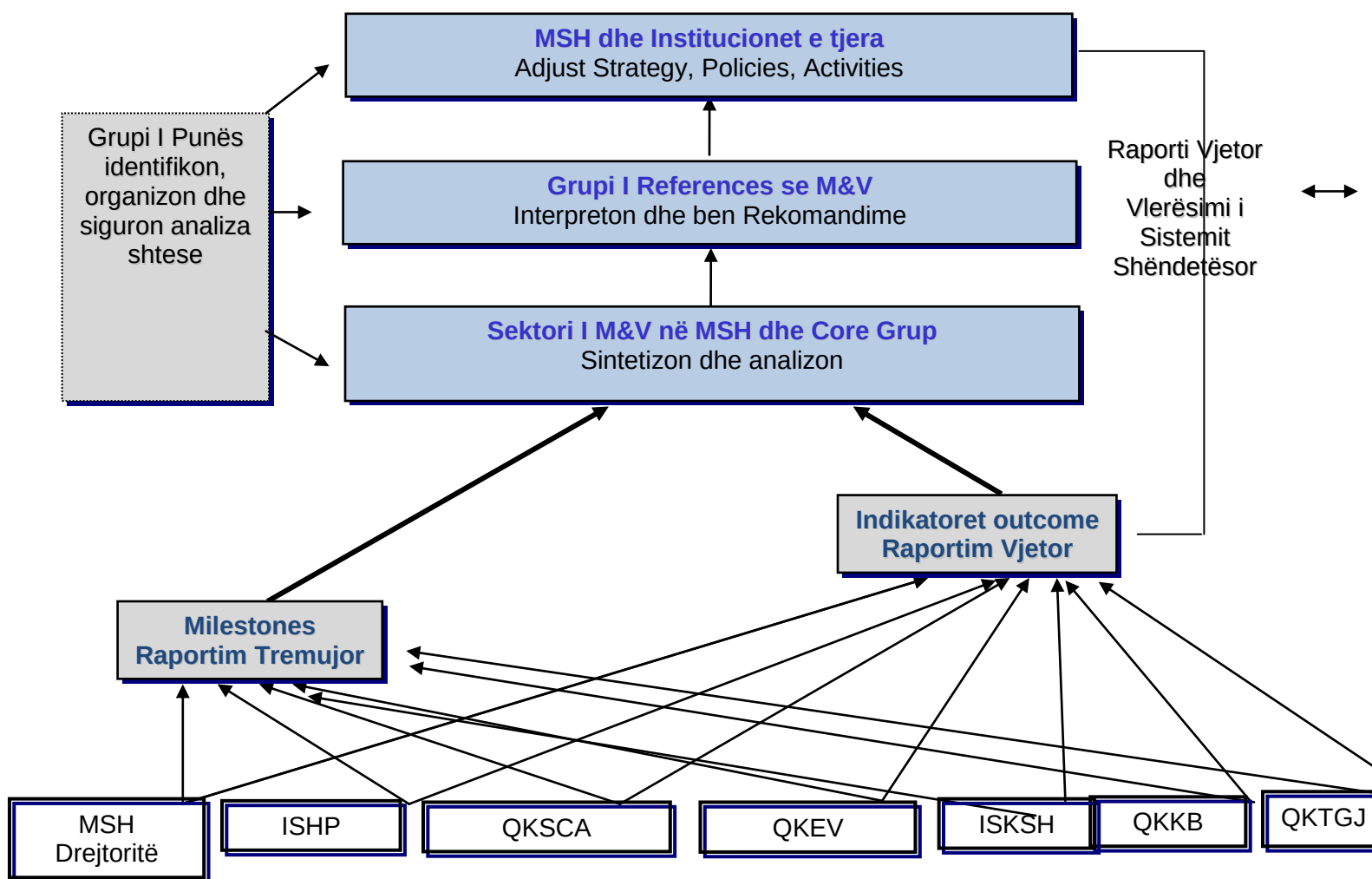
Analiza të tjera shtesë

Grupi i punës së M&V do të jetë përgjegjës për sintetizimin dhe interpretimin e informacionit të marrë nga Raporti Tremujor i Monitorimit dhe Raporti Vjetor i Vlerësimit të Performancës së Sistemit Shëndetësor.

Gjatë këtij procesi, grupi i punës së M&V mund të identifikojë gjithashtu hapësirat ku mund të jenë të nevojshme të dhëna shtesë apo analiza të mëtejshme ose të rekomandojë një vlerësim rigoroz të një aktiviteti apo politike të veçantë.^{33,34}

Grupi i punës së M&V do ta kryejë vetë këtë analizë nëse është e mundur, por në raste të tjera mund të kërkojë të kryhet nga institucione të tjera me përvojë në fusha specifike.

Grupi i punës për M&V, në këtë rast do të hartojë Termat e Referencës për studimet që do të kryhen, do të bashkëpunojë dhe mbështesë institucionet e kontraktuara, monitorojë cilësinë e analizave dhe do të interpretojë gjetjet e bëra.^{31,33,34}

shërbimit dhe konsumatorët.^{33,35,36}

Parimet bazë për ofrimin e modeleve për Monitorimin dhe Vlerësimin

Korniza e M&V për Fuqizimin e Sistemit Shëndetësor duhet të plotësojë dy kritere kryesore:

- Të mbështesë nevojat e vendit për rishikimin, vlerësimin e sistemit shëndetësor dhe planifikimin strategjik bazuar në evidencë
- Të ofrojë evidencë për monitorimin global dhe krahasueshmërinë me sisteme shëndetësore të vendeve të tjera

Korniza M&V duhet të:

- Facilitojë procesin e identifikimit të indikatorëve kryesorë
- Duhet të lidhë këta indikatorë qartësisht me burimet e të dhënave dhe metodologjitë e mbledhjes së tyre
- Të jetë udhërrefyes dhe të ofrojë instrumenta për analizën e të dhënave nga burime të shumëfishta
- Të demonstrojë se si të dhënat do të publikohen dhe diseminohen dhe se si këto të dhëna do të përdoren për të informuar vendim marrësit në nivele të ndryshme

Korniza e M&V për Fuqizimin e Sistemit Shëndetësor duhet të ofrojë informacion për përdorues të ndryshëm dhe për qëllime të ndryshme:

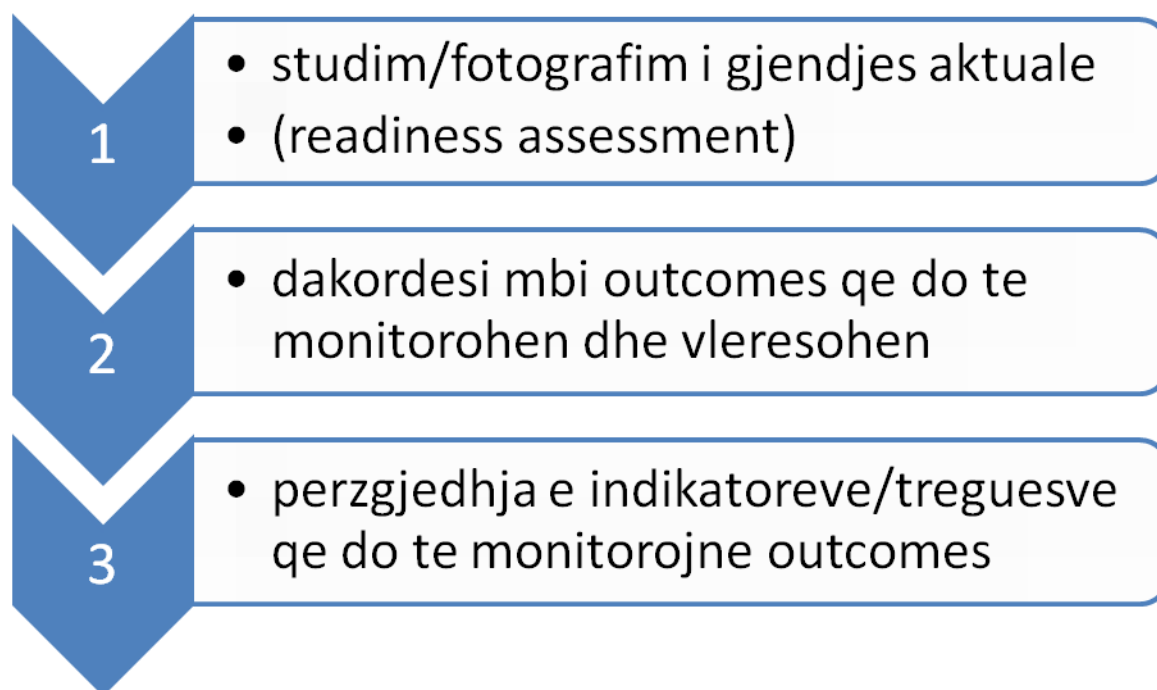
- Monitorimin e burimeve programore, proceseve dhe rezultateve të nevojshme për manaxhimin e investimeve në sistemin shëndetësor
- Vlerësimin e performancës së sistemit shëndetësor si mjet kyç për proceset vendim-marrëse.
- Vlerësimin e rezultateve të reformës në shëndetësi duke identifikuar në të njëjtën kohë përqsjet më të suksesshme ndaj kësaj reforme.

Bazuar në hulumtimin e literaturës në lidhje me sistemin e Monitorim-Vlerësimit, ekspertë të ndryshëm kanë dallime në lidhje me hapat që duhet të ndiqen për të ndërtuar një sistem M&V të bazuar në rezultate, ndërkohë që të gjithë bien dakord në qëllimin e sistemit të M&V. Disa ekspertë propozojnë modele me katër ose shtatë stade. Panvarësisht numrit të stadeve/hapave që duhet të ndiqen, esenca e veprimit për ndërtimin e një sistemi monitorimi qëndron në parimet e mëposhtme: ^{33,35,37}

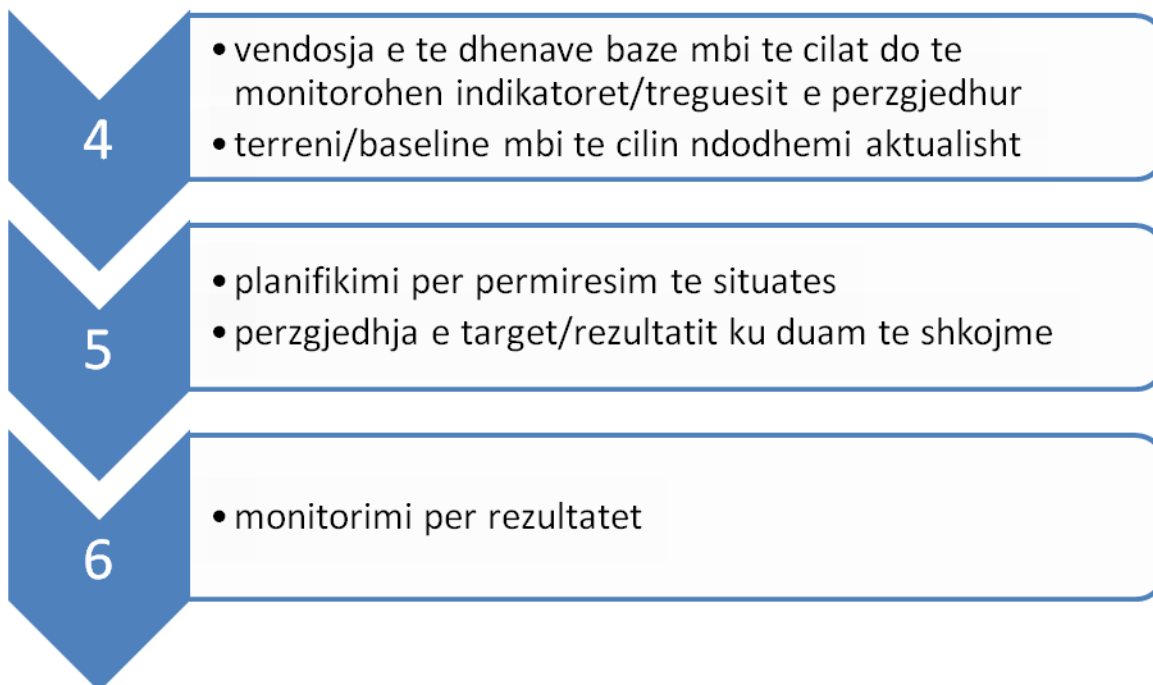
- Përcaktimi i qëllimeve dhe rezultateve
- Përzgjedhja e indikatorëve të rezultateve për të bërë monitorimin
- Grumbullimi i të dhënave bazë për situatën aktuale
- Vendosja e targeteve specifike për t'u arritur dhe vendosja e kufirit kohor për arritjen e tyre
- Mbledhja rregullisht e të dhënave për të parë nëse po arrihen objektivat
- Analizimi dhe raportimi të dhënave/rezultateve

Një nga modelet më të përhapura sot, që merr parasysh faktorët organizativë, politikë dhe kulturorë është modeli me dhjetë stade/hapa për ngritjen dhe vendosjen në përdorim të sistemit të M&V. ^{33,36}

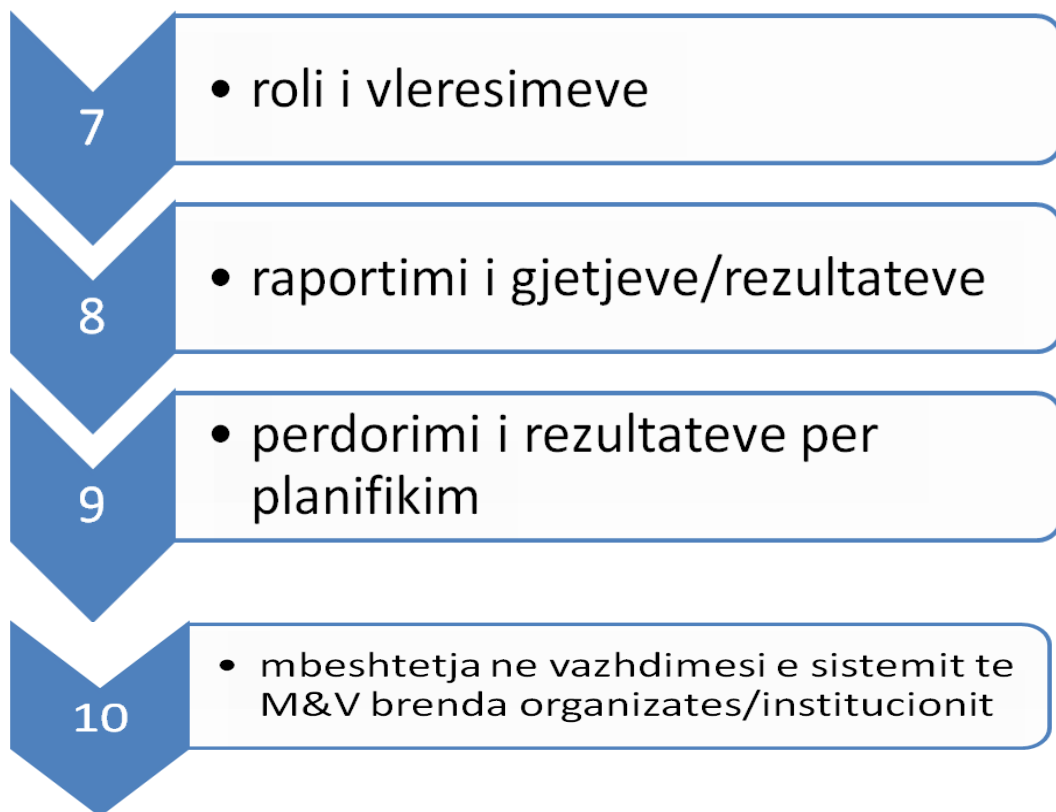
Ky model, dallon nga të tjerët pasi ofron gjerësisht detaje si të ndërtosh, mirëmbash dhe më e rëndësishmja si të mbështesësh në vazhdimësi një sistem M&V bazuar në rezultate. Një dallim tjetër i rëndësishëm është se modeli me dhjetë stadi/hapa, përmban një studim të situatës përpara vendosjes së sistemit të M&V. Ky studim/fotografim i gjendjes aktuale përpara vendosjes së sistemit, përbën në fakt themelet e ngritjes së sistemit të M&V. Ky mund të konsiderohet dhe si hapi/stadi i parë i ngritjes së sistemit. Këtu është e rëndësishme të përmendet që përgjatë gjithë ngritjes së modelit, janë të nevojshme në rradhë të parë mbështetja politike si dhe ngritja dhe mbështetja e sistemit duhet të ndodhë nëpërmjet proceseve pjesëmarrëse dhe në partneritet me të gjithë aktorët dhe faktorët e intresuar, të cilët do të jenë pjesë e sistemit të M&V.^{33,37}



- Stadi/hapi i dytë i këtij modeli përfshin përzgjedhjen e rezultateve për monitorim dhe vlerësim.
- Stadi/hapi i tretë përfshin vendosjen e indikatorëve kyç të performancës për monitorimin e progresit të bërë në lidhje me inputet, aktivitetet, outputet, rezultatet dhe impaktin mbi popullatë. Indikatorët, ose më saktë monitorimi i indikatorëve të përzgjedhur, ofrojnë feedback dhe një informacion të pasur mbi performancën. Në fakt ekzistojnë një sërë udhëzuesish për përzgjedhjen e indikatorëve, të cilët mund të ndihmojnë në këtë proces. Përzgjedhja e indikatorëve dhe procesi i bërë për këtë qëllim do të trajtohen më vete.
- Stadi/hapi i katërt i këtij modeli, ka lidhje me vendosjen e terrenit bazë të performancës (baseline) mbi të cilin do të fillojë procesi i monitorimit dhe vlerësimit. Të dhënat që përfaqësojnë këtë pikënisje mund të jenë sasiore dhe cilësore dhe këto të dhëna përcaktojnë një pikë të fillimit të procesit, bazuar në të cilën do të kemi mundësi të verifikojmë progresin e bërë.



- Stadi/hapi i pestë, ngrihet mbi hapat e mëparshëm dhe ka të bëjë me përzgjedhjen e rezultateve target se ku duam të arrijmë, pra përcakton qëllimin dhe objektivat në terma të kuantifikuar. Rezultatet target mund dhe duhet të përzgjidhen duke pasë parasysh indikatorët apo treguesit bazë mbi të cilët kemi nisur dhe duke përcaktuar në terma të kuantifikuar se cilët janë nivelet e dëshiruar për t'u arritur.
- Stadi/hapi i gjashtë i modelit të M&V përfshin zbatimin dhe monitorimin e procesit dhe të rezultateve. Monitorimi për rezultatet e arritura përfshin dhe mbledhjen e të dhënave cilësore, përcaktuar kjo sipas udhëzuesëve.
- Stadi/hapi i shtatë ka të bëjë me mënyrat e vlerësimit të rezultateve/të dhënave që dalin nga monitorimi, përdorimi, tipet e ndryshme të vlerësimit, koha e vlerësimit etj.
- Stadi/hapi i tetë ka të bëjë me raportimin e gjetjeve. Ky hap përfshin mënyrat e analizimit dhe raportimin e të dhënave, në mënyrë të tillë që të jenë të përdorshme nga vendim-marrësit, për të bërë përmirësimet e duhura në projekte/programe/politika.



- Stadi/hapi i nëntë, ka të bëjë me përdorimin e të dhënave, një aktivitet i rëndësishëm ky për gjenerimin e njohurive të reja, publikimin e tyre dhe për nxjerrjen e mësimave brenda një organizate apo institucioni.
- Stadi/ hapi i dhjetë dhe final, ka të bëjë me përballimin e sfidave për të mbajtur funksional sistemin e M&V duke përfshirë kërkesat, rolet e qarta, përgjegjësitë, besueshmërinë dhe vlerat e informacionit, vazhdueshmërinë dhe profesionalizmin, kapacitetet dhe motivimin e përshtatshëm. ^{33,34,35,36,39}

Ky sistem teorik prej 10 hapash mund të përdoret për procesin e monitorimit dhe vlerësimit për projekte, programe, politika. Megjithatë vizualisht duket një proces linear, në realitet nuk është, pasi hapat nuk janë kaq të ndarë nga njëri-tjetri si në teori, duke qënë se mund të punohet njëkohësisht për zbatimin e disa hapave. Përdorimi i sistemeve të M&V, bazuar në rezultate mund të sjellë ndryshime të mëdha në kulturën e mënyrës së organizmit dhe operimit të organizatave dhe qeverive. Nëse sistemi i M&V ndërtohet dhe funksionon shëndetshëm, kjo mund të çojë drejt një transparence dhe besueshmërie më të madhe, përmirësimi të performancës dhe në gjenerim të njohurive të reja. ^{3,21,33,35}

Kuadri logjik, çështjet dhe problemet prioritare shëndetësore

Analizë sistemi në lidhje me ndryshimet në decentralizim dhe privatizim të ISKSH.

Sfidat në planifikim strategjik, kontrolli kundrejt M&V.

Kuadri logjik në lidhje me sistemin e Monitorim-Vlerësimit paraqet mënyrën si janë planifikuar apo propozuar aktivitetet e sistemit shëndetësor me qëllim që të lidhen me outputet, rezultatet dhe impaktin për përmirësimin e shëndetit dhe kujdesit shëndetësor në Shqipëri dhe për qytetarët shqiptarë.^{31,33,35,36,39}

Sistemi i M&V do të fokusohet specifikisht në monitorimin e sa më të mirë të sistemit të kujdesit shëndetësor, por adreson problemet dhe çështjet kyçe të lidhura me shëndetin. Problemet dhe çështjet prioritare janë si më poshtë:

- 1. Shëndeti i nënës dhe fëmijës**
 - a. Kujdesi perinatal [OZHM]
 - b. Infeksionet Respiratore Akute tek fëmijët
 - c. Diarrea
- 2. Sëmundjet infektive**
 - a. Tuberkulozi [OZHM]
 - b. HIV/AIDS [OZHM]
- 3. Sëmundjet kronike**
 - a. Sëmundjet kardiovaskulare
 - b. Diabeti
 - c. Neoplasmat
- 4. Problemet e shëndetit mendor**

Harta e Aktiviteve të Sistemit Shëndetësor

Në këtë kapitull, janë përshkruar aktivitetet që pritet të kontribuojnë në përmirësimin e outputeve, rezultateve dhe impaktit në sistemin shëndetësor. Si fillim, bazuar në “Strategjinë e Sistemit Shëndetësor” u përgatit një “Hartë e aktiviteteve dhe institucioneve shëndetësore”, me qëllim që të përshkruhet situata aktuale në lidhje me:

- Aktivitetet e planifikuara dhe të kryera nga çdo institucion;
- Outputet dhe produktet, për të cilat çdo institucion bie dakord të jetë përgjegjës dhe
- Marrëdhëniet e institucioneve për çdo aktivitet

Harta e Aktiviteve të Sistemit Shëndetësor paraqet vendimet/veprimet politike për çdo aktivitet dhe që janë përgjegjësi e MSH, si edhe hapat e implementimit të cilat janë përgjegjësi e institucioneve implementuese (në disa raste edhe MSH ka përgjegjësinë e implementimit.) Rekomandohet që Harta e Aktiviteve të Institucioneve Shëndetësore të përdoret si një plan veprimi në vazhdim dhe të përditësohet çdo vit duke marrë në konsideratë Rishikimin Vjetor, i cili realizohet në një proces gjithëpërfshirës si pjesë e procesit të planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor. ^{34,35,36}

Në Hartën e Aktiviteve të Sistemit Shëndetësor që paraqitet me poshtë, çështjet e lidhura me politikat të cilat janë përgjegjësi e MSH janë listuar në kolonën e majtë, hapat e implementimit janë listuar në qendër dhe institucioni (et) përgjegjës për implementimin janë listuar në kolonën e djathtë.

Procesi i Vlerësimit (Rishikimit) Vjetor

Me qëllim përcaktimin e progresit të bërë në përgjithësi dhe specifikisht në lidhje me çdo prioritet strategjik, identifikimin e sfidave dhe vendosjen e prioriteveve për vitin pasardhës, MSH do të realizojë apo kryejë vlerësimin vjetor. Ky vlerësim do të kryhet bashkërisht me institucionet kombëtare të sistemit shëndetësor si edhe me ministritë e tjera të linjës, partnerët ndërkombëtarë, aktorët e organizatave të tjera të shoqërisë civile.

Procesi i vlerësimit vjetor do të organizohet nga sektori i M&V, grupi punës së M&V dhe do të kryhet e përfundohet nga grupi referencës së M&V i drejtuar nga Ministri i Shëndetësisë. Periudha e vlerësimit vjetor duhet të përputhet me ciklin e buxhetit në mënyrë që të lejojë përfshirjen në buxhetin e ardhshëm të prioriteteve të identifikuara.

Përpara se të bëhet vlerësimi vjetor, duhet të jetë përfunduar dhe të jetë ofruar Raporti Vlerësues Vjetor i Performancës së Sistemit tek çdo përfaqësues i procesit. Grupi i punës së M&V do të përgatisë një axhendë paraprake dhe një material të shkurtër me çështjet kryesore që do të diskutohen. Format i Vlerësimit Vjetor do të jetë ai i një takimi formal 1 ose 2 ditor, por mund të përfshijë edhe vizita në spitale apo qendra shëndetësore në Tiranë dhe rajon. ^{33,34,35,36}

Objektivat e Vlerësimit Vjetor janë:

1. Të identifikojë arritjet dhe sfidat kryesore në sistemin shëndetësor gjatë vitit të kaluar
2. Të paraqesë përmbledhtazi iniciativat, politikat, programet e reja si dhe aktivitetet e sistemit shëndetësor (dhe iniciativa të tjera relevante në sektorët e tjerë)
3. Të diskutojë konkluzionet e raportit vlerësues të performancës së sistemit shëndetësor dhe të identifikojë fushat ku janë të nevojshme ndryshimet politike apo aktivitetet e tjera
4. Të vlerësojë aktivitetet e çdo institucioni kombëtar shëndetësor, efektivitetin e tyre, vështirësitë në implementim dhe fushat ku është i mundur bashkëpunimi apo integrimi i aktiviteteve
5. Të identifikojë fushat, politikat dhe aktivitetet prioritare për vitin tjetër
6. Të azhurnojë strategjinë e sistemit shëndetësor dhe aktivitetet kryesore të çdo institucioni duke u bazuar në vlerësimin vjetor të sistemit shëndetësor
7. Të identifikojë mundësitë për bashkëpunim me partnerët ndërkombëtarë apo për përdorim më të mirë të burimeve të donatorëve me qëllim arritjen e objektivave strategjike të sistemit shëndetësor.

Rezultatet

Vlerësim Cilësor me Aktorët Kyç në Shëndetësi në Rajonin e Tiranës. Kërkimi Cilësor dhe Teoria e Fuqizimit.

AKSESI DHE PËRDORIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Përmbledhje

- Njerëzit përdorin shpesh shërbimin e KSHP, por ka edhe shumë të tjerë ndërmjet tyre të cilët janë të dekurajuar të veprojnë kështu, për shkak të kapaciteteve të ulëta diagnostikuese që kanë këto shërbime dhe të sistemit të egër të vendosur nga ISKSH, që e ka transferuar shumicën e vendimeve të trajtimit në duart e mjekut specialist
- Problemi kryesor që njerëzit hasin kur kërkojnë kujdes shëndetësor lidhen me vështirësitë për të gjetur kujdes shëndetësor të specializuar, për të paguar këto shërbime dhe në rastin e zonave rurale largësia nga qendra shëndetësore
- Numri i banorëve të cilët anashkalojnë MF është më i lartë në zonat nënurbane, numri i personave të cilët përdorin farmacitë, si zëvendësues të kujdesit të duhur shëndetësor është më i lartë në zonat urbane dhe problemet që kanë të bëjnë me transportin hasen më shpesh në zonat rurale
- Mungesa e informacionit, varfëria dhe mungesa e mbështetjes nga institucionet shtetërore, ndikojnë në aksesin e shërbimeve të KSHP veçanërisht në zonat nënurbane
- Disa fshatra nuk kanë farmaci, shërbim dentar dhe postë shëndetësore
- Kur flitet për probleme shëndetësore, individët gjithmonë gjejnë mbështetje nga pjesëtarët e familjes. Strukturat e tjera sociale janë tëpër të dobëta.

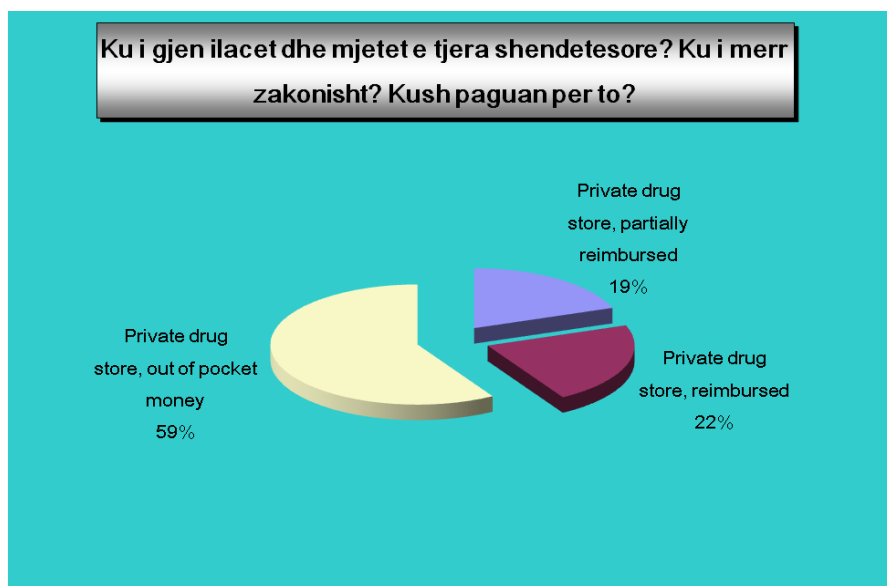
Dikur kam vuajtur nga koliti, kështu vajta në Spital në Tiranë. Mbasi pagova 16,000 leke vetëm për diagnostikim, me në fund mora ilacet e duhura. Këtu në komunë nuk kemi as shërbime dhe as pajisje për tu diagnostikuar

Perceptimet e banorëve

Më tëpër se gjysma e banorëve raportojnë që të paktën një herë kanë patur vështirësi në marrjen e kujdesit shëndetësor kur kanë patur probleme shëndetësore. Arsyet kryesore që fshihen pas këtyre vështirësive janë mungesa e kujdesit të duhur të specializuar, pagesat për të marrë shërbimin e duhur, problemet e transportit, koha e pritjes dhe blerja e ilaceve kur janë të shtruar në spital. Këto të dhëna përputhen edhe me përgjigjet e drejtuesëve kryesorë dhe dhënësëve të shërbimit. Pjesa dërmuese e banorëve të intervistuar thonë se përdorin MF se tyre si pike të parë kontakti në rast të një problemi shëndetësor. Duket që tendenca tradicionale që nxit përdorimin e qendrave apo posteve shëndetësore ruhet ende në komunitetin rural dhe urban të Tiranës, dhe fenomeni i anashkalimit të

Tre vjet me pare, kur unë siha semure, *pata* shumë veshtiresi për të marrë shërbimin e duhur.

sistemit të referimit nuk është dallues; më shumë se 13% raportuan se vepronin kështu.



Më tej, kur u pyetën të përmendin burimet e kujdesit që frekuentojnë fillimisht më shpesh, më shumë se gjysma e banorëve përmendin farmacinë si pikën e parë të kontaktit me sistemin shëndetësor parësor. Në këto raste, ata kërkojnë ndihmë, keshilla apo ilace për problemin e tyre imediat shëndetësor direkt nga farmacisti.

Pavarësisht nga fakti që banorët e intervistuar thanë që ambulancat ishin burimi kryesor për kujdes shëndetësor, ka shumë mundësi që ata e konceptojnë ambulancën të ngjashme me çdo lloj njësie të kujdesit shëndetësor parësor. Në pak raste ata shkojnë direkt në spital (5 ose 13%) apo zgjedhin mjekët popullorë (2 ose 5%). Pak të tjerë (4 ose 10%) raportojnë që nuk kërkojnë kujdes nga asnjë burim por preferojnë vetë-kujdesin.

Gjatë lindjes së fëmijës tim, transporti për në spital ishte problemi më i madh për mua.

Kur kam problem shëndetësor, shqetësimi im është transporti.

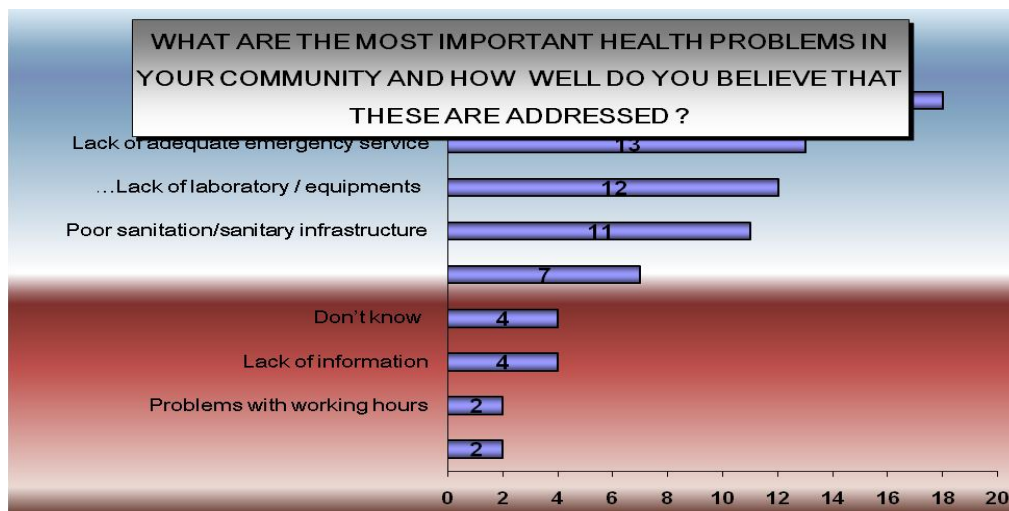
Ky profil (përdorimi i njësive të kujdesit shëndetësor parësor dhe farmace nga pjesa dërmuese dhe gjithashtu ekzistenca e fenomenit të anashkalimit të sistemit të KSHP) është në përgjithësi i njëjtë ndërmjet opinionëve të zonave urbane, rurale dhe nënurbane të përfshira në këtë studim. Megjithatë ka disa ndryshime, psh në zonat nënurbane, ka një nivel më të lartë të njerëzëve që anashkalojnë njësinë zyrtare të kujdesit shëndetësor. Kjo mund të jetë rezultat i levizjes së lartë demografike (me një përqindje të lartë të popullsisë së imigruar nga zonat veriore në Tiranë në vitet e fundit) dhe një strukturë relativisht e re dhe e dobët e shërbimeve shëndetësore. Nga ana tjetër, është një nivel i ulët i individëve në zonat rurale, krahasuar me zonat urbane dhe nënurbane, të cilët përdorin farmacinë si zëvendësues për kujdesin shëndetësor parësor publik. Ky fakt duket që ka të bëjë me shpërndarjen e pakët të farmace në zonat rurale të Rajonit të Tiranës. Kostoja, vendi dhe trajtimi i mirë janë shkaqet kryesore që ndikojnë në zgjedhjet e individëve për shërbime

Vellai im ka qënë shumë i semurë (probleme mendore shëndetësore). Mjeku specialist nuk donte të vinte (në shtëpi) megjithëse vellai im nuk mund të shkonte dot në qëndren shëndetësore.

shëndetësore. Afërsisht dy të tretat e të intervistuarëve dhanë këto tre arsye kur u pyetën pse përdorin njësitë shëndetësore që ata vetë përmendën.

Në zonat rurale, marrëdhëniet e mira me dhënësin e shërbimit kishte të njëjtën rëndësi por kjo nuk ishte evidente në zonat e tjera. Të dhënat tregojnë një rritje të numrit të banorëve, që raportojnë se vendi ku ndodhet njësitë shëndetësore është faktori primar në fshat dhe sidomos në zonat e largëta rurale. Arsye të tjera më pak të përmendura ishin disponibiliteti i shërbimeve (të cilat kishin të bënin më shumë me shërbimet e specializuara), lloji i sëmundjes, orari i përshtatshëm i vizitave dhe eksperiencia e mjekut. Një tjetër faktor i përmendur dukshëm sidomos në zonat rurale dhe nënurbane ishte “Kështu është rregulli”. Kjo do të thotë që njerëzve i’u është thënë se mënyra e vetme për të marrë shërbim shëndetësor publik falas është të drejtohesh fillimisht te mjeku lokal i familjes. Kur u pyetën se kush ishte më e rëndësishme për ta në castin kur përpiqeshin të merrnin ndihmë për problemet e tyre shëndetësore, banorët shikonin pjesëtarët e tyre të familjes dhe veten e tyre si mbështetjen më kryesore. Vetëm një pakicë ende kërkon mbështetje nga pjesëtarët e komunitetit dhe akoma më pak nga familjarët e largët. Drejtuesi i zgjedhur i komunitetit u paraqit si opzion vetëm në zonat e largëta rurale. Kjo është sinjifikative dhe kërkon vëmendje të mëtejshme.

- Kur femija im është semure, ishte shumë e veshtire të gjëja ilacet dhe përvec kesaj ato ishin shumë të shtrenjta.
- Femija im ishte i semure, unë nuk mund të gjëja dot mjekun specialist, keshtu që shpenzova shumë kohe (duke u përpjekur të kerkoja ndihme), Në fund, femija im përfundoi në operacion.



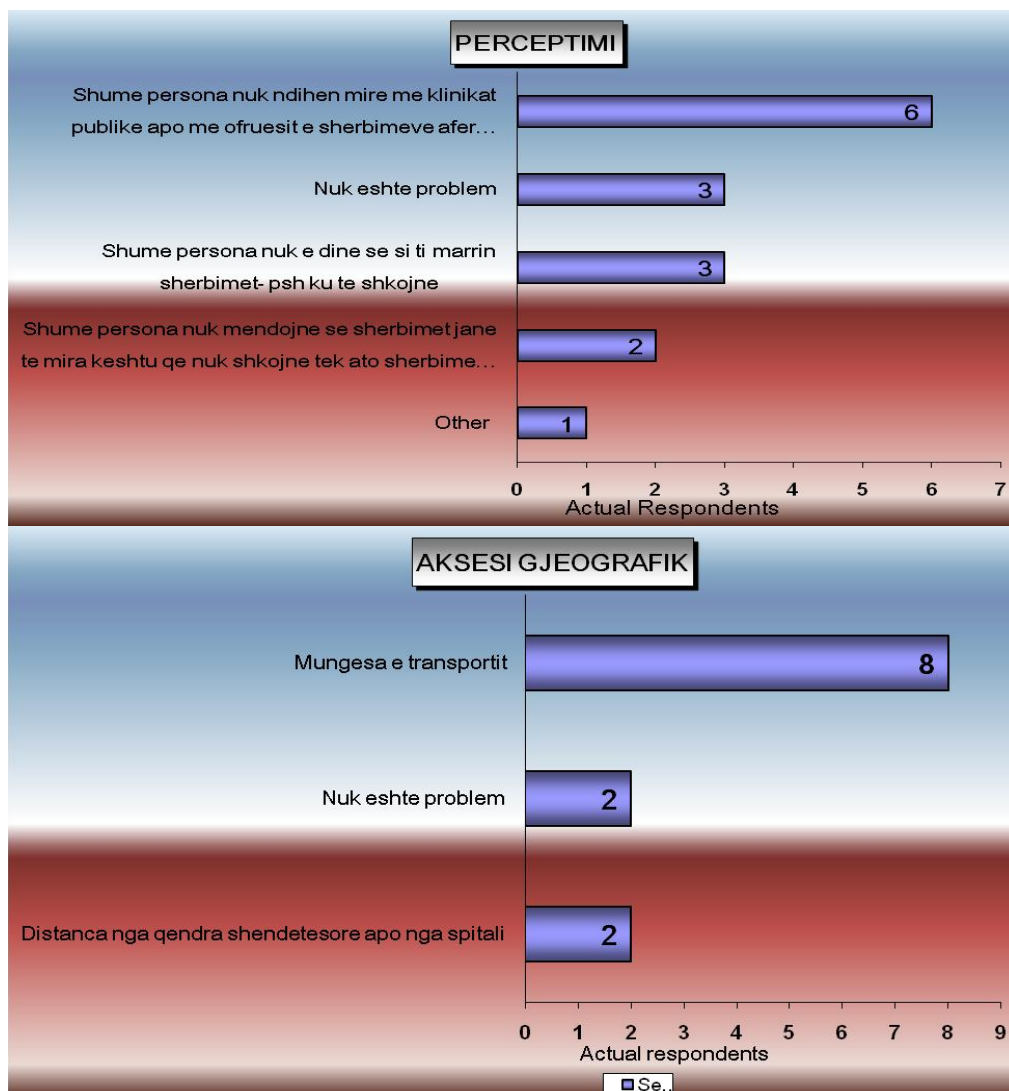
Duke theksuar kapacitetin e drejtuesëve të komunitetit në zonat fshatare për t’iu përgjigjur nevojave shëndetësore të komunitetit, mund të ekuilibrohet ndoshta mungesa e njësive shëndetësore dhe të dhënësëve të shërbimit, siç mund të jetë trainimi i punonjësëve shëndetësor të komunitetit.

Perceptimet e Aktorëve: Dhënësit e shërbimit dhe Drejtuesit kryesorë

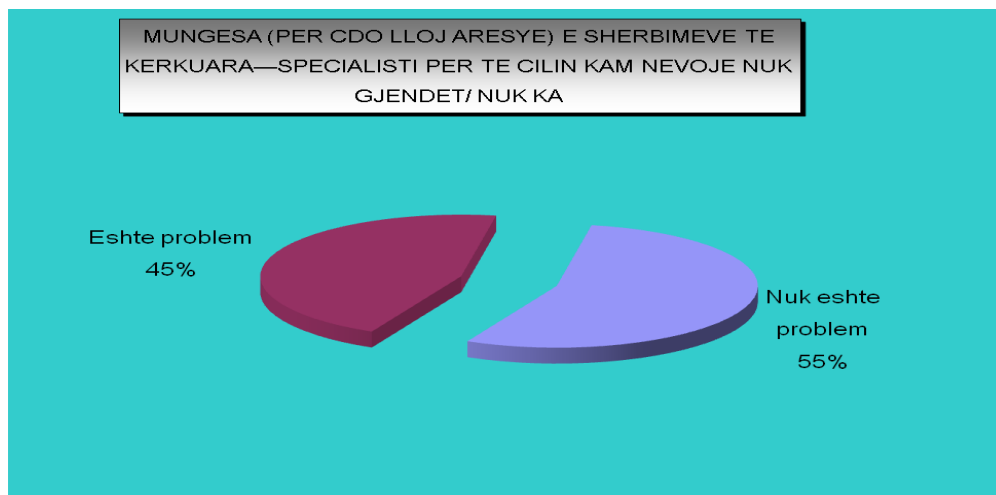
Përgjigjet e dhënësëve të shërbimit dhe të drejtuesëve të komunitetit përputhen, kur u pyetën për arsyet dhe vështirësitë që kanë individët në drejtim të aksesit për kujdes shëndetësor.

Arsyeja kryesore e përmendur nga të dy grupet duket se është mungesa e kujdesit të specializuar, ndjekur nga kostoja apo aksesit financiar për kujdes shëndetësor.

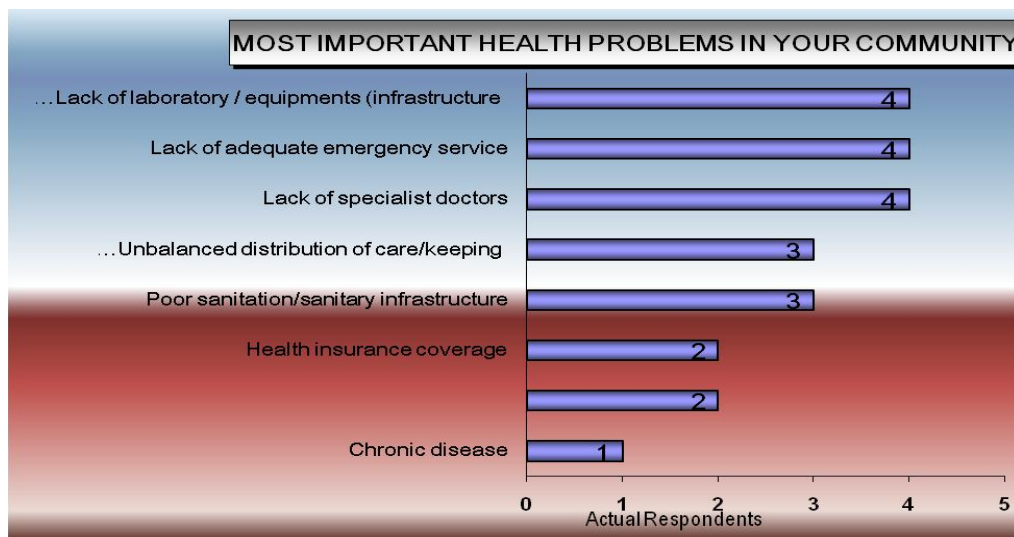
Vajza ime ishte e semure dhe unë shkova fillimisht të farmacisti lokal për ndihmë. Ai me dha disa ilace dhe ajo u përmirësua përkohësisht. Të nënsermen në mengjës gjëndja e saj u keqësua. E cova atë në qëndren shëndetësore ku u diagnostikua. Kryetari i komunës dhe doktori me ndihmuan shumë. Në të njëjtën ditë, Ministria dergoi një helikopter i cili e coi vajzen time në Spitalin e Tiranës ku iu nënshtrua një operacioni. Ndërhyrja doli me sukses dhe mjekët nuk me



Arsye të tjera janë mungesa e njohurive apo e ndërgjegjësimit në lidhje me të drejtat që individët kanë për kujdes shëndetësor (sigurimi shëndetësor) distanca nga njësia shëndetësore (mungesa e transportit) si dhe perceptimi në përgjithësi i individëve për cilësinë e shërbimeve në KSHP.

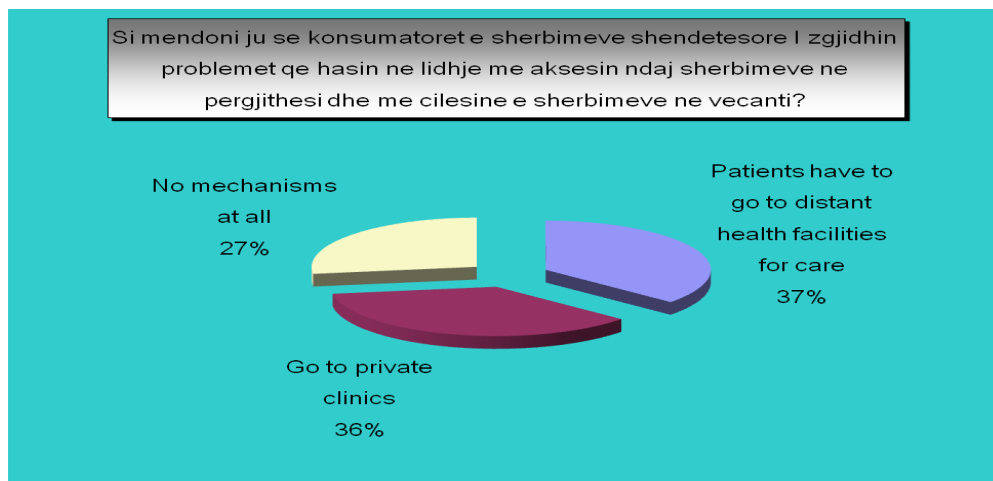


Pak të intervistuar përmendin rastet ku individët nuk ndihen rehat me klinikat apo dhënësit e shërbimit. Rezultatet përputhen dhe në rastin kur ato krahasohen me përgjigjet e dhëna nga banorët, për të paktën 3-4 arsye që kanë të bëjnë me vështirësitë në aksesin për kujdes shëndetësor. Shumica e individëve të cilët deklaruan që nuk kanë informacion të mjaftueshëm për sigurim shëndetësor i përkasin të intervistuarëve në zonat rurale. Në lidhje me aksesin gjeografik që përfshin distancën nga qendra shëndetësore dhe disponibilitetin e transportit duket që këto probleme i përkasin vetëm zonave rurale, gjithmonë sipas mendimit të dhënëseve të shërbimit dhe drejtuesëve të komunitetit. Kjo përputhet ndërmjet dhënëseve të shërbimit dhe drejtuesëve të komunitetit.



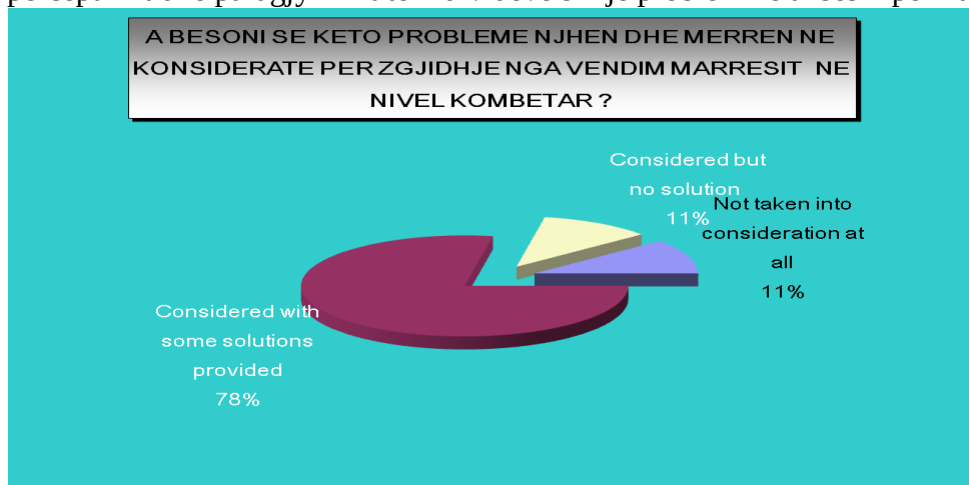
Disponibiliteti i kujdesit shëndetësor të specializuar tregon një profil të ngjashëm dhe kjo mund të ketë lidhje me problemet e vendndodhjes që u përmendën me sipër. Duhet të theksojmë që “kujdesi shëndetësor i specializuar” në kundërshtim me “vendndodhjen” nuk është një problem eskluviv për zonat rurale, por është ndoshta më evident në këto zona dhe në disa raste edhe në zonat nënurbane. Në shumicën e rasteve këto janë zonat më të varfëra krahasuar me zonat urbane dhe mungesa e njëjësive shëndetësore e përkeqëson më tej problemin e aksesit. Në një farë mënyre, aksesin për shërbimet shëndetësore mund të ndikojë në të ardhmen në gjëndjen e tyre shëndetësore.

Kur pyetëm si i zgjidhin individët problemet e aksesit në komunitetin e tyre, shumica e dhënësëve të shërbimit dhe të drejtuesëve kryesorë u përgjigjën që individët anashkalojnë shërbimin lokal të KSHP duke shkuar në një njësi më të largët shëndetësore ose duke shkuar tek farmacitë apo klinikat private. Ende numri i individëve të cilët, nuk kanë asnjë mjet për të zgjidhur këto probleme mbetet i madh, duke qënë edhe më i lartë në zonat nënurbane.



Lidhur me koston financiare si një pengesë për kujdes shëndetësor në të gjitha rastet e këtij studimi (urban, rural, nënurbane) shumica e drejtuesëve kryesorë dhe dhënësëve të shërbimit, raportuan që për shumicën e individëve që jetojnë në komunitetet e tyre, paaftësia për të paguar për shërbime shëndetësore është një pengesë e theksuar.

Në vazhdim, sipas opinionit të drejtuesëve të komunitetit dhe të dhënësëve të shërbimit, ka shumë individë të cilët nuk kanë dijeni në lidhje me benefitet që mund të përfitojnë nga sigurimet shëndetësore dhe siç u përmend edhe më sipër ky është një problem serioz në zonat rurale dhe nënurbane. Vetëm pak drejtues kryesorë dhe dhënës shërbimi iu përgjigjën pyetjes rreth perceptimit dhe paragjykitimit të individëve si një problem në aksesin për kujdes shëndetësor.



Q 2.1. a KOSTO FINANCIARE E AKSESIT NE SHERBIME (HP 22)*

	URBAN (4)		SUBURBAN (8)		RURAL (10)		TOTAL (22)	
Nuk eshte problem	1	25 %**	4	50 %	3	30 %	6	27.2 %
Eshte e veshtire per shume persona ne komunitetin tuaj te paguajne per sherbimet	3	75 %	4	50 %	5	50 %	12	54.4 %
Shume persona ne komunitet nuk jane ne dijeni te asaj qe perfitojne nga sigurimet shendetesore dhe nga sherbimet publike shendetesore.			1	12.5 %	6	60 %	7	31.7 %

* Totalet nuk barazojne 100 %; individet mund te japin pergjigje te ndryshme

**Pergjindja totale te intervistuarëve total

Q 1.2.b AKSESI GJEOGRAFIK (HP)*

	URBAN (4)		SUBURBAN (8)		RURAL (10)		TOTAL (22)	
Nuk eshte problem	3	75 %**	8	100 %	3	30 %	14	63.5 %
Distanca nga qendra shendetesore apo nga spitali	1	25 %			7	70 %	8	36.3 %
Mungesa e transportit					6	60 %	6	27.2 %

* Totali nuk barazojne 100 %; individet mund te japin pergjigje te ndryshme

**Percindja totale te intervistuarve total

**Q 2.1 C MUNGESA (PER CDO LLOJ ARESYE) E SHERBIMEVE TE KERKUARA—SPECIALISTI PER
TE CILIN KAM NEVOJE NUK GJENDET/ NUK KA (HP)**

	URBAN (4)		SUBURBAN (8)		RURAL (10)		TOTAL (22)	
Nuk eshte problem	3	75 %	4	50 %	3	30 %	10	45.5 %
Eshte problem	1	25 %	4	50 %	7	70 %	12	54.5 %

Q 2.1 d PERCEPTIMI (HP)*

	URBAN (4)		SUBURBAN (8)		RURAL (10)		TOTAL (22)	
Nuk eshte problem	3	75 %**	6	75 %	5	50 %	14	63.5 %
Shume persona nuk e dine se si ti marrin sherbimet- psh ku te shkojne			2	12.5 %	4	40 %	6	27.2 %
Shume persona nuk mendojne se sherbimet jane te mira keshtu qe nuk shkojne tek ato sherbime apo ai mjek	1	25 %	2	12.5 %	3	30 %	5	22.7 %
Shume persona nuk ndihen mire me klinikat publike apo me ofruesit e sherbimeve afer shtepise se tyre	1	25 %	2	12.5 %	2	20 %	5	22.7 %

* Totali nuk barazojne 100 %; individet mund te japin pergjigje te ndryshme

**Percindja totale te intervistuarve total

Q 2.2.a CILI NGA KETO PROBLEME ESHTË ME I RENDESHISEM PER SHQIPERINE ? (HP)*

	URBAN (4)		SUBURBAN (8)		RURAL (10)		TOTAL (22)	
Availability of specialists	1	33.3 %**	3	42.8 %	4	44 %	8	42 %
Health insurance scheme	1	33.3 %			1	11 %	2	10.5 %
Health seeking behavior			2	28.5 %			2	10.5 %
Poverty			1	14.2 %	2	22 %	3	15.7 %
Cost	2	66.6 %	1	14.2 %	1	11 %	4	21 %
Infrastructure			1	14.2 %	2	22 %	3	15.7 %
Lack of information among population					1	11 %	1	5.25 %

* Totalët nuk barazojnë 100 %; individët mund të japin përgjigje të ndryshme

**Përqindja totale të intervistuarëve total

Q 2.2.b Cfare duhet bere per t'i zgjidhur keto probleme ? (HP)*

	URBAN (4)		SUBURBAN (8)		RURAL (10)		TOTAL (22)	
Zgjerim i skemes se sigurimeve	2	66.6%**	3	42.8 %	2	22 %	7	36.8 %
Forcimi i promocionit shendetesor, edukimit			2	28.5%	3	33 %	5	26.3 %
Disponueshmeria e specilisteve	2	66.6 %	2	28.5 %	5	55 %	9	47.3 %
Punesim	1	33.3 %	1	14.2 %			2	10.5 %
Infrastruktura e sherbimit shendetesore	1	33.3 %	1	14. 2%			2	10.5 %
Infrastruktura e pergjithshme					1	11 %	1	5.2 %

* Totali nuk barazojne 100 %; individet mund te japin pergjigje te ndryshme

**Pergjindja totale e te anketuareve

Rezultatet nga takimet pjesëmarrëse në grup

Rezultatet në takimet pjesëmarrëse në grup në lidhje me aksesin dhe përdorimin, duket të jenë të njëjta ndërmjet zonave gjeografike. Pyetjet e drejtuara në këto takime, në lidhje me aksesin kishin të bënin me problemet kryesore të identifikuar gjatë intervistave si psh. aksesin për kujdes shëndetësor, cilësia e shërbimit, financimi dhe çështje të tjera për të cilat individët dëshironin të flisnin.

Shumë probleme të identifikuar gjatë intervistave individuale u rikonfirmuan gjatë diskutimeve në takimet pjesëmarrëse në grup; shumë pjesëmarrës ngritën problemin e mungesës së kujdesit të specializuar, përfshirë këtu mjekun specialist dhe kapacitetin bazë laboratorik, mbulimin me sigurim shëndetësor dhe ndërgjegjësimin në lidhje me këtë mbulim, cilësinë e kujdesit në lidhje me aparaturat dhe komunikimi mjek-pacient. Rezultatet kryesore të takimeve pjesëmarrëse në grup në lidhje me aksesin dhe përdorimin janë përmbledhur më poshtë.

Në takimet pjesëmarrëse në grup, të realizuara në dy zona rurale, u konfirmua se më pak se gjysma e atyre me probleme shëndetësore shkonin tek njësi shëndetësore lokale. Raporti ndryshon nga 20-50% , por problemi mbetet i njëjtë.

Ata që mund ta përballojnë, shkojnë në klinikat private ose te mjekët e rekomanduar në Tiranë. Në përgjithësi individët kanë përshtypjen që ata nuk mund të zgjidhin shumicën e problemeve të tyre shëndetësore në klinikën lokale me MF përkatës.

Atyre u kërkohet shpesh herë të shkojnë në Tiranë për teste laboratorike të specializuara apo të konsultohen me specialistin pasi ata janë të vetmit që mund të diagnostikojnë dhe t'i rekomandojnë MF strategjinë specifike të kurimit. Njësitë shëndetësore nuk janë të pajisura mirë për të bërë ekzaminimet bazë shëndetësore.

Gjatë takimeve pjesëmarrëse në grup ishte evident problemi kryesor i pjesëmarrësve që të kishin më shumë shërbime në dispozicion pranë tyre. Në disa zona mungonin edhe njësitë bazë, siç janë postet shëndetësore. Në fshatrat Farkë, Fag, Vakomove dhe Parpunj, personeli shëndetësor punonte në shtëpitë e tyre duke u përpjekur të japnin shërbimet që ata supozoheshin të ofronin. Largësia nga njësitë shëndetësore u pa si një problem dallues veçanërisht në fshatrat si Dom – Derjë, në të cilat nuk kishte rrugë dhe njerëzit duhet të ecnin me orë të tëra për të shkuar në njësinë më të afërt shëndetësore.

Nevoja urgjente dhe primare e shprehur nga pothuajse të gjithë pjesëmarrësit në këto takime ishte disponibiliteti i shërbimit 24 orë si dhe i ekzaminimeve me bazë laboratorike mjekësore. Në disa zona, këto shërbime kanë qenë të pranishme, por tani nuk ekzistojnë më për shkak të reformave në shërbimin shëndetësor. Pjesëmarrësit shprehën opinionin që reforma shëndetësore duhet të marrë parasysh nevojat e tyre dhe më pas kjo reformë të plotësohet me elemente të tjerë të kërkuar nga tendenca e përgjithshme drejt decentralizimit dhe liberalizimit.

Në disa fshatra, si Berzhita, nuk ka farmaci, as shërbim dentar. Këto shërbime janë privatizuar që prej fillimit të viteve '90. Është e qartë që ekonomia e tregut e vetme nuk mund të sigurojë një shpërndarje të drejtë të shërbimeve të tilla në të gjitha zonat e rrethit të Tiranës dhe pjesëmarrësit në takimet pjesëmarrëse në grup u treguan kritik ndaj autoriteteve shëndetësore, që nuk janë të aftë të gjejnë një zgjidhje.

Në përgjithësi, njerëzit ishin të kënaqur me dhënësit lokalë të shërbimit, me qëndrimin dhe me dedikimin e tyre ndaj pacientëve. Nuk ishte stafi shëndetësor që i kishte penguar për të përdorur shërbimet, por kapaciteti i ulët i sistemit të KSHP lokal në tërësi, i cili nuk trajtonte me eficiencë problemet e tyre.

Prezantimi i disa skemave të rrepta ndaj ISKSH – si për shembull dhënia e recetës me medikamente specifike, (të cilat kërkoheshin më shpesh) vetëm me aprovim të mjekëve specialistë, duke shkaktuar shqetësime të panevojshme për të dy palët, pacientë dhe mjek familje (MF).

CILËSIA E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Përmbledhje

- Vetëm gjysma e banorëve raportojnë të kënaqur me cilësinë e shërbimit shëndetësor në tërësi. Në zonat rurale njerëzit janë më të pakënaqur me cilësinë e shërbimeve në përgjithësi në krahasim me ata në zonat urbane.
- Shumica e individëve janë pozitiv në lidhje me shërbimin e ofruar nga qendrat e tyre lokale shëndetësore, por ata nuk janë të kënaqur aspak me shërbimin e specializuar dhe ‘nivelin më të lartë’ (kujdesin dytësor dhe terciar) të njësive shëndetësore.
- Shumica (gati 80%) e banorëve beson se stafi i KSHP është miqësor dhe mbështetës, por më pak se dy të tretat (60%) beson që shërbimet e ofruara janë efektive dhe të dobishme.
- Numri i banorëve komplet të pakënaqur nga shërbimi i KSHP në të gjitha drejtimet mbetet në minoritet. Megjithatë ka shumë banorë të cilët thonë se cilësia e shërbimit duhet të përmirësohet dhe që ata meritojnë një trajtim me të mirë. Kjo është veçanërisht e vertetë në zonat urbane, ku të intervistuarit përmendën faktin që cilësia e shërbimit të marrë varej plotësisht nga pagesa.
- Panvarësisht nga fakti, që në shumë zona nënurbane, njësitë shëndetësore janë të sapo ndërtuara, infrastruktura sanitare është ende e dobët dhe qendrat shëndetësore vuajnë nga mungesa e ujit të rrjedhshëm, sistemi i duhur i kanalizimeve dhe nga probleme të tjera që kanë të bëjnë me mirëmbajtjen.
- Dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit lokalë shikojnë si probleme kryesore në rritjen e standardeve të cilësisë, mungesën e pajisjeve diagnostikuese, boshllëqet në kapacitetin profesional të dhënësëve të shërbimit dhe trainimit të tyre.
- Cilësia e kurimit ndikohet seriozisht nga cilësia e medikamenteve. Shumë banorë dhe dhënës shërbimessh besojnë se ka një hendek të madh në cilësinë e medikamenteve që rimbursohen nga ISKSH në krahasim me të tjerat. ISKSH rimbursos më të lirat dhe si rrjedhojë janë më pak efektive.

Perceptimet e banorëve

Perceptimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor është një ndër arsytet primare që banorët zgjedhin një shërbim apo qendër shëndetësore të caktuar. Eksperienca aktuale në lidhje me një shërbim është gjithashtu tepër e rëndësishme; të gjithë banorët e pyetur në lidhje me eksperiencat e kaluara me njësinë apo dhënësin e shërbimit, u përgjigjën pozitivisht.

Kjo është njësoj e vertetë për të intervistuarit në zonat urbane, nënurbane dhe rurale. Ndërkaq, vetëm gjysma e të intervistuarëve raportuan që ishin të kënaqur me cilësinë e kujdesit të marrë, me me nga ata që jetojnë në zonat urbane se nga ata që jetojnë në zonat rurale. Gati një e katërta e të intervistuarëve në zonat rurale raportoi se nuk ishin ndeshur me një cilësi të mirë të kujdesit shëndetësor në të kaluarën. Kjo duhet parë në një kontekst më të gjerë të kujdesit shëndetësor në zonat rurale në përgjithësi, sesa në kuadër të njësive të veçanta shëndetësore në fshatrat e tyre. Psh. kur u pyetën në lidhje me perceptimet e tyre për qëndrimin dhe/ose trajtimin nga ana e dhënësëve të shërbimit lokal, studimi tregon se shumica dërrmuese e përgjigjeve në të gjitha zonat ka një perceptim pozitiv.

Në shumicën e rasteve, të intervistuesit raportuan që MF dhe stafi tjetër shëndetësor bën aq sa ka mundësi kur ata kanë nevojë për ndihmën e tyre, pavarësisht nga kushtet e vështira dhe mungesa e pajisjeve dhe aparaturave. Kjo mbështetet me tej nga përgjigjet për pyetjen në lidhje me qëndrimin (dashamirësinë dhe mbështetjen) e dhënësëve të shërbimit, në këtë rast rreth 80% e banorëve thanë që MF së tyre janë miqësor dhe ndihmojnë. Kjo është veçanërisht e vertetë në zonat rurale. Në mënyrë të dukshme, ndërkaq, vetëm 60% beson se shërbimet janë efektive dhe të përdorshme. Numri i banorëve të pakënaqur me shërbimet shëndetësore, nga të gjitha këndvështrimet (në lidhje me të gjithë komponentët e këtij studimi) është një minoritet. Ndërkaq, ka nga ata që thonë se cilësia e shërbimit duhet përmirësuar dhe se meritojnë një shërbim më të mirë.

Në veçanti në zonat urbane të intervistuarit përmendën faktin që cilësia e kujdesit të marrë, varet plotësisht nga pagesat jo zyrtare për dhënësit e shërbimit.

Për sa i përket infrastrukturës dhe mirëmbajtjes se njësive shëndetësore, përgjigjet e banorëve ndryshonin

në varësi të vendndodhjes. Në zonat urbane dhe rurale, me shumë se

70% e njerëzve thanë se qendrat shëndetësore locale janë të

mirëmbajtura, ndërsa në zonat nënurbane ky raport ishte më pak se 50%.

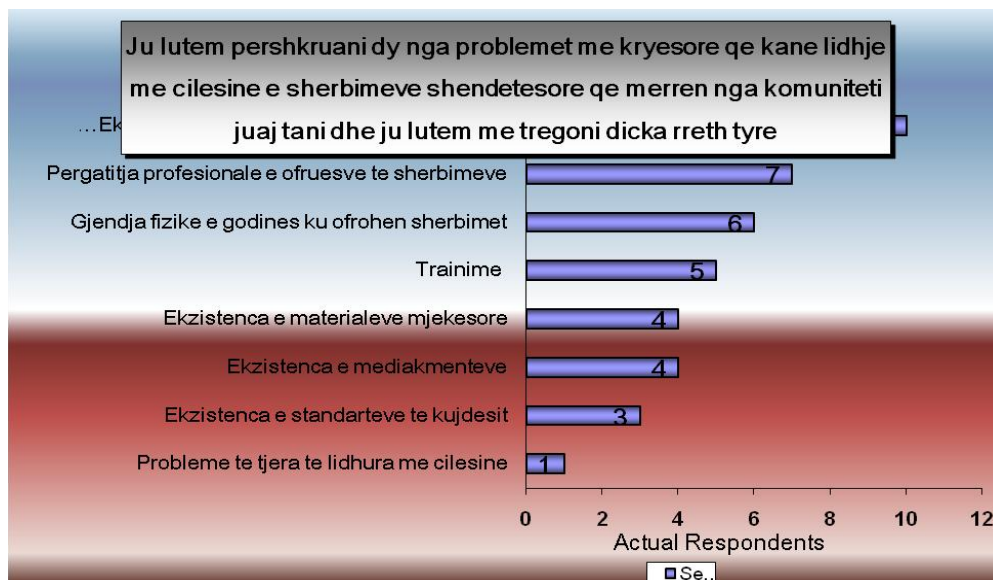
Duket se përveç faktit që në të gjitha zonat nënurbane të para nga ekipi ynë, njësitë shëndetësore ishin të sapo ndërtuara, infrastruktura sanitare është ende e dobët dhe qendrat shëndetësore vuajnë nga uji, nga sistemi i duhur i kanalizimeve dhe nga probleme të tjera të mirëmbajtjes.

Njëhere, një pjesëtar i familjës sime, i njohur si kardiak kronik, kishte disa probleme shëndetësore gjatë natës. Në nuk kishim zgjedhje tjetër, por vetëm të therrisnim farmacistin i cili i beri një serum, Ditën tjetër, MF na tha që situata e tij ishte serioze dhe ai kishte të drejtë. Në shkua në spital por ishte shumë vonë. Sido që të jëtë MF beri cfare kishte mundësi dhe unë nuk mund ta kritikoj

Djali im kishte dhimbje barku. Unë shkova në qendren shëndetësore dhe mjeku dyshoi për apandisit. Ai me rekomandoi të shkoja në spital në Tiranë. Beme analiza atje dhe mjeket na thanë që djali është OK. Nuk pata shumë veshitësi dhe cilësia e shërbimit ishte e mirë.

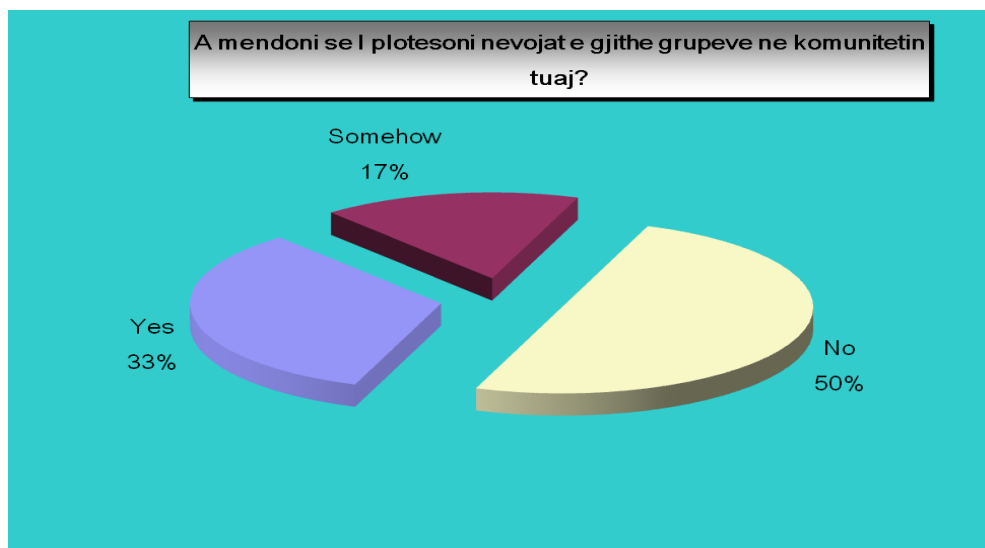
Për shumë kohë kam vuajtur nga një dhimbje koke e tmerrshme. FM me rekomandoi të bëja ekzaminime të mëtejshme në një Poliklinikë në Tiranë. Në Poliklinike, mjeku nuk i kushtoi vemendje situatës sime kritike dhe me la të prisja për një kohe të gjatë. Gjatë kësaj kohe me ra të fiket dhe një mjek tjetër u kujdes për mua. Ai me rekomandoi të vizitoesha të specialisti ENT. Në vazhdim të ketyre konsultave, mora ilacet e duhura dhe u ndjeva me mirë.

Kur burri im ishte semure në shkua fillimisht në qendren tonë shëndetësore. Mjeku ishte vertetë miqësor por nuk mund të na ndihmontë. Në shkua në Tiranë. Në nuk i paguam doktorët dhe ata nuk ishin të siëllchem

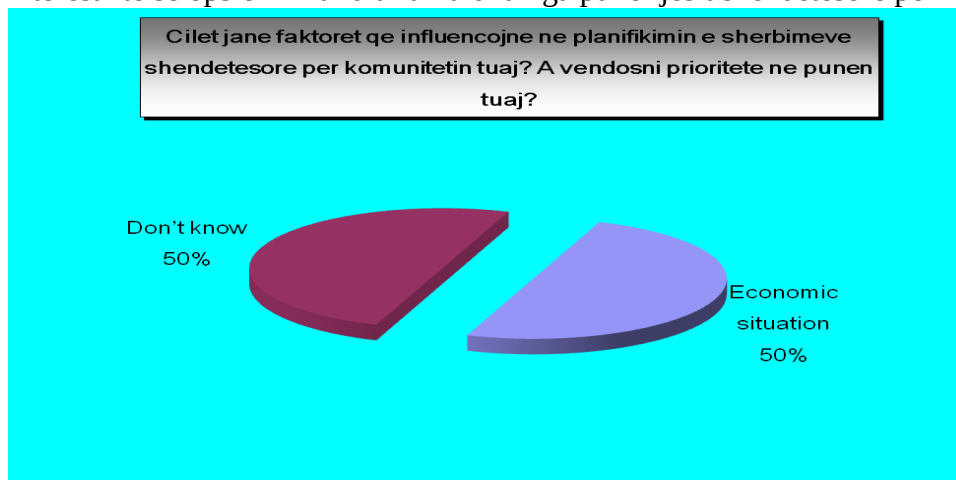


Perceptimet e Aktorëve: Dhënësit e Shërbimit dhe Drejtuesit Kryesorë

Sipas dhënësëve të shërbimit dhe drejtuesëve kryesorë, dy problemet kryesore që kanë të bëjnë me cilësinë e shërbimit shëndetësor janë mungesa e pajisjeve diagnostikuese, si dhe boshllëqet në kapacitetin profesional të dhënësëve të shërbimit duke përfshirë këtu trainimin e tyre. Probleme të tjera kanë të bëjnë me medikamentet dhe pajisjet mjekësore të urgjencës, kushtet e dobëta fizike dhe mungesa e standardeve dhe protokolleve në kujdesin shëndetësor. Ka përputhje ndërmjet dhënësëve të shërbimit dhe drejtuesëve kryesorë në pikëpamjet e tyre, por drejtuesit kryesorë ishin më të interesuar për pajisjet diagnostikuese ndërsa punonjësit e shëndetit u përgjigjën relativisht më tepër në favor të aparaturave mjekësore dhe trainimit.



Dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit kryesorë sugjeruan metoda specifike për të zgjidhur këto probleme, përfshirë këtu, më shumë mbështetje financiare për kujdesin shëndetësor parësor, planifikim dhe manaxhim më të mirë ndërmjet strukturave shëndetësore dhe komunitetit, dhe kontroll më të mirë të cilësisë së barnave nga institucionet qendrore. Pak të intervistuar propozuan edukim shëndetësor të organizuar më mirë dhe fushata promovimi shëndetësor. Është interesante se opsioni i fundit nuk u dha nga punonjësit shëndetësorë por nga drejtuesit lokalë.



Rezultatet nga takimet pjesëmarrëse në grup

Pjesëmarrësit nga të gjitha zonat e studimit kishin të njëjtin opinion në lidhje me stafin shëndetësor në nivel lokal: perceptimi i tyre është që personeli shëndetësor në qendrat lokale shëndetësore apo postet shëndetësore është shumë i angazhuar për të ndihmuar njerëzit me aq sa ata kanë mundësi. Pyetja është sesa mund të ndihmojnë ata? Në fakt, njerëzit duket që nuk kërkojnë shumë: ata duan një staf shëndetësor të sjellshëm dhe të respektojnë orarin e punës. Gjithashtu, bazuar në eksperiencën e tyre, ata besojnë se nëse personeli shëndetësor do të jetë i përgatitur mirë dhe i angazhuar për t'iu përgjigjur nevojave të tyre shëndetësore, mund t'u besojnë dhe të mbështeten tek ata.

Kjo drejtoi diskutimin në trainim të stafit shëndetësor. Shumica e pjesëmarrësve në takimet në grup, thanë se sigurimi i trainimit për personelin shëndetësor, si dhe sigurimi i një informacioni më të vlefshëm për publikun do të rezultojë në një kujdes shëndetësor më të mirë. Aktualisht, pjesëmarrësit besojnë që si trainimi ashtu edhe informacioni për punonjësit shëndetësor mungon, ndërsa edukimi dhe promovimi shëndetësor për publikun e përgjithshëm është virtualisht jo-ekzistent.

Është i mirënjohur fakti që promovimi dhe edukimi shëndetësor, i përkufizuar si “propaganda shëndetësore” ka qenë i detyrueshëm përpara 1990-s. Njerëzit shprehën shqetësim të madh nëse do të kishin probleme shëndetësore, që duheshin trajtuar nga kujdesi mjekësor i specializuar. Në shumicën e rasteve, ata e ndjenin që mjekët nuk ishin të sjellshëm. Ata besojnë që shpesh herë, është shpenzim i madh kohe për të shkuar tek specialist, për të trajtuar problemet e tyre shëndetësore.

Kjo sjell besimin tek pacientët për të mos shkuar fare në qendër shëndetësore për të trajtuar problemet e tyre. Natyrisht që kjo varet nga perceptimet dhe eksperiencat individuale.

Pjesëmarrësit raportuan shembuj ku ata nuk shkonin tek mjeku specialist se nuk kishin para dhe besonin se pa para nuk mund të merrnin shërbim.

Gati të gjithë pjesëmarrësit në takimet pjesëmarrëse në grup shprehën pikëpamjen e tyre në lidhje me pakënaqësinë për shërbimet e niveleve më të larta të kujdesit shëndetësor, megjithëse ata ishin të kënaqur në përgjithësi me KShP. Dhënësit e shërbimit pjesëmarrës në takimet në grup u ankuan në lidhje me kufizimet e vëna nga ISKSH përfshirë këtu dhe skemën e ilaceve dhe dozat e rekomanduara të tyre. Ata mendojnë që ISKSH nuk është fleksibël duke u përpjekur për të ndaluar abuzimin dhe ky mos fleksibilitet paraqet pengesë për një kujdes cilësor shëndetësor për pacientët. Gjithashtu ka mungesë pajisjesh dhe aparaturash në nivel parësor, e cila paraqet dhe një pengesë tjetër për një kujdes cilësor për popullatën.

Shpërndarja e medikamenteve në popullatë ishte një problem i ndjeshëm gjatë takimeve pjesëmarrëse në grup. Pjesëmarrësit nuk kishin besim në cilësinë e ilaceve të marra duke u ankuar që disa ilace nuk kishin asnjë efekt në përmirësimin e problemeve të tyre shëndetësore. Kur ata marrin medicament të shtrenjtë që nuk rimburohet nga ISKSH, besojnë që efektet janë të dukshme. Në shumë raste dhënësit e shërbimit raportojnë që barrierat financiare janë të dallueshme: pacientët nuk mund të përballojnë blerjen e një kure të plotë, duke blerë vetëm një të tretën. Disa individë janë të shqetësuar se nuk ruhen në kushte optimale veçanërisht në verë dhe kur nuk ka elektricitet.

Një tjetër problem i rendësishëm i ngritur në lidhje me shpërndarjen e ilaceve: shumë pacientë shkojnë direkt në farmaci dhe marrin çfarë besojnë se është medikamenti i ‘duhur’ për problemet e tyre shëndetësore. Shumica e pjesëmarrësëve, si dhënësit e shërbimit ashtu dhe banorët e konsiderojnë këtë si tëpër të rrezikshme për shëndetin e pacientit.

Një faktor tjetër në lidhje me cilësinë e ulët të shërbimit shëndetësor është dhe mungesa e ekzaminimeve mjekësore dhe testeve laboratorike; kjo u perceptua si një problem në të gjitha zonat e caktuara të këtij studimi.

Si përfundim, zonat rurale ndeshen me një problem të veçantë që ka të bëjë me disponibilitetin e dhënësëve të kualifikuar të shërbimit shëndetësor. Pjesa tjetër e stafit shëndetësor perceptohet si jo suficiente për të dhënë një kujdes cilësor shëndetësor.

FINANCIMI I KUJDESI SHËNDETËSOR

Përmbledhje

- Kostoja konsiderohet si një ndër faktorët primarë që influencon në zgjedhjen e individëve për një shërbim specifik shëndetësor.
- Mbi 90% e banorëve kanë paguar nga burimet e tyre për kujdes shëndetësor, në nivele të ndryshme dhe në shuma të ndryshme.
- Shumica e pagesave janë bërë për medikamente, të tjerat për pagesat ‘nën-dorë’, për testet diagnostikuese në kujdesin dytësor dhe për mjekët privat. Pjesa më e madhe e pagesave jo zyrtare është bërë në spitale.

- Rreth 60% e individëve blejnë medikamente me recetë duke paguar nga xhepi i tyre. Dy të pestat e kostos së ilaceve rimbursohen pjesërisht ose plotësisht.
- Me tepër se gjysma e përfaqësuesëve të banorëve raportuan që kishin veshtirësi për të përballuar pagesat direkte për kujdes shëndetësor. Gjysma e tyre raportojnë që disa herë ju duhet të zgjedhin ndërmjet shërbimeve shëndetësore dhe nevojave bazë si ushqimi, banimi apo arsimit.
- Gati një e treta e personave të intervistuar nuk kanë asnjë ide për përfitimet nga skema e sigurimeve shëndetësore. Më shumë se gjysma e të intervistuarëve thanë se kishin vetëm një ide të përgjithshme për skemën relativisht të re të financimit të sistemit shëndetësor.
- Papunësia është e lidhur me veshtirësi të tjera serioze për sa i përket mbulimit me siguri. Të papunët mbulohen nga shteti me siguri shëndetësore, por shumë procedura burokratike të panevojshme i ndalojnë ata të përfitojnë të drejtat e tyre.
- Në zonat rurale, drejtuesit lokalë shprehen faktin që kur ata kishin buxhetin e tyre për shëndetësi, kishte me tëpër fleksibilitet manaxherial dhe më pak probleme me mjetet e konsumit të qendrave shëndetësore.

Perceptimet e banorëve

Është tëpër e qartë që gjatë gjithë takimeve dhe intervistave, kur individët u pyetën në lidhje me çështjet e këtij seksioni (financimi i kujdesit shëndetësor që ata marrin), ishin me të vërtetë të drejtëpërdrejtë në përgjigjet e tyre: mesazhet kryesore janë: pakënaqësia, pasiguria se për çfarë shërbimi paguajnë dhe pagesat për të marrë shërbim më të mirë. Në fakt shumica e banorëve – dy të tretat – pohuan që kostoja e arsyeshme ishte një ndër faktoret pse ata përdorin njësinë dhe pse zgjedhin dhënësin e shërbimit. Si rezultat i përgjithshëm nga të gjithë diskutimet me pjesëtarët e familjes, dhënësit e shërbimit dhe takimet pjesëmarrëse në grup, identifikuam që ka shumë pak njohuri për sigurimin shëndetësor dhe përfitimet e skemës së sigurimeve.

Dy vjet me pare pata një gjëndjë shoku anafilaktik për shkak të pickimit të bletës. Mbas ndihmes se pare në KSHP u dergova në spital. Mjeket nuk me kerkuan para por una pagova për të marrë shërbim me të mirë. Keshtu unë pagova rreth 10 000 leke.

Njerëzit e intervistuar në shumicën e rasteve i përkisnin kategorive të siguruara (pensionistë, individë që punojnë në institucionet shëndetësore). Kjo spjegon arsyen pse më shumë se gjysma u përgjigjën pozitivisht pyetjes nëse kanë sigurim shëndetësor. Por ende, gati 40% e individëve të intervistuar nuk janë të siguar. Të gjithë njerëzit e siguar thanë se ata janë të siguar nga ISKSH si i vetmi burim siguri në treg. Ende shumica dërrmuese e individëve, mbi 90% thanë se me qëllim për të marrë kujdes shëndetësor, ata paguan direkt nga burimet e tyre. Ky duket se është një problem i madh shëndetësor dhe social. Në të gjitha intervistat, njerëzit ishin të pakënaqur jo vetëm me faktin kishin paguar (pagesa ilegale për mjekët dhe stafin tjetër mjekësor, disa herë ilace shumë të shtrenjta), por gjithashtu për faktin se shpesh herë ata ishin konfuzë se si duhet të sillleshin me personelin shëndetësor, sa para duhet të japin për të marrë shërbimin e duhur. Kjo çon në një

Kur me pare isha i semure, pata shumë veshtiresi për të marrë trajtimin e duhur. Paguaja kaq shumë para, rreth 10 000 leke në muaj pa marrë atë që kisha nevojë. Ishte mendimi im që mjeket mund të me ndihmonin por nuk e benin sepse ata deshen me tepër

konflikt marrëdhëniesh ndërmjet banorëve në përgjithësi dhe pacientëve në veçanti, dhënësëve të shërbimit dhe institucioneve shëndetësore. Kjo është tëpër e papërshtatshme për dhënien e kujdesit shëndetësor si edhe për cilësinë e kujdesit.

Pagesat nga burimet e tyre shkojnë më shumë për medikamente dhe pjesa tjetër për pagesat ilegale, kujdes privat; një përqindje e vogël e njerëzëve thanë që ata shpenzojnë para për mjekët popullorë. Kur u pyetën njerëzit se ku i gjenin lekët për të blerë dhe ku i blinin ilacet, më shumë se gjysma thanë që i blejnë në farmacitë private me paratë e tyre, 1/5 thanë se ilacet u rimbursoheshin dhe 1/5 thanë që ilacet u rimbursoheshin pjesërisht. Kjo duket se është në kontradiktë mebulimin që ofrohet nga ISKSH dhe me faktin që pjesa më e madhe e shpenzimeve të ISKSH shkon për rimbursimin e ilaceve me recetë për përfituesit.

Si mundet që njerëzit paguajnë kaq shumë për medikamente? Kjo vjen kryesisht sepse disa nga ato të rimbursuara janë shumë të lira dhe nuk është e leverdisshme për njerëzit të përdorin këtë sistem të komplikuar por direkt shkojnë në farmaci dhe i blejnë ilacet. Një arsye tjetër është lista jo e plotë e atyre që rimbursohen nga ISKSH.

Megjithëse njerëzit paguajnë nga burimet e tyre për të marrë një shërbim shëndetësor më cilësor, më tëpër se gjysma thanë që kishin vështirësi për të përballuar këto pagesa.

Gjysma e këtyre individëve thanë që disa herë ata duhet të zgjidhnin ndërmjet shërbimeve shëndetësore dhe nevojave të tjera bazë si ushqimi, banimi dhe arsimit. Pjesa më e madhe raportoi se shpenzonte deri në 30% të të ardhurave të tyre për shërbimet shëndetësore. Pjesa nga “burimet e veta” nuk reflekton realitetin, sepse këta individë marrin para borxh nga fqinjët apo të afërmit e tyre për të zgjidhur urgjencat apo problemet akute që kanë.

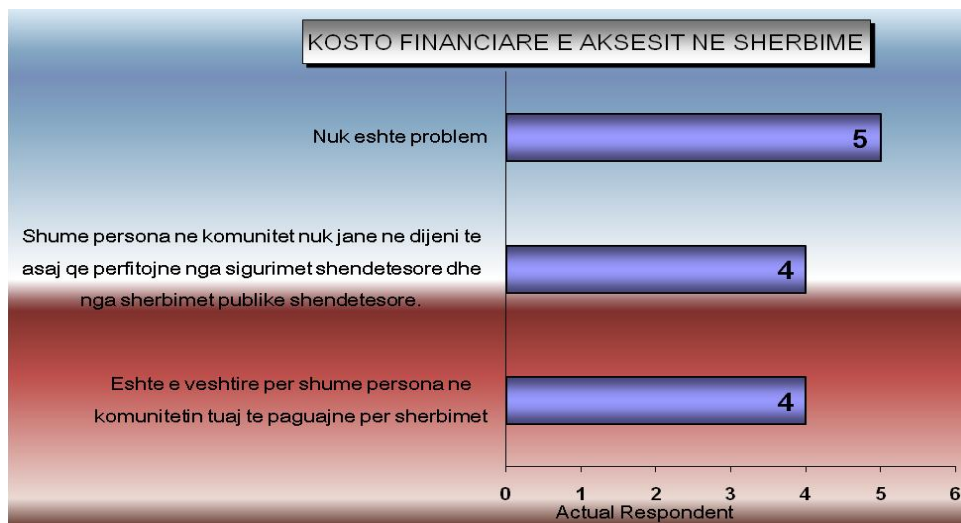
Mamaja ime ishte shumë semure dhe në patëm vështirësi për të gjetur transportin derisa morem një taksë. Mjekët në Tiranë nuk na kerkuan para dhe ata u kujdesen për të. Ishte dëshira jonë tu jepnim atyre disa para

Në përgjithësi ka mungesë informacioni mbi mbulimin me sigurim shëndetësor dhe përfitimet nga skema nëse je i siguar. Me tëpër se gjysma e individëve të intervistuar thanë se kishin vetëm një ide të përgjithshme dhe gati 1/3 e të intervistuarëve nuk kishin asnjë ide në lidhje me përfitimet që ata kanë nëse janë të siguar.

Në lidhje me të drejtat e shërbimeve publike kundrejt pagesave për to, koncepti i pagesës për shërbimin shëndetësor ndërmjet skemës së sigurimeve duket tepër konfuze për shumicën e individëve në veçanti krahasuar me konceptin universal të shërbimit falas siç ishte para 1995.

Gati e gjithë barra e shpenzimeve nga xhepat e pacientit shkon për nivelin sekondar dhe terciar të kujdesit shëndetësor, në vazhdim të blerjes së medikamenteve. Kur u pyetën në lidhje me vështirësitë që ndeshnin në këtë kontekst, gati 1/4 i referohet blerjes së ilaceve kur ata janë shtruar në spital dhe pagesës se mjekut për të patur atë cka besojnë se është më e mira.

Unë pata një aksident me makinë dhe u shtrova në Spitalin Ushtarak në Tiranë. Gjatë 15 ditëve atje pagova 50 000 leke për mjekë dhe ilace dhe 10 000 leke për shërbime ekstra si ushqim apo transport për njerëzit e familjes



Perceptimet e Aktorëve: Dhënësit e Shërbimit dhe Drejtuesit Kryesorë

Shprehja e banorëve për vështirësi në pagesën për shërbime shëndetësore u mbështet plotësisht nga aktorët, fillimisht nga vetë dhënësit e shërbimit. Në fakt, varfëria ishte një nga shqetësimet kryesore të aktorëve ku u përmend gjithashtu dhe mungesa e sigurimit shëndetësor. Pavarësisht nga pikëpamjet e tyre për këta faktorë, planifikimi i burimeve financiare për sistemin lokal shëndetësor nuk u konsiderua si përgjegjësi e tyre, si për dhënësit e shërbimit ashtu edhe për drejtuesit kryesorë. Këtu ndoshta kemi të bëjmë me një fakt që ASHRT është përgjegjëse për planifikimin financiar të shërbimeve shëndetësore, por pjesërisht sepse nga pikëpamja e aktorëve, ata janë përgjegjës për diçka (në këtë rast planifikimi për shërbimet lokale shëndetësore) vetëm nëqë ata kanë autoritet për të shpenzuar fonde apo të kenë akses direkt tek fondet.

Rezultatet nga takimet pjesëmarrëse në grup

Gjatë këtyre takimeve, problemi i financimit të kujdesit shëndetësor u përqëndrua fillimisht në mbulimin e skemës së ISKSH, pagesat ilegale, në të ashtuquajturin ‘bakshish’ për mjekët dhe më në përgjithësi rreth marrëdhënieve ndërmjet varfërisë dhe paaftësisë së njerëzëve për të paguar për shërbimet shëndetësore.

Mungesa e sigurimit shëndetësor ishte e evidente nga diskutimet në këto takime. Disa nga pjesëmarrësit sugjeruan se duhet të ketë një zyrë informimi në komunitet, ku çdokush nga zona lokale mund të merrte informacion në lidhje me mundësitë e sigurimit shëndetësor.

Papunësia është parë si një problem i madh jo vetëm për shoqërinë shqiptare në përgjithësi, por edhe në lidhje me mbulimin me siguri shëndetësor.

Të papunët nuk marrin siguri shëndetësor nëqë nuk kanë certifikatën e papunësisë të marrë nga Shërbimi Shtetëror Social dhe i Punësimit. Shërbimi shtetëror nuk mund të verifikojë nëqë një individ është me të vërtetë i papunë dhe nuk punon në ‘tregun e zi’ apo ekonominë informale. Nga ana tjetër, edhe ata që punojnë në ekonominë informale vështirë se mund të sigurojnë të ardhura të qëndrueshme jetese dhe shumë rradhë fitojnë në mënyrë të mjaftueshme për të paguar dhe sigurimin shëndetësor.

Vetëm nga fillimi vitit 2003 njerëzit mund të paguajnë veç për sigurimin shoqëror dhe veç për sigurimin shëndetësor. Nqs një person mund të tregojë që ai/ajo ka një copë tokë, atëherë ky person mund të sigurohet nëse paguan 700 lekë në vit. Nqs jo, atëherë duhet të paguajnë 3500 lekë në vit për t'u siguruar. Në fakt, kjo nuk u përmend në takimet pjesëmarrëse në grup, supozuar që asnjë prej tyre nuk ishte në dijeni të këtij fakti.

Disa pjesëmarrës e shikojnë mungesën e informacionit si pengesë kryesore për të marrë pjesë në skemën e sigurimeve shëndetësore. Pjesë e këtij problemi sipas mendimeve të pjesëmarrësëve është roli i pakët i personelit shëndetësor në informimin e publikut në lidhje me të drejtat e tyre në kuadër të shërbimeve shëndetësore në përgjithësi dhe sigurimit shëndetësor në veçanti.

Në tre takime pjesëmarrëse në grup, u përmend marrëveshja ndërmjet ISKSH dhe qeverisë lokale për të mbuluar njerëzit e varfër, të cilët nuk kanë tokë, por kjo marrëveshje nuk funksionon. Ky është shembull i mungesës së informacionit aktual që pengon popullatën të këtë akses në kujdes shëndetësor. Ka një kategori specifike të popullatës, që janë të interesuar të paguajnë kontributet me qëllim përfshirjen në skemën e ISKSH, por nuk dijnë si dhe ku ta bëjnë një gjë të tillë.

Gjithashtu gjatë takimeve pjesëmarrëse në grup, ata diskutuan faktin që edhe pacientët e siguruar kanë probleme me listën e medikamenteve të rimbursueshme. Ata thanë që për shumicën, letrat dhe pengesat burokratike që ndiqen për të marrë ato më pak të shtrenjta, janë një pengesë që i detyron ata të tërhiqen, ndërsa nga ana tjetër cmimi i lartë – ndoshta më efektiv- ilacet nuk rimbursohen. Ky shihet si një problem në lidhje me cilësinë e kujdesit.

Cilësia e ulët dhe pengesat financiare në nivelin sekondar dhe terciar janë parë si një problem dallues në sektorin shëndetësor në Shqipëri. Megjithëse kushtet në spital janë jashtëzakonisht të këqija, ende konsiderohet e nevojshme dhe e përshtatshme nga kultura, të paguash për shërbimet nqs dëshiron kujdes më të mirë. Perceptimi është se të pasurit mund të përballojnë pagesat ndërsa të tjerët nuk kanë mundësi, duke sjellë kështu probleme serioze barazie në sektorin shëndetësor. Edhe në rastet kur pacientët referohen nga KSHP në poliklinikë dhe nuk janë të detyruar të paguajnë mjekun, përsëri japin diçka si 'bakshish'. Ata thonë se veprojnë kështu sepse e ndiejnë që pagat e personelit shëndetësor janë shumë të ulta. Në disa raste njerëzit kuptojnë se nëse mjeket ankohen për pagat e tyre të ulta supozohet që duan para për shërbime të caktuara. Në fakt, pjesëmarrësit e shohin rritjen e pagës së personelit shëndetësor si një rrugë eficiente për të ndaluar pagesat ilegale. Në zonat rurale, pjesëmarrësit përmendën faktin që më parë ka qenë më mirë, kur ata kishin buxhetin e tyre për shërbimet shëndetësore, kjo ishte veçanërisht pikëpamja e drejtuesëve kryesorë në zonat rurale.

Një çështje e rëndësishme e ngritur në një nga takimet pjesëmarrëse në grup ishte pse njerëzit e siguruar që paguajnë kontribute për sigurimin shëndetësor, përsëri paguajnë kur kanë nevojë të marrin viza për të shkuar jashtë Shqipërisë.

Për çfarë është siguri shëndetësor pyesin njerëzit. Çfarë mbulon? A është kjo ligjore? Ata i referohen faktit që duhet të paguajnë për sigurim shëndetësor dhe në të njëjtën kohë duhet të paguajnë taksa të veçanta për të shkuar jashtë Shqipërisë për shërbime shëndetësore.

VIZIONI PËR SISTEMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR

Përmbledhje

- Idetë dhe vizionet e shumicës së banorëve për 5 vitet e ardhshme fokusohen fillimisht për një akses më të mirë në shërbimin e specializuar, përfshirë këtu më shumë mjekë specialist, më shumë shërbime laboratorike, teknologji moderne dhe pajisje për tetstet diagnostikuese.
- Sipas drejtuesëve lokalë sistemi i KSHP duhet të ketë një cilësi më të lartë përfshirë këtu kontrollin e cilësisë së ilaceve, ndërsa dhënësit e shërbimit kërkojnë një mbulim më të madh me sigurim shëndetësor në zonën ku shërbëjnë.
- Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve në këtë studim: banorë, drejtues kryesorë dhe dhënësit shërbimi mendojnë se për të arritur vizionin e tyre duhet të ketë më tepër investime publike në qendrat shëndetësore dhe në sistemin shëndetësor në përgjithësi.
- Ata gjithashtu besojnë se është i nevojshëm një organizim dhe menaxhim më i mirë i sistemit shëndetësor, përmirësim në drejtim të decentralizimit racional dhe qartësimin të kompetencave, më shumë drejtim nga institucionet qendrore dhe rritja e rolit social të shtetit me qëllim arritjen e vizionit të tyre për kujdesin shëndetësor në Shqipëri.
- Në nivel lokal, veprimet që duhen ndërmarrë për të arritur një të ardhme më të mirë të sistemit të kujdesit shëndetësor përfshijnë koordinim më të mirë ndërmjet aktorëve lokal, menaxhim më të mirë të shërbimeve dhe më shumë përfshirje të komunitetit në projektet shëndetësore.
- Shumica e banorëve ishin gati të kontribuonin vetë për të arritur vizionin e tyre për shërbimet lokale shëndetësore si materialisht edhe financiarisht, megjithëse gati një e treta e të intervistuarëve nuk ishin të aftë të kontribuonin për shkak të varfërisë apo mungesës së besimit në menaxhimin e duhur të burimeve të tyre.^{34,35,36}

Perceptimet e banorëve

Përfaqësuesit e komunitetit të intervistuar mendojnë që problemet e tyre kryesore shëndetësore janë mungesa e mjekut specialist, mungesë apo shërbim urgjence jo i përshtatshëm, mungesë e njësive laboratorike dhe pajisjeve të tjera diagnostikuese. Secili nga këto probleme u përmend më shumë se nga një e treta e banorëve. Probleme të tjera shëndetësore përfshijnë sistem sanitar të dobët (përmendur nga më shumë se një e katërta e të intervistuarëve), mungesë informacioni, mungesë dhe cilësi e ulët e ilaceve dhe kushtet socio-ekonomike.

Problemet kryesore janë veçanërisht të rëndësishme për komunitetin rural, ku më shumë se gjysma e të intervistuarëve e përmendi këtë fakt, ndërsa sistemi sanitar i dobët mbetet prioritet i lartë për zonat nënurbane, ku më tepër se gjysma e banorëve e konsideruan si një problem serioz shëndetësor.

Shumë nga të intervistuarit thanë se këto probleme dihen nga autoritetet, por shumë pak është bërë për t'i zgjidhur.

Kur u pyetën në lidhje me vizionin dhe idetë për një kujdes shëndetësor në 5 vitet e ardhshme, të intervistuarit përmendën faktin që ëndrra e tyre është të kenë një akses me të mirë në shërbimin e specializuar shëndetësor duke përfshirë më shumë mjekë specialistë, më shumë shërbime laboratorike dhe teknologji moderne, si dhe pajisje për analiza. Infrastruktura më e mirë shëndetësore është zgjedhur si opsion vetëm nga 20% e të intervistuarëve, ku ky raport është tre herë më i lartë për komunitetet nënurbane. Pak individë përmendën cilësi më të mirë të kujdesit, paga më të mira për personelin shëndetësor dhe shërbim shëndetësor falas (të mbuluar nga shteti). Shumë pak të intervistuar përmendën një mbulim më të mirë me sigurim shëndetësor për një të ardhme më të mirë të kujdesit shëndetësor, ndërsa disa të tjerë janë të kënaqur me sistemin dhe sipas tyre nuk ka nevojë as për ndryshime radikale. Nuk duket se ka përputhje në përgjigjet e banorëve, drejtuesëve kryesorë dhe dhënësëve të shërbimit në lidhje me vizionin për të ardhmen.

Dy grupet e para i japin më tepër rëndësi cilësisë më të lartë në kujdes, përfshirë këtu kontrollin e cilësisë së barnave dhe dhënësit e shërbimit janë me të ndjeshëm ndaj problemit të sigurimit shëndetësor në mënyrë që të jetë me i mirë. Është për t'u venë re që dhënësit e shërbimit nuk shikojnë ndryshime në pagesat zyrtare në të ardhmen. Nga ana tjetër, vetëm drejtuesit lokalë e ngrejnë problemin e pagesave jozyrtare dhe deshirojnë një të ardhme ku të jetë i kontrolluar korrupsioni dhe /ose legalizimi i pagesave nën dorë.

Shumë të intervistuar nuk ishin të qartë se çfarë duhet të bënin për të arritur vizionin e tyre në lidhje me kujdesin shëndetësor në komunitet. Dhe ndërmjet atyre të cilët dhanë një përgjigje, pjesa dërrmuese deklaroi vetëm që duhen shumë më tepër para për të mbështetur zhvillimin e qendrave të tyre shëndetësore. Të tjerët thanë që duhet të këtë më tepër investime për ambientin dhe sistemin sanitar, dhe pak njerëz zgjodhën 'organizim më të mirë' si një opsion. Po kështu, sipas pikëpamjeve të tyre MSH duhet të bëjë më tepër investime në qendrat shëndetësore dhe shëndetësi. Një pakicë dëshironte që MSH të forçonte kontrollin mbi shërbimet shëndetësore si një mënyrë për të rritur cilësinë e kujdesit si dhe standardet respektive. Pak individë thanë që MSH duhet të marrë në konsideratë interesat e komunitetit.

Shumica e banorëve ishin gati të kontribuonin vetë me qëllim që të arrinin vizionin e tyre për shërbimet lokale shëndetësore si materialisht edhe financiarisht, megjithëse gati një e treta e të intervistuarëve nuk ishin të aftë të kontribuonin për shkak të varfërisë apo mungesës së besimit në manaxhimin e duhur të burimeve të tyre.

Perceptimet e Aktorëve; Dhënësit e Shërbimit dhe Drejtuesit Kryesorë

Dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit kryesorë të intervistuar kishin opinione të njëjta në lidhje me mungesën e mjekëve specialist dhe mungesën e njësive laboratorike dhe pajisjeve diagnostikuese, si probleme kryesore shëndetësore në komunitetin që ata shërbejnë. Të tjera probleme nga pikëpamja e dhënësëve të shërbimit, përfshijnë infrastrukturën sanitare të dobët, varfërinë dhe mungesën e kontrollit për levizjet demografike. Drejtuesit lokalë gjithashtu sugjeruan se mungesa e shërbimit të urgjencës 24 orë dhe shpërndarja e paekuilibruar në kujdes-ve vështirëson punën e tyre për të patur personel shëndetësor të kualifikuar në zonat e largëta. Secili nga këto probleme është përmendur afërsisht nga një e treta e të intervistuarëve. Probleme të tjera më pak të përmendura janë: mbulimi i ulët me sigurim shëndetësor dhe veçanërisht për dhënësit e shërbimit në zonat urbane, një rritje në rastet me semundje kronike.

Shumica e të intervistuarëve tha se këto probleme shëndetësore janë pothuajse të njohura nga autoritetet shëndetësore, por shumë pak është bërë për t'i zgjidhur. Vetëm 10% e të intervistuarëve thanë se këto probleme janë trajtuar dhe dhënë disa zgjidhje.

Kur u pyetën se cili është problemi më i madh shëndetësor në shkallë të gjërë, në gjithë Shqipërinë, shumë dhënës shërbimi përmendën infrastrukturën e dobët dhe mënyrën se si popullata kërkon kujdes, ndërsa drejtuesit lokalë përmendën disponibilitetin e specilistëve. Probleme të tjera ishin mbulimi i ulët me sigurim shëndetësorë, varfëria e përgjithshme dhe pagesat që bëjnë pacientët për të marrë shërbim. Zgjidhjet e propozuara nga dhënësit e shërbimit kishin të bënin me një manaxhim më të mirë gjatë procesit të decentralizimit, zgjerimi i skemës së sigurimeve shëndetësore, forcimi edukimit dhe promocionit shëndetësor dhe përmirësimi infrastrukturës.

Zgjidhjet e dhëna nga drejtuesit kryesorë ndryshonin shumë pak, në vazhdim të përmirësimit të skemës së sigurimeve, edukimit shëndetësor si dhe përmirësimit të infrastrukturës, përmendën përmirësimet në aksesin e popullatës për mjek specialist. Vizioni i një kujdesi shëndetësor më të mirë në të ardhmen në komunitetet e tyre është gati identik për dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit kryesorë: përmirësimi i cilësisë së shërbimit shëndetësor dhe përmirësimi i infrastrukturës për njësitë shëndetësore. Komponenti i tretë më i përmendur në këtë kontekst është kujdesi shëndetësor i specializuar pranë komuniteteve të tyre për drejtuesit kryesorë dhe përmirësimi motivimit për dhënësit e shërbimit.

Kur u pyetën individët për rrugët e mundshme për të arritur vizionin në nivel kombëtar, gjysma e dhënësëve të shërbimit dhe drejtuesëve kryesorë beson që rritja e investimeve në shërbimet shëndetësore do të ndryshojë gjërat për mirë. Kishte të tjerë me ide me specifike, si psh decentralizimi dhe qartësimi i përgjegjësisë, reforma të tjera shëndetësore, sigurimi i cilësisë, zgjerim i mbulimit me kujdes shëndetësor, përmirësimi furnizimit me ujë, rritja e rolit mbrojtës nga ana e shtetit.

Dhënësit e shërbimit ishin me të angazhuar sesa drejtuesit kryesorë për të dhënë opinione në lidhje me mënyrat se si ata do të realizonin vizionin e tyre. Shumica e tyre beson që koordinimi me i mirë ndërmjet aktorëve lokal, manaxhimi me i mirë i shërbimeve dhe më shumë përfshirje të komunitetit në projektet shëndetësore janë rrugët që duhen ndjekur për të realizuar një kujdes shëndetësor më të mirë në komunitetet e tyre.

Rezultatet nga takimet pjesëmarrëse në grup

Secili nga ne ka ide, ëndërra dhe vizione. E rëndësishme është t'u kërkosh njerëzve të shkëmbejnë shpresat dhe aspiratat e tyre, t'i përfshish ata dhe të gesh rrugët që ata mund të bëhen me të vertetë të vlefshëm për Shqipërinë në nivel kombëtar dhe lokal. Kuptohet që është ndryshe të inkurajosh njerëzit që të bëjnë realitet, ëndërrat dhe idetë e tyre.

Në fakt, të gjitha problemet dhe kritikët e shprehura gjatë takimeve pjesëmarrëse në grup, ishin në kontekst të idesë se si mund të përmirësohen gjërat në sistemin e kujdesit shëndetësor. Mund të duket e përsëritur nga rezultatet e mëparshme, por në fakt pjesëmarrësit në këto takime konfirmuan dhe zgjeruan me tej pikëpamjet e shprehura gjatë intervistave individuale.

Në këtë seksion, ne do përmbledhim atë çfarë individët shikojnë si të rëndësishme me qëllim përmirësimin e cilësisë së jetës në Shqipëri, të paktën në kuadër të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Thembra e Akilit në sistemin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri duket se është financimi i kujdesit shëndetësor në kontekst të varfërisë së njerëzëve. Perceptimi kryesor i njerëzve është që vetëm personat e ‘pasur’ mund të marrin kujdes shëndetësor, kryesisht për nivelet e kujdesit dytësor dhe terciar. Në fakt, dhënësit e shërbimit thanë se individët që mund të përballonin financiarisht këtë pagesë, anashkalonin edhe kujdesin parësor.

Në njësitë e kujdesit shëndetësor parësor, shërbimet lokale shëndetësore ndihmojnë njerëzit me aq sa munden, por kjo nuk është e mjaftueshme për të kënaqur pacientët në të gjitha rastet. Personeli shëndetësor nuk është në mënyrë eficiente i fuqizuar për të zgjidhur të gjitha problemet e kujdesit shëndetësor. Kjo shikohet shpesh si një problem motivimi i lidhur jo vetëm me pagën e ulët të mjekëve dhe infermierëve, por gjithashtu dhe me mungesën e pajisjeve dhe aparaturave, mungesën e trainimit të vazhdueshëm dhe e infrastrukturës së duhur në disa facilitete. Të gjitha këto arsye krijojnë një ambient që nuk është aspak i favorshëm të plotësojë të gjitha nevojat e popullatës.

Një mesazh i njëjtë i dhënë nga të gjithë pjesëmarrësit në takimet pjesëmarrëse në grup ishte që ata ishin të kënaqur me qëndrimin e dhënëseve lokale të shërbimit dhe me gatishmërinë e tyre për t’i ndihmuar në çdo kohë. Në kundërshtim me këtë, njerëzit nuk ndjeheshin komfort me personelin shëndetësor në nivel dytësor dhe terciar të kujdesit, kur ata referohen tek këto shërbime apo më keq kur ata shkojnë vetë tek specialisti. Shqetësimi tyre ka të bëjë fillimisht me pasigurinë nëse ata duhet të paguajnë, sa dhe kujt duhet t’ia japin paratë me qëllim që të marrin shërbimin e duhur. Disa pjesëmarrës përmendën faktin që mjekët në këto nivele shërbimi nuk janë të sjellshëm dhe duken të pakënaqur nëse nuk i paguan.

Diskutimet gjithashtu u përqëndruan në cilësinë e shërbimeve shëndetësore. Shumica e banorëve dhe drejtuesëve kryesorë janë të kënaqur me dhënësit lokalë të shërbimit. Ata vazhdimisht shprehin opinionin që dhënësit e shërbimit bëjnë aq sa mundin por atyre u mungojnë mjetet për të ofruar cilësi më të mirë. Shqetësimet e shumicës së dhënëseve të shërbimit u fokusuan në infrastrukturë, pajisje, aparatura dhe trainimi. Një tjetër shqetësim ishte skema e egër e mjekimit e diktuar nga ISKSH, e cila sjell kufizime në dhënien e ilaceve më të përdorshme (për sëmundjet kardio-vaskulare).

Reformat aktuale organizative të sistemit shëndetësor duket se nuk kanë patur impakte pozitive veçanërisht ato që kanë lidhje me furnizimin e qendrave dhe posteve shëndetësore me materiale mjekësore dhe medikamente.

Një tjetër problem cilësie i ngritur nga shumica e pjesëmarrësëve është cilësia medikamenteve. Shumë të intervistuar mendojnë se më të lirat nuk janë efektive aspak.

Ata që marrin receta me një medikament ‘pak efektiv’ paguajnë për të marrë një tjetër më të mirë (të shtrenjtë) ose nëse i përdorin, nuk kanë përmirësime në problemin e tyre shëndetësor.

Mungesa e shërbimeve bazë pranë njerëzve (në shumicën e vendeve) si shërbimet laboratorike, shërbimi 24 orë dhe mungesa e higjienës dhe i një ambienti të përshtatshëm, shpie në idenë që banorët ndihen të harruar nga shteti dhe/ose jepet përshtypja që njerëzit dhe institucionet nuk kanë të njëjtat qëllime dhe objektiva.

Në përfundim, një nga kërkesat kryesore të pjesëmarrësëve është që me shumë rëndësi duhet t'i jepet ndërtimit të kapaciteteve të punonjësëve shëndetësore; ata mendojnë që përmirësimi i trainimit të dhënësëve të shërbimit do të ndikojë direkt në cilësinë e shërbimit që do të japin.

PËRMBLEDHJE DHE IMPLIKIMET E REZULTATEVE

Më poshtë janë 10 rezultatet kryesore nga intervistat dhe fokus grupet.

- Në zona të caktuara të Rajonit të Tiranës, sigurimi shëndetësor është pak i njohur apo i kuptueshëm nga popullata. Edhe ata të cilët janë ‘përfitues’ nuk kanë dijeni se çfarë benefitesh përfitojnë, nëpërmjet skemës së sigurimeve. Si rezultat, ata justifikojnë pagesat ilegale për dhënësit e shërbimit, si mjet për të marrë shërbimin e ‘duhur’ shëndetësor gjë që nuk është në përputhje me statusin e përfituesit.
- Ka një problem dallues nga banorët, dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit kryesorë në lidhje me pagesat e bëra në spitale përfshirë këtu dhe kirurgjitë e nevojshme.
- Njerëzit ishin të shqetësuar që duhet të paguanin për të marrë shërbim shëndetësor por nuk ishin të qartë si të vepronin. Kjo i referohet pagesave legale dhe atyre jolegale.
- Mungesa e pajisjeve bazë mjekësore, për ekzaminimet dhe testet mjekësore pranë vendodhjes së tyre, u përmend shpesh nga banorët si faktor kryesor në anashkalimin e njësive të KSHP, edhe nga dhënësit e shërbimit si shkak për motivimin e ulët.
- Banorët mendojnë se sistemi referimit dhe skema e rimbursimit mjekësor janë shumë të komplikuar dhe të egër. Këta janë faktorët që ndikojnë si në moskuptimin e sistemit ashtu edhe në anashkalimin e shërbimeve nga njësitë e KSHP.
- Banorët vazhdimisht shprehën kërkesa dhe me modeste se personeli shëndetësor: të jenë të sjellshëm me njerëzit, të zgjerojnë orarin e punës përfshirë shërbimin 24 orë (jo i bazuar në spital).
- Në vazhdim të mungesës së teknologjisë bazë mjekësore, dhënësit e shërbimit shikojnë infrastrukturën e dobët fizike të njësive, higjienën dhe pagesat e ulëta për personelin shëndetësor si shkaqet kryesore të motivimit të tyre të ulët. E fundit është pa dyshim një faktor që ndikon në sistemin e pagesave informale.
- Mungesa e burimeve financiare për qendrat shëndetësore. Këto qendra nuk kanë mundësi të blejnë as alkool apo pambuk sepse ata nuk kanë buxhetin e tyen.
- Aksesit vazhdon të jetë një problem në zonat e largëta, në të cilat ka pak (në disa fare) poste shëndetësore dhe shërbime transporti të papërshtatshme.
- Shumica e banorëve pjesëmarrës, ishin gati të kontribuonin materialisht dhe financiarisht për të përmirësuar shërbimet e tyre lokale të KSHP.
- Dhënësit e shërbimit besojnë që përveç rritjes së financimit për njësitë shëndetësore; manaxhimi me i mirë i burimeve ekzistuese dhe me pak burokraci do të përmirësojnë ndjeshëm dhënien e shërbimeve shëndetësore.

Implikimet e Rezultateve për Planifikimin Shëndetësor Rajonal dhe Kombëtar

Është e qartë nga ky studim cilësor në Rajonin e Tiranës, që njerëzit shpesh përdorin shërbimin e KSHP pranë komuniteteve të tyre dhe janë pothuajse të kënaqur me stafin shëndetësor që punon atje. Megjithatë, ata besojnë që kapacitetet e këtyre shërbimeve janë të kufizuara, përsa i përket pajisjeve dhe mungesës së shërbimeve shëndetësore të specializuara. Vazhdimisht ata humbasin besimin në shërbimin lokal të KSHP dhe e anashkalojnë duke shkuar direkt te specialisti.

Shërbimet e specializuara apo mungesa e tyre është një çështje kritike: banorët, dhënësit e shërbimit dhe drejtuesit e komunitetit janë tepër kritik për sistemin aktual të referimit, për shkak të largësisë së shërbimit të specializuar nga komunitetet e tyre, të pagesave zyrtare dhe jo zyrtare që ata duhet të bëjnë (apo mendojnë se duhet t'i bëjnë) si dhe fakti që mjekët specialist nuk janë miqësor – derisa ata paguhen nën dorë nga pacienti apo familja e tij/e saj. Në veçanti, dhënësit e shërbimit janë të shqetësuar sepse ata shumë herë i referojnë pacientët në një nivel më të lartë shërbimi, për shkak se u mungon trainimi i duhur për të trajtuar raste të veçanta ose për shkak të rregullave të egra të vendosura nga ISKSH që i detyron dhe kur nuk është e nevojshme të veprojnë kështu paavaresisht, se ata mund të kenë kapacitetin e nevojshëm.

Mungesa e këtij kujdesi të specializuar ndiqet edhe nga problemet e aksesit për kujdes shëndetësor sidomos në zonat e largëta rurale. Banorët dhe dhënësit e shërbimit në veçanti shikojnë një nevojë urgjente në drejtim të përmirësimit të aksesit për pajisje të thjeshta laboratorike dhe për aparatura për ekzaminimet me bazë mjekësore. Kjo çon në një sfidë të re për të gjetur ekuilibrin e duhur ndërmjet elementëve kryesorë të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor siç është:

- Sigurimi i shërbimeve bazë për të gjithë përfshirë dhe zonat më të largëta dhe komunitetet më të varfëra.
- Përmirësimi i cilësisë së kujdesit
- Ofrimi i shërbimeve shtesë për popullatën në përgjithësi
- Ruajtja e ekuilibrit kundrejt një kërkesë në rritje për zgjerimin e teknologjisë diagnostikuese dhe kuruese

Strategjitë për të trajtuar këto fenomene kërkojnë një përpjekje të madhe nga ana e institucioneve qendrore, rajonale dhe lokale shëndetësore për të:

- Fuqizuar burimet njerëzore në KSHP dhe infrastrukturën fizike nëpërmjet
 - furnizimit më eficient dhe sistematik me pajisje dhe aparatura për KSHP
 - trainimit cilësor dhe të vazhdueshëm të MF
 - përfshirjes së protokolleve dhe guidave me të fundit për diagnostikimin dhe kurimin
- Përmirësuar infrastrukturën institucionale përfshirë këtu:
 - prezantimin e standardeve të cilësisë së KSHP, të cilat kanë lidhje me disa lloje incentivash
 - rishikimin e politikave të mbulimit me sigurim shëndetësor për të siguruar mbulimin maksimal me burimet në dispozicion
 - rishikimin e mekanizmave ekzistues për blerjen dhe shpërndarjen e ilaceve nëpërmjet ISKSH për të siguruar disponibilitetin e përshtatshëm dhe
 - mbulimin e duhur si dhe përdorimin me eficient të burimeve
 - përmirësimin e sistemit të referimit

Kjo nuk mund të bëhet pa vështirësi, sepse si në të gjitha vendet dhe Shqipëria ndeshet me një nevojë tepër të madhe për të shpërndarë shërbim të specializuar me cilësi të lartë dhe të arritshëm nga popullata në një mënyrë të barabartë, duke patur parasysh nevojat në rritje dhe zgjerimin e

komunitetit në zonat urbane dhe nënurbane (në Tiranë dhe rajone të tjera) si dhe ndeshet ende me nevojat urgjente të zonave të largëta rurale në të cilat shërbimi shëndetësor është i pakët.

Duke pasur parasysh kompleksitetin e problemeve të trajtuara në këtë studim, roli organizatave kryesore publike dhe private si dhe roli i dhënësve të shërbimit, drejtuesëve të komunitetit dhe i publikut, duhen të jenë tepër të qarta në procesin e vendim-marrjes. Psh rezultatet e këtij studimi duket që tregojnë se ISKSH është duke ndjekur një strategji që synon uljen e shpenzimeve por nga ana tjetër kjo nuk është në përputhje me realitetin e dhënies së shërbimeve si dhe me nevojat e përfituesve të ISKSH ashtu me ato të publikut në përgjithësi.

Por problemet në sipërfaqe nuk janë të pazgjidhshme; mbrojtja e të drejtave të pacientit nën skemën e ISKSH mund të trajtohet ndërmjet masave të drejtëpërdrejta siç mund të jetë një fushatë e gjerë, e mirë organizuar informimi për të siguruar që popullata kupton benefitet e skemës dhe si të kenë akses tek ato. Në mënyrë të ngjashme procedurat e rimbursimit dhe rregulloret mund të rishikohen në mënyrë të tillë, që të marrin parasysh kapacitetet aktuale të dhënësve të shërbimit, nevojat e pacientit dhe mekanizmat e referimit. Kjo mund të përmirësojë aksesin dhe të reduktojë si përdorimin e panevojshëm të niveleve më të larta të kujdesit shëndetësor ashtu dhe pagesat informale për shërbimin e specializuar në nivelet më të larta të kujdesit shëndetësor.

ASHRT është krijuar si një njësi autonome, duke synuar një manaxhim të mirë dhe praktika eficiente të shërbimeve shëndetësore në rajonin e Tiranës. Ndërkaq, disa procese aktuale si centralizimi prokurimit të pajisjeve dhe aparaturave në MSH, ka sjellë sipas mendimit të pjesëmarrësve në këtë studim pengesa për ASHRT për të përmbushur misionin e saj.

ASHRT ka një rol të qartë në funksionimin e KSHP në rajonin e Tiranës, dhe në mënyrë të dukshme fuqi të mjaftueshme për të përmirësuar dhënien e shërbimit nëpërmjet përmirësimit të burimeve të manaxhimit dhe politikave që kanë të bëjnë me shpërndarjen e shërbimeve. Ndërkaq, ISKSH është përfshirë si një aktor kryesor (si mekanizëm kryesor për financimin e KSHP), ndërsa MSH ka një rol themelor në procesin e vendim-marrjes nëpërmjet formulimit të vizionit dhe strukturës së reformave të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Në përfundim, procesi i decentralizimit po rrit rolin e drejtuesëve të zgjedhur lokal, si dhe rolin e bashkive dhe komunave në vendim-marrje. Ata do të konsiderohen partnerë kryesorë jo vetëm në prezantimin e nevojave të komunitetit por edhe në përfshirjen e shumë kapaciteteve të fshehura të popullatës lokale drejt një KSHP më të mirë. Ndërkaq, atyre nuk u është dhënë mbështetje në ndërtimin e kapaciteteve për t'i lejuar ata të realizojnë në mënyrë eficiente dhe të barabartë përgjegjësitë në rritje për të plotësuar nevojat e popullatës në nivel lokal.

Metodat inter-sektoriale janë të rëndësishme në trajtimin e problemeve komplekse dhe shumë-aktorëshe të trashëguara të KSHP, në veçanti probleme të tilla si uji, higjiena, transporti, telekomunikacioni, mbështetja sociale dhe varfëria.

Struktura të tjera shtetërore dhe/organizata duhet të përfshihen në zgjidhjen e problememve të mësipërme. Për këtë qëllim, vetë njësitë shëndetësore duhet të bashkepunojnë për hartimin e politikave racionale dhe të barabarta që marrin parasysh nevojat e popullatës dhe burimet relativisht të pakta në dispozicion për kujdes shëndetësor dhe sektorë të tjerë të burimeve njerëzore.^{33,34,35,36}

Rekomandimet kryesore

Duke marrë parasysh rezultatet kryesore të paraqitura në 9.1 si dhe implikimet e dhëna në 9.2, autorët e këtij raporti rekomandojnë si më poshtë:

A. Drejtimet që do të fuqizojnë KSHP në rajonin e Tiranës duhet të përfshijnë:

1. Përmirësimin e mekanizmave për shpërndarjen e pajisjeve, instrumentave dhe aparaturave në qendrat e KSHP duke siguruar që të gjitha këto qendra kanë pajisjet dhe aparaturat bazë deri në fund të 2005, për të plotësuar nevojat e pacientëve dhe për të reduktuar ngarkesën e panevojshme të njësive më të larta shëndetësore.
2. Trainimin e vazhdueshëm dhe cilësor të MF-s bazuar në protokollet dhe guidat e fundit për diagnostikim dhe kurim si dhe në standardet e cilësisë së KSHP.

B. Shpërndarja e shërbimeve të specializuara me cilësi të lartë dhe të arritshme nga publiku duhet të bëhet në një mënyrë më të barabartë, duke patur parasysh nevojat në rritje demografike të komuniteteve në zonat urbane, nënurbane dhe rurale në Tiranë dhe rajone të tjera;

C. Duhet rishikuar disa nga rregullat e rimbursimit në mënyrë graduale, duke i'u dhënë më tepër përgjegjësi MF-s si dhe duke sjellë kursime të burimeve shoqërore si dhe kursime të burimeve të pakta të banorëve.

D. Mënyra të tjera për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve shëndetësore në rajonin e Tiranës kanë të bëjnë me ASHR.

1. ASHR duhet të ketë më tepër autonomi në prokurimin e pajisjeve dhe aparaturave për qendrat shëndetësore në mënyrë që të sigurohen nevojat e ndryshme të qendrave shëndetësore në kohën e duhur.
2. Duhet të sigurohen mekanizma që të japin zërin e pacientit dhe të komunitetit, si nëpërmjet fuqizimit të funksioneve specifike të bordit ekzekutiv edhe nëpërmjet krijimit të bordeve të tjera si shoqata e pacientëve apo mekanizma për përfshirjen e komunitetit në vendim-marrje (si ndërmjet bordeve këshilluese të komunitetit).

10. TABELAT PËRMBLEDHESE

TABELA 1: MENYRAT E MARRJES SE SHËRBIMIT TË KERKUAR RAPORTUAR NGA BANORËT *

FORMAT E KUJDESIT	URBAN		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Vetë shërbim, dhe jo të MF në njësitë publike	3	30 %**			1	5.88 %	4	10.5 %
MF në njësitë publike	6	60 %	9	81.9 %	1 3	76.4 %	28	73.6%
MF në njësitë publike pastaj të specialisti	1	10 %			2	11.7 %	3	7.89%
Anashkalim i MF në njësitë publike			3	27.3%	2	11.7 %	5	13.1 %

▪ Pa përgjigje Urban 2

▪ Rural 2

* Totali nuk është 100 %; individët mund të jepnin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve

TABELA 2. BURIMET E KUJDESIT TË RAPORTUARA NGA BANORËT *

Burimet e kujdesit	Urbane		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Ambulance	1 2	100 %**	11	100 %	19	100 %	42	100 %
Farmaci	6	50 %	11	100 %	4	21 %	21	50 %
Vizitë shtëpie	5	41.6 %	1	9.1 %	2	10.5 %	8	19.05 %
Poliklinike	3	25 %			1	5.26 %	4	9.5 %
Spital	2	16.6 %			5	26.3 %	7	16.6 %
Klinike Privatë	1	8.33 %			2	10.5 %	3	7.15 %
Matërniteti			1	9.1 %	2	10.5 %	3	7.15 %
Mjek popullor					2	10.5 %	2	4.76 %
Vetë shërbim			1	9.1 %	3	15.8 %	4	9.5 %

TABELA 3: ARSYET PSE BANORËT ZGJEDHIN NJËSITË DHE DHËNËSIT E SHËRBIMIT *

Arsyet	URBANE		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Afersia e njësisë me shtëpinë time	8	66.6 %**	4	36.4 %	13	68.3 %	25	59.5 %
Kosto arsyeshme ^e	9	74.5 %	8	72.8 %	13	68.3 %	30	71.4 %
Trajtim i mirë i pacientëve	7	58.3 %	10	91 %	13	68.3 %	30	71.4 %
Orar përshtatshëm ⁱ	4	33.3 %	5	45.5 %	4	21 %	13	31 %
Disponibiliteti i shërbimeve ⁱ	4	33.3 %	3	27.3 %	7	36.8 %	14	33.3 %
Të tjera					2	10.5 %	2	4.75 %

TABELA 4. ZGJEDHJET BAZE: SHENDET, USHQIM, BANIM RAPORTUAR NGA BANORËT*

Pagesa	URBANE		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Kurre	6	54.5 %**	5	50 %	8	44.5 %	19	48.8 %
Disahere	5	45.5 %	5	50 %	10	55.5 %	20	51.2 %

▪ Pa përgjigje Urbane 1

▪ Rural 1

* Totali nuk është 100 %; individët mund të jepnin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve

TABELA 5: ARSYET NË LIDHJE ME VESHTIRESITË NË MARRJEN E KUJDESIT SHËNDETËSOR SIPAS KATËGORISE SE TË INTERVISTUAREVE.

Arsyet	Banorët		Dhënësit shërbimit		Drejtuesit kryesore	
Kostoja ose aksesit financiar në kujdesin shëndetësor	15	42.8 %**	11	50 %	4	36.4 %
Ndërgjëgjësimi/kuptimi i të drejtave për kujdes	12	34.2 %	6	27.2 %	4	36.4 %
Venddodhja – shumë larg nga shtëpia/mungesa e transportit	9	25.6 %	14	63.6 %	4	36.4.2 %
Disponibiliteti i shërbimeve/specialistët	23	65.5 %	12	54.5 %	5	45.5 %
Përceptimi i cilësisë së kujdesit	8	22.8 %	4	18.2 %	3	27.3 %
Individet nuk janë të kënaqur me klinikat apo dhënësit e shërbimit	4	11.4 %	3	13.6 %	2	18.2 %
Nuk dinë ku të marrin shërbim	2	5.7 %	4	18.2 %	3	27.3 %

- Pa përgjigje banorë 7

* Totali nuk është 100 %; individët mund të japin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve

TABELA 6: PERCEPTIMI I CILËSISË SE KUJDESIT NGA BANORËT*

Perceptimi i cilësisë	URBANE		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Cilësi e mirë kujdesi	7	63.6 %**	4	50 %	7	41.2 %	18	50 %
Mund të përmirësohet	3	27.3 %	2	25 %	5	29.4 %	10	27.7 %
Cilësi jo e mirë kujdesi	1	9.1 %	2	25 %	5	29.4 %	8	22.3 %

- Pa përgjigje Urbane 1
Nënurbane 3
Rurale 2

TABELA 7: A MENDONI JU QË DHËNËSIT E SHËRBIMIT DHE TË TJËRET NË AMBULANCAT LOKALE PUBLIKE, NË KLINIKA SI DHE NË SPITALE JANË MIQËSORE DHE JU NDIHMOJNË? A JU NDIHMOJNË ATA QË JU TË NDIENI REHAT DHE TË AFTË PËR TË FOLUR PËR PROBLEMET TUAJA SHËNDETËSORE ?

	URBAN (12)		NËNURBANE (11)		RURALE (19)		TOTAL (42)	
Po, ata janë miqësore dhe të ndihmojnë; Unë ndihem rehat	8	66.6 %	9	81.8 %	16	84.2 %	33	78.5 %
Mund të jetë me shumë miqësore dhe të ndihmojnë me shumë l	2	16.7%			2	10.6 %	4	9.5 %
Aspak miqësore dhe nuk të ndihmojnë	2	16.7%	2	18.2 %	1	5.2 %	5	12 %

TABELA 8: SA TË PËRDORSHME DHE EFEKTIVE MENDONI JU/DHE FAMILJARET E TJERE, SE JANË SHËRBIMET ?

	URBAN (12)		NËNURBANE (11)		RURALE (19)		TOTAL (42)	
Efektive	8	66.6 %	7	63.5 %	11	57.8 %	26	62 %
Mund të përmirësohen	1	8.3 %	4	36.5 %	5	26.2 %	10	23.8 %
Jo efektive	1	8.3 %			3	16 %	4	9.5 %
Varet nga pagesa	2	16.8 %					2	4.7

TABELA 9: A MENDONI JU QË DHËNËSIT E SHËRBIMIT JU KUROJNË MIRË ? ZAKONISHT A NDIENI JU QË DHËNËSIT E SHËRBIMIT JANË KUJDESR PËR PROBLEMIN SHËNDETËSOR QË JU DHE FAMILJARET TUAJ KENI PATUR?

	URBAN (12)		NËNURBANE (11)		RURALE (19)		TOTAL (42)	
Po, trajtim i mirë	7	63.6 %	7	63.6 %	13	72.2 %	27	67.5 %
Trajtim i mirë me kondita	2	18.2 %	1	9.1 %	2	11 %	5	12.5 %
Trajtimi i mirë mund të përmirësohet	1	9.1 %	2	18.2 %	2	11%	5	12.5 %
Trajtim jo i mirë	1	9.1 %	1	9.1 %	1	5.8 %	3	7.5 %

Pa përgjigje Urban 1

Rural 1

TABELA 10. PERCEPTIMET E BANORËVE QË NJËSITË SHËNDETËSORE JANË TË PASTRA DHE TË MIRËMBAJTURA *

Perceptimi i pjesës fizike	URBAN		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Po	9	75 %**	5	45.5 %	1 4	78 %	28	68.2 %
Mund të përmirësohet	2	16.6 %	5	45.5 %	2	11 %	9	21.8 %
Jo	1	8.4 %	1	9 %	2	11 %	4	10 %

- Pa përgjigje Rural 1

* Totali nuk është 100 %; individët mund të jepnin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve.

TABELA 11. AKSESI PËR ILACE DHE PAGESA PËR TO

	URBAN (12)		NËNURBANE (11)		RURALE (19)		TOTAL (42)	
Farmaci privatë, me rimbursim	6	50 %			3	16.7 %	9	22 %
Farmaci privatë, pjesërisht me rimbursim	4	33.3 %	1	9 %	3	16.7 %	8	19.5 %
Farmaci privatë, me shpenzime personale	2	16.7 %	10	91 %	12	66.6 %	24	58.5 %

- Papërgjigje Rural 1

TABELA 12: PROBLEMET ME TË RENDESISHME SHËNDETËSORE SIPAS KATEGORIVE TË TË INTERVISTUAREVE

Probleme	Banorë		Dhënës shërbimi		Drejtues kryesore	
Mungesa e mjekut specialist	18	47.3 %**	7	31.8 %	4	36.4 %
Mungesa e shërbimit të duhur të urgjencës	13	34.2 %	2	9 %	4	36.4 %
Mungese e pajisjeve laboratorike (infrastruktura që lidhet me shërbimet)	12	31.5 %	7	31.8 %	4	36.4 %
Infrastruktura e dobët sanitare	11	29 %	9	40.8 %	3	27.3 %
Mungese/ cilesi e ulet e ilaceve/efikasiteti i ulet shëndetësor	7	18.4 %			2	18.2 %
Mungese informacioni	4	10.5 %				
Kushtë socio-ekonomike të uleta/varferi/mungese kontrolli ndaj levizjës demografike	2	5.25 %	7	31.8 %		
Probleme me orarin e punës	2	5.25 %				
Shpërndarje e pabarabartë e kujdesit/mbajtja e personelit në zonat e largëta			4	18 %	3	27.3 %
Semundje kronike			5	22.7 %	1	9.1 %
Mbulimi me sigurim shëndetësor			3	13.6 %	2	18.2 %
Nuk e di	4	10.5 %				

• Pa përgjigje Banorë 4

* Totali nuk është 100 %; individët mund të japin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve

TABELA 13: VIZIONI PËR KUJDESH SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI NË 5 VITËT E ARDHSHE, SIPAS KATËGORISE SE TË INTERVISTUAREVE.

VIZIONET	BANORË		DHËNËS SHËRBIMI		DREJTUES KRYESORE	
Disponibilitëti I me shumë specialitetëve	25	69.5 %	6	27.2 %		
Disponibilitëti I lab baze dhe pajisjëve për analiza.	16	44.3 %				
Infrastruktura me e mirë shëndetësore, përfshire këtu psh , teknologji modernë në QSH.	17	47.2 %	14	63.5	7	70
Mbulim me I mirë me siguracion shëndetësor	2	5.5 %	5	22.7 %	1	10 %
Paga me të mira për mjeket/ motivacion I përmirësuar për ta	3	8.3 %	1	4.5 %	2	20 %
Cilesi me e mirë kujdesi / kontroll cilesie për ilacet l	8	22.1 %	15	68 %	7	70 %
Sherbim shëndetësor falas	3	8.3 %				
Asnjë ndryshim/ të tjera	2	5.5 %				
Fuqizimi I rolit të MF			2	9 %	1	10 %
Kontrolli I korrupsionit/ legalizimi I pagesave informale					2	20 %
Përmirësimi I infrastruktures fizike në komunitetë			2	9 %		

▪ Pa përgjigje banorë 6

▪ Drejtues kryesore 1

* Totali nuk është 100 %; individët mund të jepnin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve

TABELA 14: VIZIONI PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI NË 5 VITET E ARDHSHE SIPAS BANORËVE*

VIZIONI	URBANE		NËNURBANE		RURALE		TOTAL	
Disponibilitetit I me shumë specialitëteve	7	63.7 %**	5	50 %	13	86.6 %	25	69.5 %
Disponibilitëti I lab baze dhe I pajisjëve për analiza.	6	54.6 %	2	20 %	8	53.2 %	16	44.3 %
Infrastruktura me e mirë shëndetësore, përfshire këtu psh , teknologji modernë në QSH.	5	45.5 %			5	33.3 %	10	27.7 %
Mbulim me I mirë me siguracion shëndetësor			1	10 %	1	6.65 %	2	5.5 %
Paga me të mira për mjeket/ motivacion I përmirësuar për ta	1	9.1 %			2	18.3 %	3	8.3 %
Cilesi me emirë kujdesi/kontroll cilesie për ilacet l			4	40 %	3	20	7	19.3 %
Sherbim shëndetësor falas	2	18.2 %	1	10 %			3	8.3 %
Asnjë ndryshim/ të tjera	1	9.1 %					1	2.77 %
Fuqizimi i rolit të MF	1	9.1 %					1	2.77 %
Kontrolli I korrupsionit/ legalizimi i pagesave informale			1	10 %			1	2.77 %
Përmirësimi I infrastructures fizike në komunitete			6	60 %	1	6.65 %	7	19.3 %

- Pa përgjigje Urban 1
- Nënurbane 1
- Rural 4

* Totali nuk është 100 %; individet mund të jepnin përgjigje të shumëfishta

** Përqindja e totalit të të intervistuarëve

Përzgjedhja e Indikatorëve për Strategjinë e Monitorim-Vlerësimit për matjen e Performancës në Sistemin Shëndetësor

Arritja e Konsensusit nëpërmjet Metodës Mini Delphi Hartimi i raportit vjetor të performancës së sistemit shëndetësor

Grupi i punës së M&V arriti në konsensus në lidhje me përdorimin fillimisht të 137 indikatorëve të rezultateve për vlerësimin e performancës së sistemit shëndetësor, indikatorë të cilët do të shërbejnë për të paraqitur dhe për të na dhënë një pamje të performancës së sistemit. Indikatorët u zgjodhën duke patur parasysh faktin që ato të reflektojnë progresin në çdo aktivitet të identifikuar në kuadrin logjik që lidh aktivitetet me outputet, rezultatet dhe impaktin (kapitulli 1). Seti i indikatorëve paraqitet përmbledhtazi në Tabelën 2, ndërsa përkufizimi i detajuar, burimet e të dhënave dhe institucioni përgjigjës janë paraqitur në Aneks 2.

Ky set indikatorësh për të cilët ranë dakort anëtarët e Core Group paraqet pakëtën minimum të indikatorëve të nevojshëm për të kuptuar progresin e bërë në sistemin shëndetësor. Disa nga indikatorët mund të mblidhen menjëherë nga burimet ekzistuese të të dhënave, ndërsa të tjerët do të kërkojnë në të ardhmen mënyra të tjera mbledhjeje (Kapitulli 5). Përmirësimet dhe modifikimet në vazhdim të setit të indikatorëve do të jenë të lidhura ngushtë me përmirësimet e sistemit kombëtar të informacionit shëndetësor.^{33,35,36}

Aktualisht për një numër indikatorësh të këtij seti ka ankesa të pranueshme në lidhje me cilësinë dhe aksesin. Ankesat në lidhje me cilësinë e të dhënave duhet të diskutohen në mënyrë transparente në seksionin “shënime teknike” të Raportit Vjetor. Sidoqoftë, është e rëndësishme që në lidhje edhe për procesin e M&V të punohet për përmirësimin e cilësisë së të dhënave, përmirësim i cili do të vijë nga bashkëpunimi i MSH me ofruesit e shërbimit dhe institucionet e tjera raportuese. Procesi i sugjeruar për forcimin e raportimit të të dhënave dhe cilësisë së tyre është diskutuar në Kapitullin 5 të këtij dokumenti.

**Indikatorët e Rezultateteve të Performancës së
Sistemit Shëndetësor**

Definicionet dhe Institucionet Përgjegjëse

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	<i>Jetëgjatësia</i>			
1	Jetëgjatësia (në vite)	Numri mesatar i viteve që një i sapolindur pritët të jetojë nëqoftëse aplikohet vdekshmëria aktuale	INSTAT	ISHP
2	Jetëgjatësi e shëndetshme	Numri mesatar i viteve që një person pritët të jetojë në “shëndet të plotë” duke marrë në konsideratë vitet e jetuar me shëndet të dobët për shkak të një sëmundje/dëmtimi.	INSTAT	ISHP
	<i>Vdekshmëria</i>			
3	Vdekshmëria foshnjore [OZHM]	# vdekjeve për 1000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
4	Vdekshmëria Neonatale	# vdekjeve gjatë 28 ditëve të para të jetës për 1,000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
5	Vdekshmëria hershme neonatal	# vdekjeve në 7 ditët e para të jetës për 1,000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
6	Vdekshmëria vonshme neonatal	# vdekjeve në periudhën 7 deri në 28 ditët e para për 1,000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
7	Vdekshmëria Post-neonatale	# vdekjeve ndërmjet 29 ditëshit të parë dhe 365 ditëve të jetës për 1000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
8	Vdekshmëria fetale	# vdekjeve fetale për 1,000 lindje	INSTAT; MSH	ISHP
9	Vdekshmëria Perinatale	# vdekjeve gjatë shtatëzënisë së vonshme (në javën e 22 të shtatëzënisë), gjatë lindjes dhe deri në 7 ditët e para për 1,000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
10	Vdekshmëria feminare [MDG]	# vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç për 1,000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
11	Vdekshmëria amtare [MDG]	# vdekjeve për 100,000 lindje të gjalla	INSTAT; MSH	ISHP
	<i>Vdekshmëria nga</i>			
12	Infeksionet respiratore acute (fëmijët)	# vdekjeve të shkaktuara nga pneumonia, influenza, bronchitis, dhe asthma tek fëmijët nën 5 vjeç për 100,000 fëmijë nën 5 vjeç	INSTAT	ISHP
13	Diarrea (fëmijët)	# vdekjeve të shkaktuara nga diarreja (digestive) tek fëmijët nën 5 vjeç për 100,000 fëmijë nën 5 vjeç	INSTAT	ISHP
14	TB [MDG]	# vdekjeve të shkaktuara nga TB për 100,000 population	INSTAT	ISHP
15	HIV/AIDS [MDG]	# vdekjeve të shkaktuara nga AIDS për 100,000 population	INSTAT	ISHP
16	Sëmundjet kardiovaskulare (total dhe të rriturit në moshe pune)	# vdekjeve të shkaktuara nga sëmundjet kardiovaskulare (sëmundja ishemike e zorrës dhe sëmundja kardiovaskulare) për 100,000 population	INSTAT	ISHP
17		# vdekjeve të shkaktuara nga sëmundjet kardiovaskulare (sëmundja ishemike e zorrës dhe sëmundja kardiovaskulare) tek të rriturit 18-65 për 100,000 të rritur 18-65		
18	Sëmundjet kanceroze	# vdekjeve të shkaktuara nga neoplasma për	INSTAT	ISHP

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	(total dhe të rriturit në moshe punë)	100,000 population: Stomak and Kolorektal (Digestive System Neoplasms); Breast; Lung; Cervical; Prostatë		
19		# vdekjeve të shkaktuara nga neoplasm tek të rriturit 18-65 për 100,000 të rritur 18-65: Stomach and Colorectal (Digestive System Neoplasms); Breast; Lung; Cervical; Prostatë)		
20	Aksidentet dhe trauma	# vdekjeve nga trauma dhe aksidentet për 100,000 population	INSTAT	ISHP
21	Probleme të shendetit mendor	# vdekjeve nga suicide për 100,000 population	INSTAT	ISHP
	<i>Shtrimi në spitale</i>			
	<i>Shtrimi në spitale për:</i>			
22	Infeksionet Respiratore Akute (fëmijët)	# daljeve nga spitali për të semuret me pneumonia, influenza, bronshitet, dhe asma tek fëmijët nën 5 vjeç për 100,000 fëmijë nën 5 vjeç	Spitalet	MSH /Statistika
23	Diarrhea (fëmijët)	# daljeve nga spitali për sëmundjet diarreike tek fëmijët nën 5 vjeç për 100,000 fëmijë nën 5 vjeç	Spitalet	MSH /Statistika
24	TB	# daljeve nga spitali për të semuret me TB për 100,000 population	Sanatoriumi	MSH /Statistika
25	Sëmundjet kardiovaskulare (total and working age adults)	# daljeve nga spitali për sëmundjet kardiovaskulare (sëmundja ishemike e zemrës dhe sëmundja cerebrovaskulare për 100,000 population	Spitalet	MSH /Statistika
26		# daljeve nga spitali për sëmundjet kardiovaskulare tek të rriturit 18-65 (sëmundja ishemike e zemrës dhe sëmundja cerebrovaskulare) për 100,000 të rritur 18-65		
27	Diabeti	# daljeve nga spitali me komplikacione nga diabeti për 100,000 population	Spitalet	MSH /Statistika
28	Neoplazma (total dhe të rriturit në moshe pune)	# daljeve nga spitali për të semuret me neoplazma për 100,000 population: Te Stomakut dhe kolorektal (Sistemi Digjestiv, Sistemi Neoplazmik); te gjirit; mushkërive; Cervicale; Prostatës	Spitalet	MSH /Statistika
29		# daljeve nga spitali për të semuret me neoplazma ndërmjet të rriturve 18-65 për 100,000 të rritur 18-65: Te stomakut dhe kolorektal (Sistemi digjestiv dhe i Neoplasmave); gjirit; mushkërive; cervical; prostatë		
30	Probleme Shendetit	(# individëve të dale nga spitali me diagnoze	Spitali	MSH /Statistika

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	mendor	psikiatrike dhe që janë rishtuar në spital brenda një kohe që te përcaktuar për numrin total të daljeve psikiatrike) x 100	psikiatrik	
31		(Numri i individeve të diagnostikuar me probleme të shendetit mendor (duhet përcaktuar) trajtuar në qendrat komunitare/ numrin total të individeve diagnostikuar me problem të shendetit mendor) x 100	?	?
	<i>Incidenca/Prevalenca</i>			
32	Infeksionet respiratore akute (fëmijët)	# rasteve të reja të Infeksioneve respiratore akute për 100,000 population tek fëmijët nën 5 vjec	Rekorde të Survejances	ISHP
33	Diarrea (fëmijët)	# rasteve të reja me diarre për 100,000 population tek fëmijët nën 5 vjec siç përcaktohet nga ISHP	Rekorde të Survejances	ISHP
34	Sëmundjet e parandaluara me vaksina	# rasteve të reja të fruthit, mumps, rubeola, polio, diftheria, hepatitis B, pertusis, and tetanus për 100,000 population për fëmijët nën 5 vjec	Rekorde të Survejances	ISHP
35	TB [OZHM]	# rasteve të reja me TB për 100,000 population	Rekorde të Survejances	ISHP
36	HIV/AIDS [OZHM]	# rasteve të reja me HIV and AIDS për 100,000 population	Rekorde të Survejances	ISHP
37		#total i individeve që jetojnë me HIV dhe AIDS për 100,000 population		
38	% e grave shtatzena të moshes 15-24 vjec infektuar me HIV [OZHM]	# grave shtatëzëna të moshës 15-24 vjec infektuar me HIV për 100 gra shtatëzëna	Rekorde të Survejances	ISHP
39	Sëmundjet kardiovaskulare (total dhe të rriturit në moshe punë	# individëve të diagnostikuar me sëmundje kardiovaskulare (sëmundja ishemike e zemres dhe sëmundja cerebrovaskulare) për 100,000 population	Informacion nga rimbursimi barnave në ISKSH	ISKSH
40		# individeve të moshes 18-65 diagnostikuar me sëmundje kardiovaskulare (semundja ishemike e zemres dhe semundja cerebrovaskulare) për 100,000 population mosha 18-65		
41	Diabeti	# rasteve me diabet për 100,000 population	Informacion nga rimbursimi barnave në ISKSH	ISKSH
42	Nëoplasms (total dhe të rriturit në moshe punë	# rasteve të reja diagnostikuar me neoplasma për 100,000 population: Neoplasma te Stomakut and kolorektal (Sistemi Digjestiv dhe Sistemi Neoplasmave); I gjirit; mushkerive; Cervikale; Prostatë	Spitali Onkologjik	MSH/Statistika
43		# rasteve të reja diagnostikuar me neoplasma tek të rriturit 18-65 për 100,000 të rritur18-65: Te Stomakut dhe kolorektal (Sistemi digjestiv dhe i Neoplasmave); te gjirit; mushkerive;		

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
		Cervicale; Prostatë		
44	Probleme të shendetit mendor	# individëve të diagnostikuar të semurë mendor për 100,000 population [define]	?	?
	% e familjeve me shpenzime shëndetësore katastrofike në vit	% e familjeve me shpenzime shëndetësore me të medha se 10% e buxhetit të tyre mujor.	INSTAT Household survey	Grupi i Punës së M&V
	% e familjeve të cilat kërkuar borxh apo shitën asete për të marrë kujdes shëndetësor	% e familjeve të cilat kërkuar borxh apo shitën asete për të marrë kujdes shëndetësor	INSTAT Household survey	Grupi i Punës së M&V
	Shpenzimet shëndetësore mesatare mujore out-of-pocket si pjesë e shpenzimeve totale të familjes.	Shpenzimet shëndetësore mesatare mujore nga xhepi si pjesë e shpenzimeve totale të familjes. (by income quintile)	INSTAT Household survey	Grupi i Punës së M&V
	% e individëve që raportohen të sëmurë por që nuk mund të marrin kujdes shëndetësor për shkak të barrierave financiare	% e individëve që raportohen të sëmurë por që nuk mund të marrin kujdes shëndetësor për shkak të barrierave financiare	INSTAT Household survey	Grupi i Punës së M&V
45	A po përshtatet sistemi shëndetësor me nevojat shëndetësore?	Vlerësim kualitativ i përgjigjeve të nevojave dhe sfidave të tjera emergjente gjatë vitit të mëparshëm	Vlerësimi Cilesor	Grupi i Punës së M&V
46	Kenaqësia e Pacientit	Renditja e spitaleve sipas pacientëve (rating from 1 – 10)	Survey	QKSCA
47		Renditja e mjekëve në spitale sipas pacientëve (rating from 1 – 10)		
48		Analiza e ankesave të konsumatorëve dhe e çdo informacioni tjetër	MSH Ankesat e konsumatorëve	MSH Dep. Marrëdhënieve me Publikun
	<i>Kujdesi Shëndetësor Paresor</i>			
49	% e kartelave që tregojnë matjen e presionit arterial	% e kartelave që tregojnë matjen e presionit arterial	Audit Klinik	Njësitë e M&V në qarqe
50	% e pacientëve diagnostikuar me hipertension me presion arterial nën kontroll	% pacientëve diagnostikuar me hipertension me presion arterial < 140/90 mmHg	Audit Klinik	Njësitë e M&V në qarqe
51	Përputhja me	# kartelave të vrojuara që tregojnë se janë	Audit Klinik	Njësitë e M&V

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	udhëzuesit klinike	ndjekur udhëzuesit klinike/ numrin e kartelave të vrojtura		në qarqe
52	Manaxhimi i duhur i sëmundjeve kardiovaskulare	% e pacientëve me hipertension apo me infarkt miokardi akut të cilët janë pershkruar medikamente beta	Audit Klinik	Njësitë e M&V në qarqe
53	% pacientëve diabetike me glicemi të kontrolluar	Need to define according to guidelines	Audit Klinik	Njësitë e M&V në qarqë
54	% e Referimeve nga KSHP	% e vizitave në kujdesin parësor të cilat referohen tek specialisti	Formulari i Vizitës në QSH	ISKSH
55		% e vizitave në kujdesin parësor të cilat referohen në spital për tu shtruar		
56		% e vizitave në kujdesin parësor të cilat referohen ose tek një specialist ose për shtrim në spital		
	% e anashkalimit të KSHP	% e vizitave të kujdesit shëndetësor direct në spital apo specialist që anashkalojnë KSHP	Sistemi Informacionit në spitale	Spitalet
	<i>Kujdesi Spitalor</i>			
57	% Lindjeve me prerje cezariane	# operacioneve/totalin e lindjeve	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
58	Vdekshmeria amtare në spital	# vdekjeve /totali i lindjeve	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
59	Vdekshmeria perinatale në spital	# vdekjeve /totali i lindjeve	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
60	Vdekshmeria në 24 orët e para nga infarkt myocard akutë	# vdekjeve në 24 orët e para nga infarkti miokard akutë / numrin e pranimeve me infarkt miocard akutë	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
61	Vdekshmeria nga diabetik Ketoacidoza	# vdekjeve nga diabetik Ketoacidoza/ numrin e pranimeve me diabetik Ketoacidoza	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
62	% e rishtrimeve në spitale Brenda 72-oreve nga dalja nga spitali	# rishtrimeve brenda 72 oreve nga dalja nga spitali / numrin e daljeve nga spitali (disagreguar sipas moshës; sex—në veçanti për fëmijët nën <5 vjeç)	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
63	Vdekshmeria në pranimet urgjente	# vdekjeve në urgjence/ numrin e pranimeve në urgjence	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
64	Infeksionët e plagës pas operacionit	# infeksioneve të plagës pas operacionit/numrin total të operacioneve	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
65	Shkalla/Niveli e appendectomy	# appendectomies për 100,000 population	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
66	Shkalla/Niveli e cholecystectomy	# cholecystectomies për 100,000 population	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
67	Vdekshmeria në spitale	# vdekjeve në spitale/numri total të daljeve nga spitali (disagreguar sipas age; sex)	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore
	<i>Të përgjithshme</i>			
68	Përdorimi i biznes Planit nga Institucionet Shëndetësore	% of hospitals and health centers operating under a strategic business plan	Checklistat e Supervizimit Mbështetës	Njësitë e M&V në qarqe

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	Mbulimi me trainim për manaxhim	% e stafit shëndetësor të cilët janë trainuar në manaxhim	Database I EV	QKEV
69	Alokimi i burimeve të brendshme nga institucionet shëndetsore	% e shpenzimeve totale të institucionit shëndetësor në paga, paisjë, medikamentë (Disaagreguar për spitalet dhe qendrat shëndetësore)	Raportet e Institucionëve Shëndetsore	ISKSH
70	% e pagesave të stafit bazuar në performancë	% of hospitals and health centers paying staff (at least partially) according to performance	Checklistat e Supërvizimit Mbështetës	Njësitë e M&V në qarqë
	<i>Qëndrat e Kujdesit Shëndetsor paresor</i>			
71	Produktiviteti i stafit të QSH	# of outpatient visits/medical staff për month	Raportet e Institucionëve Shëndetsore	MSH /Statistika (me input nga ISKSH)
	Mbulimi me trainim për manaxhim	% e QSH me të paktën një anëtar të stafit trainuar në menaxhim	Database I EV	QKEV
72	Përdori mi procesureve të manaxhimit të brendshëm	% e QSH që aplikojnë rregulloret dhe procedurat e manaxhimit të brendshëm	Checklistat e Supërvizimit Mbështetës	Njësitë e M&V në qarqë
73	Numri i testëve laboratorike për konsultë në KSHP	# testeve laboratorike/ numrin e vizitave në qëndren shëndetësore	Formulari I Vizitës në QSH	ISKSH (me input nga Statistika)
	<i>Spitalet</i>			
74	Produktiviteti i stafit të spitaleve	# pacientëve të shtruar/ numrin e stafit mjekësor	Raportet e Spitaleve	MSH/Drejtoria Spitalore (me input nga ISKSH)
75		Numri infermiereve/krevatë		
76	Ditë qëndrimi mesatar në spitale	# total i diteve të shtrimit në spital /numri total i daljeve nga spitali	Raportet e Spitaleve	MSH/Drejtoria Spitalore (me input nga ISKSH)
77	Shfrytëzimi i shtratit	# total i diteve të shtrimit në spital /(numri total i shtretërve në spital x 365)	Raportet e Spitaleve	MSH/Drejtoria Spitalore (me input nga ISKSH)
78	Xhiro e shtratit	# total i daljeve nga spitali/numri total i shtretërve në spital	Raportet e Spitaleve	MSH/Drejtoria Spitalore (me input nga ISKSH)
79	Average length of pre-operative stay in the hospital	# ditë-shtrimit në spital përpara nderhyrjes kirurgjikale/numrin e pranimeve në spital për procedura kirurgjikale	Spitalet	MSH/Drejtoria Spitalore (me input nga ISKSH)
80	Norma e shtrimit në	# total i daljeve nga spitali/population	Raportet e	MSH/Drejtoria

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	spitale		Spitaleve	Spitalore (me input nga ISKSH)
81	Përdori mi KSHP	Numri i vizitave në QSH të një personi në një vit (sipas moshes; gjinise; urban/rural; rajoneve)	Raporte të Qëndrave shëndetësore	ISKSH
82	% mesatare e paketës se shërbimeve të mundshme në QSH	# shërbimeve të ofruara në QSH (pjesë të paketës se shërbimeve) / numrin total të shërbimeve të pakëtës baze të shërbimeve	Audit Klinik	Njësitë e M&V në qarqe
	<i>Promocioni shëndetësor dhe Parandalimi</i>			
83	Numri i shërbimeve shëndetësore që janë të lidhura me promocionin dhe parandalimin	# aktiviteteve të promocionit shëndetësor në qendrën shëndetësore	Checklistat e Supërvizimit Mbështetës	Njësitë e M&V në qarqe
84	% e vizitave të kujdesit paresor për shërbimet parandaluese.	(# total i vizitave në kujdesin paresor për shërbimet parandaluese / vizitat në total) x100	Formulari I Vizitës në QSH	ISKSH
	<i>Shendetë Riprodhues/MSH</i>			
85	% e grave shtatëzëna të cilat marrin kujdes prenatal në tremestrin e pare. [OZHM]	(# grave shtatëzëna të cilat marrin kujdes prenatal në tremestrin e pare / numrin total të shtatëzënave) x 100	Formulari I Vizitës në QSH	ISKSH
86	Abortion rate	# aborteve / numrin total të lindjeve të gjalla	ISHP; INSTAT	ISHP
87	Mbulimi shërbimeve të planifikimit familjar	# qendrave shëndetësore që ofrojnë keshillim në lidhje me planifikimin familjar dhe metodat moderne kontraceptive / numri total i QSH	Qëndrat Shëndetësore	ISHP
88	% e lindjeve të ndjekura nga staf i kualifikuar [OZHM]	(# lindjeve të ndjekura nga staf i kualifikuar / numrin total të shtatëzënave) x 100	INSTAT	MSH/Statistika
89	Incidenca e foshnjave të lindura nën peshe	# lindjeve nën peshe < 2500g / numrin total të lindjeve të gjalla	?	MSH/Statistika
90	% e fëmijëve të ushqyer me gji	# të porsalindurve të ushqyer vetëm me gji deri në 6 muaj / numrin total të lindjeve të gjalla	Studimi shëndetësor dhe demografik	INSTAT; ISHP?
91		# porsalindurve të ushqyer vetëm me gji deri në 1 vit / numrin total të lindjeve të gjalla		
	<i>Imunizimi</i>			
92	% e fëmijëve të imunizuar.	# fëmijëve 0 – 14 vjeç të cilët marrin të gjitha vaksinat sipas kalendarit të vaksinave / numrin total të fëmijëve 0 – 14 vjeç	Të dhëna administrative; Formulari I Vizitës në QSH	ISHP (me input nga ISKSH)
93		% e fëmijëve deri në 2 vjeç që janë vaksinuar plotësisht kundrejt fruthit (1 dose) [MDG]		
	<i>HIV</i>			
94	% e popullsisë nga 15-24 vjeç që kanë njohuritë e duhura në lidhje me HIV [OZHM]	Sipas definicionit të ISHP për programin HIV/AIDS/STI	Demographic Health Survey	ISHP

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
95	% popullsisë të infektuar me HIV-dhe që trajtohen me anti-retroviral [OZHM]	# individëve të diagnostikuar me HIV dhe që trajtohen me ARVs/ numrin total të individëve diagnostikuar me HIV	Program Kombëtar I AIDS; Spitali Nënë Teresa; Klinika e semundjeve Infektive	ISHP
	<i>TB</i>			
96	% e popullsisë me TB të zbuluar dhe kuarar nën programin DOTS [OZHM]	Numri i individëve me TB të zbuluar dhe kuaruar nga DOTS / numrin total të individëve me TB	?	?
	<i>Shendetit mendor</i>			
97	% epopullsisë që kanë akses në shërbimet komunitare të shëndetit mendor	Duhet përcaktuar	?	?
98	% e shpenzimeve totale të barnave për outpatient e rimbursuar nga ISKSH	Shpenzimet totale të ISKSH për rimbursimin e barnave/shpenzimet totale në barna	ISKSH (denominator) NHA	ISKSH
	% e popullsisë që kanë pranë farmaci (X kohe /distance)	% of population living within (X time/distance) of pharmacy	Survey në inst shendetore	Njësitë e M&V në qarqe
	% e shpenzimeve totale nga xhepi për barna	Shpenzimet totale nga xhepi për barna / totalin e shpenzimeve nga xhepi	INSTAT Household survey	Grupi I Punës së M&V
	% e QSH që sigurojnë një mbulim me shërbim 24 –orë		Health facility survey	Njësitë e M&V në qarqe
	% e popullsisë me akses në shërbimin 24orësh		Survey në inst shendetore	Njësitë e M&V në qarqe
	% e popullsisë me akses fizik në KSHP	% e popullsisë që janë larg nga QSH deri në 5 km	Survey në inst shendetore	Njësitë e M&V në qarqe
	% e popullsisë me akses fizik në spitale	% e popullsisë që kanë akses në spital (X km ose kohe udhëtimi)	Survey në inst shendetore	Njësitë e M&V në qarqe
99	Madhesia dhe kompozimi I punonjësve në Kujdesin Shëndetësor	# total i personelit mjekësor për 10,000 population	MSH kerkon inf nga institucionet shëndetësore	MSH/ Burimet Njëzore
100		# total i mjekeve për 10,000 population		
101		# infermiereve/mamjieve për 10,000 population		
102		# personelit tjetër mjekësor për 10,000 population		
103	Shpërndarja e punonjësve në Kujdesin Shëndetësor	% e shpërndarjes së punonjësve në kujdesin shëndetësor / specializimin (përfshirë shëndetin publik), rajonin dhe vendin e punës	MOH kerkon info nga institucionet shëndetësore	MSH/ Burimet Njëzore
104		Numri infermiereve për mjek		
105	Kualifikimet e punonjësve në Kujdesin	# profesionistëve të shëndetit që punojnë në institucione shëndetësore publike apo private	Database I	QKEV

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
106	Shendetsor	pjesëmarrës në aktivitetet e EV / # total të profesionistëve të shëndetit që punojnë në institucione shëndetësore publike apo private	QKEV (për tu ngritur në 2010)	
		# mjekëve, farmacistëve dhe dentistëve që punojnë që punojnë në institucione publike apo privatë të cilët plotësojnë kriterin e ri-certifikimit/ # i mjekëve, farmacistëve dhe dentistëve që punojnë që punojnë në institucione publike apo privatë		
107	Shpenzimet totale në shëndetësi si % produktit të brendshëm bruto.	Shpenzimet totale në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH, privat) /GDP	Llogaritë Kombetare	MSh /Drejtoria Financiare
108	Shpenzimet totale qeveritare në shëndetësi si % e GDP	Shpenzimet totale në shëndetësi nga buxheti dhe ISKSH /GDP	Llogaritë Kombetare	MSh /Drejtoria Financiare
109	Shpenzimet shendetsore për capita	Shpenzimet totale në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH, privatë) /population	Llogaritë Kombetare	MSh /Drejtoria Financiare
110	Pjesa e shpenzimeve totale qeveritare alokuar për shëndetësinë	Shpenzimet totale në shëndetësi nga buxheti dhe ISKSH /buxheti total i qeverisë	Llogaritë Kombetare	MSh /Drejtoria Financiare
111	Shpenzimet e sigurimit shëndetësor si % e shpenzimeve totale shëndetësore	Shpenzimet totale të ISKSH / Shpenzimet totale në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH, privatë)	Llogaritë Kombetare	MSh /Drejtoria Financiare
112	Të ardhurat vjetore të ISKSH (dhe rritja % krahasuar me një vit me pare)	Të ardhurat totale të ISKSH nga të gjitha burimet (kontribute, buxheti qeverisë, të tjera dhe dhe rritja % krahasuar me një vit me pare)	ISKSH	ISKSH
113	Shpenzimet Vjetore të ISKSH (dhe rritja % krahasuar me një vit me pare)	Te ardhurat totale nga te gjithë burimet (kontributet, buxheti qeverise, te tjera) dhe rritja % krahasuar me nje vit me pare	ISKSH	ISKSH
114	Shpenzimet Vjetore të ISKSH si % e të ardhurave	Te ardhurat totale nga te gjithë burimet (kontributet, buxheti qeverise, te tjera) dhe rritja % krahasuar me nje vit me pare	ISKSH	ISKSH
115	Të ardhurat e ISKSH sipas burimeve	Të ardhurat totale të ISKSH nga busheti I shtetit / Të ardhurat totale të ISKSH	ISKSH	ISKSH
116		Të ardhurat totale të ISKSH nga kontributët/ Të ardhurat totale të ISKSH		
117	Shpenzimet mesatare të ISKSH për personat e siguruar	Shpenzimet totale të ISKSH / numrin total të personave të siguruar	ISKSH	ISKSH
118		Shpenzimet totale të ISKSH në rimbursimin e ofruesve /numrin total të personave të siguruar		
119	Shpenzimet totale kapitale si % e shpenzimeve totale shëndetësore	Shpenzimet totale kapitale në institucionet mjekësore / Shpenzimet totale në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH, privatë)	Llogaritë Kombetare në shëndetësi	MSh /Drejtoria Financiare

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
120	Shpenzimet publike të sektorit shëndetësor si pjesë pjesë e shpenzimeve totale në shëndetësi	Shpenzimet totale qeveritare në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH) / shpenzimet totale në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH, private)	Llogaritë Kombetare në shëndetësi	MOH Financial Department
121	Pagesat privatë nga xhepi të familjeve për shëndet si % e shpenzimeve totale në shëndetësi	Shpenzimet totale privatë në shëndetësi / Shpenzimet totale në shëndetësi (buxheti qeverisë, ISKSH, privatë)	INSTAT Household survey	MSH--NHA
122	Pjesa e popullsisë e siguruar	Numri të siguarve (kontribuesit apo ata që kanë kontribute nga qeveria / total population	ISKSH	ISKSH
123		Numri kontribuesve në sigurimet shëndetësore / total population		
124	Niveli I bashkepagesave formale	Totali I bashkepagesave	ISKSH	ISKSH
125		Totali I bashkepagesave / numri total I të siguarve		
126	Shpërndarja e shpenzimeve qeveritare në shëndetësi sipas niveleve të kujdesit shëndetësor	Shpenzimet totale për pacientët e shtruar (buxhet dhe ISKSH) / shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi	Llogaritë Kombetare në shëndetësi	MSH /Drejtoria Financiare
127		Shpenzimet totale në kujdesin paresor / shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi		
128		Shpenzimet totale në shërbimin farmaceutik / shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi		
129		Shpenzimet totale në shëndet publik/ shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi		
130	Shpërndarja e shpenzimeve totale ndërmjet investimeve dhe kostove periodike	Shpenzimet totale për kostot recurrent / shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi	Llogaritë Kombetare në shëndetësi	MSH /Drejtoria Financiare
131		Shpenzimet totale të qeverisë për investime (lloji I investimeve, përfshi ato kapitale, CME, etc.)/ shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi		
132	Shpërndarja e shpenzimeve totale në shëndetësi sipas elementëve	Shpenzimet totale për paga/ shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi	Llogaritë Kombetare në shëndetësi	MSH /Drejtoria Financiare
133		Shpenzimet totale për barna dhe pajisje/ shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi		
134		Shpenzime të tjera të qeverisë/ shpenzimet totale të qeverisë në shëndetësi		
135	Kostot spitalore për shërbimet	Kostot totale të spitaleve rimbursuar nga ISKSH / numri total I daljeve nga spitali	ISKSH	ISKSH
136	Kosto mesatare për vizitë në kujdesin paresor	Kostot totale kujdesit paresor rimbursuar nga ISKSH / numrin total të vizitave të kujdesit paresor rimbursuar nga ISKSH	ISKSH	ISKSH
137	Kosto mesatare për recetë për personat e siguar	Kosto totale e barnave me recetë rimbursuar nga ISKSH / numri total I personave të siguar	ISKSH	ISKSH
	Pagesat informale të		INSTAT	M&E Core

Seti i indikatorëve

** Indikatorët në **BOLD** janë ata që mund të mblidhen menjëherë. Të tjerët do të kërkojnë burime të tjera të dhënash.

#	Indikatori	Definicioni	Burimi (et)	Institucioni(et) përgjigjës për raportim
	familjëve për shendet si % e shpenzimeve totale nga xhepi për shendet		Household survey	Working Group

Seksioni I. Hyrje dhe Abstrakt

1. Përmbledhje

- Përmbledhje e iniciativave kryesore (politikat, ligjet dhe programet e reja), sfidat dhe arritjet
- Përmbledhja e mesazheve kryesore
- Rekomandime

2. Hyrje

- Një vështrim mbi strategjinë aktuale të sistemit shëndetësor —lidhja me kapitujt përkatës të raportit
- Objektivat e sistemit shëndetësor
- Konkluzionet kryesore

Seksioni II. Impakti

3. Rezultatet

3.1 Diskutimi problemeve kryesore, politikat/iniciativat, sfidat dhe arritjet e lidhura me prioritetet:

1. Shëndeti i nënës dhe fëmijës: kujdesi perinatal [*lidhur me OZHM*], infeksionet respiratore akute tek fëmijët; sëmundja e diarresë tek fëmijët
2. Sëmundjet infektive: Tuberkulozi [*lidhur me OZHM*]; HIV/AIDS [*lidhur me OZHM*]
3. Sëmundjet kronike: sëmundjet kardiovaskulare; diabeti; neoplazmat
4. Problemet e shëndetit mendor

3.2 Diskutimi indikatorëve kryesorë: #1-44

Tabela/grafikë të indikatorëve kryesorë (sugjerohet jo më shumë se 2 tabela dhe 1-2 grafikë për çdo prioritet ku janë vërejtur ndryshime)

Shembuj tabelash/Grafikesh

Figura 1. Trendi Jetëgjatësisë

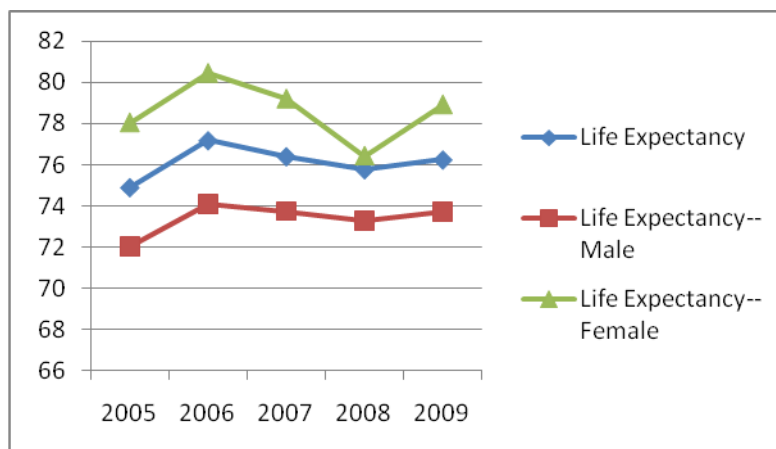


Figura 2. Trendi dhe kompozimimi I vdekshmerise foshnjore

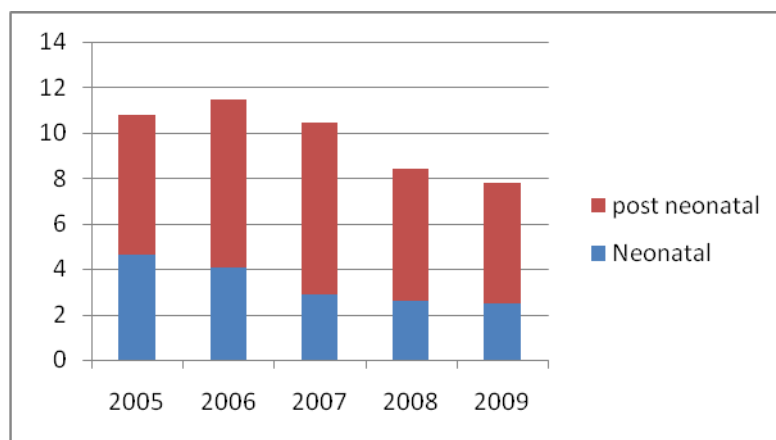
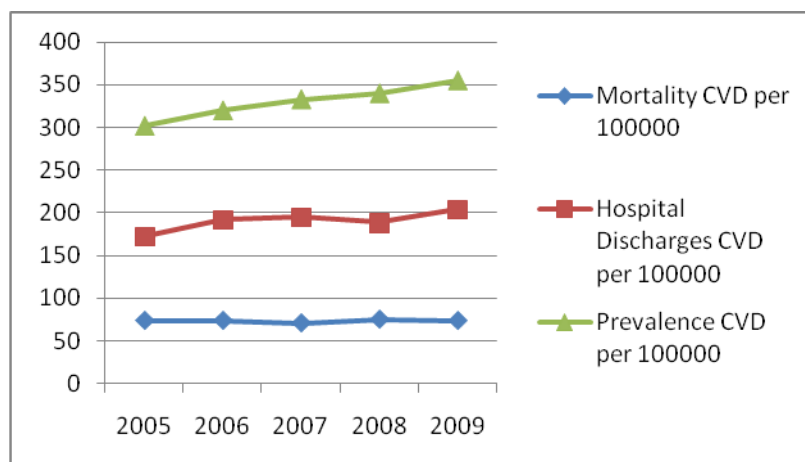


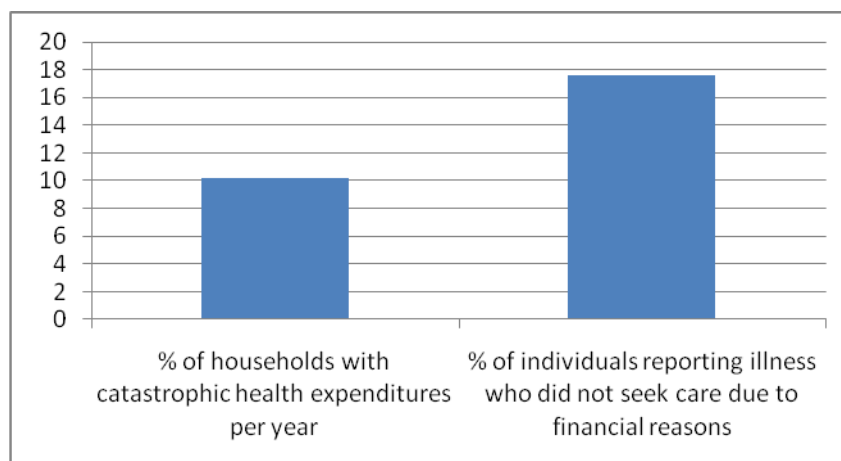
Figura 3. Sëmundjet kardiovaskulare



4. Mbrojtja Financiare

- 4.1 Diskutimi i problemeve kryesore, politikat/iniciativat, sfidat dhe arritjet e lidhura me mbrojtjen financiare**
- 4.2 Diskutimi i indikatorëve të mundshëm**

Figura 4. Mbrojtja Financiare: Barrierat financiare për të patur akses në kujdes dhe shpenzimet shëndetësore katastrofike



Përgjegjshmëria e Sistemit Shëndetësor

- 5.1 Diskutimi i sfidave që u ndeshën vitin e kaluar dhe si reagoi sistemi ndaj tyre**
- 5.2 Analiza Cilësore**
- 5.2 Diskutimi i indikatorëve kryesorë: #45-48**

KAPITULLI III. Rezultatet e Performancës së Sistemit Shëndetësor

6. Financimi në Kujdesin Shëndetësor

- 6.1 Diskutimi i problemeve kryesore, politikat/iniciativat, sfidat dhe arritjet e lidhura me financimin në kujdesin shëndetësor**
- 6.2 Diskutimi i indikatorëve kryesorë: #107-137**

Tabela/grafikë të indikatorëve kryesorë (sugjerohet një numër i kufizuar tabelash dhe grafikësh për çdo indikatorë ku janë vërejtur ndryshime)

- Niveli financimit të sektorit shëndetësor:
 - Buxheti qeverisë
 - Kontributet e sigurimeve shëndetësore
 - Pagesat nga xhepi
 - Të tjera
- Grumbullimi i fondeve
 - Burimet e financimeve shëndetësore: buxheti i qeverisë; kontributet e sigurimeve shëndetësore; pagesat nga xhepi; të tjera
 - Mbulesa e sigurimit
- Blerjet

Ndryshime në blerjet dhe pagesat e ofruesve si dhe ndryshime në:

 - Mënyrën e alokimit të burimeve (ndërmjet niveleve të kujdesit shëndetësor, përmes kategorive të shpenzimeve)
 - Kostot e shërbimeve
- Pagesat Informale

7. Burimet Njerëzore në Kujdesin Shëndetësor

- 7.1 Diskutimi i problemeve kryesore, politikat/iniciativat, sfidat dhe arritjet e lidhura burimet njerëzore në kujdesin shëndetësor**
- 7.2 Diskutimi i indikatorëve kryesorë: #99-106**
 - Madhësia e forcës së punës në kujdesin shëndetësor (numri punonjësve në kujdesin shëndetësor për popullsi)
 - Shpërndarja e forcës së punës në kujdesin shëndetësor
 - Kualifikimi forcës së punës në kujdesin shëndetësor (ri-trainimi, ri-certifikimi, edukimi në vazhdim)

- 8. Akses në Kujdesin Shëndetësor**
- 8.1 Diskutimi i problemeve kryesore, politikat/iniciativat, sfidat dhe arritjet e lidhura me aksesin në kujdesin shëndetësor**
- 8.2 Diskutimi I indikatorëve kryesore: #80-98**
- Rrjeti i shërbimeve
 - Akses në shërbimet personale të kujdesit shëndetësor
 - Akses në shërbimet shëndetësore publike
 - Akses në barna
- 9. Cilësia e Kujdesit Shëndetësor (manaxhimi klinik dhe I institucioneve)**
- 9.1 Diskutimi problemeve kryesore, politikat/iniciativat, sfidat dhe arritjet e lidhura me cilësinë në kujdesin shëndetësor**
- 9.2 Diskutimi indikatorëve kryesorë: #49-79**
- Manaxhimi klinik
 - Manaxhimi institucionit

KAPITULLI IV. Analiza më të thella

- 10. Studime të veçanta**
Përmbledhje e gjetjeve nga studimet kryesore të kryera gjatë vitit.
- 11. Tabelat**
Tabela të detajuara të të gjithë indikatorëve dhe shënime teknike.

Implementimi i Sistemit të Monitorim – Vlerësimit

Veprime të menjëhershme që lidhen me krijimin e strukturës dhe proceseve:

1. Kryerja e ndryshimeve institucionale të nevojshme për t'i dhënë sektorit të M&V autoritet, përgjegjësi dhe burime të nevojshme me qëllim implementimin e sistemit të M&V.
Implementimi i sistemit të M&V i përshkruar në këtë dokument do të jetë përgjegjësi e Sektorit të M&V në MSH. Me qëllim realizimin e funksionit, nga ana e këtij sektori është e nevojshme të realizohen tre ndryshime strukturore:
 - (i) Sektori i M&V në MSH duhet të ketë një shef sektori, i cili do të vendosë prioritetet dhe do të delegojë detyrën brenda këtij sektori dhe ndërvepron e bashkëpunon në nivel të barabartë me departamentet e tjera në MSH dhe me institucione të tjera të sistemit shëndetësor.
 - (ii) Sektori i M&V duhet të jetë në të njëjtin nivel me drejtoritë e tjera brenda Drejtorisë së Politikave dhe Planifikimit në MSH me qëllim që, të koordinojë të gjithë sistemin e M&V, të kryejë rolin e interpretuesit dhe përkthimit të informacionit dhe analizave në çështje apo probleme të vendim-marrjes aktuale dhe për të komunikuar këto analiza në departamentet e MSH me qëllim përdorimin e tyre në veprime politike.
 - (iii) Termat e Referencës së sektorit të M&V duhet të rishikohen me qëllim që t'i jepet mundësia dhe përgjegjësia këtij sektori të realizojë, kryejë detyrat apo funksionet e reja të sistemit të M&V (Kapitulli 2).^{33,34,32}
2. Përgatitja dhe nxjerrja e Urdhërit të Ministrit me qëllim testimin e sistemit të M&V për një vit dhe bërja e ndryshimeve të nevojshme që rrjedhin nga implementimi i këtij sistemi.

Seti i indikatorëve i hartuar nga Core Grup specifikon burimet e të dhënave dhe institucionet përgjegjëse për grumbullimin e raportimin e tyre. Mënyra aktuale e rrjedhjes së të dhënave dhe informacionit dhe marrëdhëniet ndërmjet institucioneve në këtë proces duhet të përcaktohen qartazi sa më shpejt të jetë e mundur përmes një testi të sistemit të M&V, test i cili do të manaxhohet nga sektori i M&V në MSH.
3. Nxjerrja e Urdhërit të Ministrit në lidhje me funksionimin permanent të Grupit të Referencës dhe Grupit të Punës (Core Grup), veprimtaria e të cilëve do të bazohet në Termat e Referencës të përgatitura në këtë dokument.

4. Grupi i Punës (Core Grup) do të jetë përgjegjës për testimin e sistemit të M&V dhe trainimin e institucioneve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor në lidhje me mbledhjen e të dhënave, raportimin dhe analizën e tyre. Grupi i Referencës do të jetë përgjegjës për të marrë vendime në lidhje me ndryshimet e sistemit të M&V dhe marrëdhëniet institucionale të nevojshme në implementimin e sistemit. Këto grupe duhet të krijohen si mekanizma të përhershëm sa më shpejtë të jetë mundur, me qëllim që të fillojnë implementimin e kësaj përgjegjësie të parë (sipas Termave të Referencës në kapitullin 2)
5. Memorandum mirëkuptimi e bashkëpunimi ndërinstitucional ndërmjet INSTAT dhe MSH. Me qëllim arritjen e bashkëpunimit për të siguruar të dhënat në formatin e duhur të nevojshëm për të mbështetur sistemin e M&V.
6. Fillimi i takimeve të rregullta (të paktën një here në muaj) të Grupit të Punës me qëllim vendosjen e proceseve, rrjedhjen e informacionit dhe trainimin e Drejtorive të Shëndetit Publik, Qëndrave Shëndetësore dhe Spitaleve.

Krijimi i infrastrukturës, proceset dhe kapacitetet në nivel rajonal për të gjeneruar dhe përdorur të dhënat e sistemit të M&V

7. Ngritja e Grupit të Punës të M&V në nivel rajonal për të kryer të njëjtin proces, i cili është ongoing në nivel kombëtar. Grupet e Punës të M&V në nivel rajonal duhet të drejtohen nga njësitë e M&V në Drejtoritë të Shëndetit Publik, me përfaqësues nga stafi tjetër i Drejtorisë së Shëndetit Publik, Zyra rajonale e ISKSH, Spitalet, Qëndrat Shëndetësore dhe aktorë të tjerë.
8. Hartimi dhe implementimi i një plan trainimi nga Grupi i Punës në nivel kombëtar për të trainuar grupin e punës së M&V në nivel rajonal në lidhje me sistemin e M&V, informacionin e kërkuar, raportimin dhe analizën e tyre.
9. Sektori i M&V dhe grupi i punës do të punojnë me departamentet në MSH, QKSCA dhe grupet e punës së M&V në nivel rajonal për trainuar qendrat shëndetësore dhe Spitalet për të raportuar të dhëna të sakta dhe në kohë në lidhje me sistemin e M&V.^{31,33,35}

Zgjerimi i Checklistave të Supervizimit Mbështetës me qëllim përfshirjen në atë të Auditit Klinik dhe studimit të institucionit

10. Drejtoria e Shëndetit Publik në MSH do të shtojë në checklistat e Supervizimit Mbështetës elementë që lidhen me indikatorët që mungojnë:
 - Nëse QSH ka dhe operon bazuar në një Plan Biznesi
 - Nëse QSH paguan ndonjë pjesë të rrogës së stafit bazuar në motivim apo stimulim
 - Nëse QSH ka në përdorim rregullore dhe procedura të brendshme manaxhimi
 - Numri i aktiviteteve të promovimit shëndetësor proaktiv iniciuar nga QSH në 12 muaj

11. MSH, QKSCA dhe ISKSH do të konsolidojnë të gjitha aktivitetet aktuale të lidhura me auditin klinik dhe do të hartojnë një set udhëzuesish, standardesh, të cilët do të përdoren për një proces të vetëm monitorimi të unifikuar dhe që do të shërbëjë për gjeneruar indikatorët për sistemin e M&V dhe që do të përdoren nga të gjitha institucionet për qëllimet e tyre në lidhje me monitorimin e cilësisë.

Udhëzuesit do të:

- Përzgjedhin kriteret e vlerësimit për udhëzuesit klinikë kryesorë: psh MISF, diabeti, dhe semundjet kardiovaskulare.
- Të vendosë kriteret për përzgjedhjen e kartelave për çdo set kriteresh
- Të sigurojë një formë të mbledhjes së të dhënave nga kontrolli i kartelave
- Të hartojë planin e mbledhjes së të dhënave

Vendosja e një procesi për vlerësimin tremujor të Indikatorëve të Procesit (Milestones)

12. Sektori i M&V do të përgatisë formatin për raportimin tremujor të Milestones dhe do ta shpërndajë në departamentet e MSH dhe në institucionet e tjera kombëtare në 1 Mars 2010
13. Institucionet në Sistemin Shëndetësor do të përgatisin raportin e parë tremujor në lidhje me Milestones deri me 31 Mars 2010
14. Grupi i Punës së M&V dhe sektori i M&V do të vlerësojë dhe analizojë raportet tremujore të përgatitura nga çdo institucion dhe bazuar në to do të përgatisë një raport të sintetizuar rreth çështjeve më kryesore deri më 15 Prill 2010
15. Vlerësimi i tremujorit të parë në lidhje me Milestones do të bëhet në fund të prill 2010
16. Ky proces përsëritet çdo tre muaj

Përgatitja e bazës për Raportin Vjetor

17. Duke filluar nga marsi, Shefi i Sektorit të M&V do të fillojë mbajtjen dhe organizimin rregullisht (çdo dy muaj) të takimeve të Grupit të Punës me qëllim dakordësimin në lidhje me përgjegjësitë e përgatitjes së kapitujve të raportit Vjetor.
18. Specialisti për Research në sektorin e M&V do të përgatisë një format për komunikimin me institucionet e tjera kombëtare në lidhje me shkëmbimin e të dhënave të cilat do të përdoren për të prodhuar dhe analizuar indikatorët.
- Do të përgatitet një spreadsheet (tabelë) shpjeguese, e cila do të plotësohet nga çdo institucion me indikatorët për të cilët ai është përgjegjës për raportim.
 - Për raportin e parë (baseline), si vlera të indikatorëve do të mblidhen ato të 3-5 viteve të mëparshme, nëse është e mundur, me qëllim krijimin apo vendosjen e një trendi.
 - Spreadsheet do të shpërndahet deri me 15 mars dhe duhet të plotësohet dhe dërgohet pranë sektorit të M&V deri me 15 Prill.
19. Specialisti i kërkimit në sektorin e M&V do të krijojë një databazë dhe grumbullojë të dhënat për indikatorët dhe ndërveprojë me institucionet për të sqaruar problemet apo shenimet teknike të draftuara për indikatorët.

20. Specialisti analist i sektorit të M&V do të përgatisë një analizë fillestare të indikatorëve dhe një përmbledhje të problemeve që kërkojnë diskutim apo interpretim të mëtejshëm.
21. Grupi i punës së M&V do të bëjë analizën e indikatorëve, do të përfundojë analizat shtesë kur ato nevojiten dhe do të fillojë draftimin e kapitujve të raportit në Maj.
22. Drafti i parë i raportit vjetor të performancës së Sistemit Shëndetësor duhet të përfundohet më 31 korrik, 2010.
23. Vlerësimi (rishikimi) i parë vjetor i sektorit duhet të bëhet në fund të shtatorit 2010.

Table 3. Afatet kohore për implementimin e sistemit të M&V

Aktiviteti	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan
Ngritja e strukturave dhe proceset												
Berja e ndryshimeve institucionale që janë të nevojshme për ti dhënë sektorit të M&V autoritetin, përgjegjësitë dhe burimet e nevojshme për implementimin e sistemit të M&V.	Many other steps in the implementation plan will be difficult or impossible until this step is accomplished.											
Urdheri I Ministrit për të testuar sistemin e M&V për një vit												
Urdheri I Ministrit për funksionimin përmanënt të Grupit të References dhe Grupit të Punës												
Takimet Mjore të grupit të punës												
Takimet dy-here në muaj të Core Grupit (gjatë periudhes se përgatitjes se raportit vjetor)												
Ngritja e strukturave , proceseve dhe kapacitetëve në nivel rajonal për të gjenëruar dhe përdorur të dhënat e sistemit të M&V												
Ngritja e Grupeve të Punës se M&V në nivel rajonal												
Grupi I Punës do të hartojë dhe miratojë planin e trainimit për grupet e Punës se M&V në nivel rajonal												
Grupi I Punës ofron trainime dhe support për grupet e punës se M&V në rajonë, njësitë e M&V, dhe ofruesit e shërbimit, kjo sipas nevojave												
Zgjerimi i checklistave të Supërvizimit Mbështetës me qëllim përfshirjen e Auditit klinik dhe Survey në institucionet shëndetësore												
Drejtoria E Shendetit Publikdo të shtojë elementë në checklistat e supërvizimit mbështetës për indikatorët që mungojnë.												
MSH, QKSCA, dhe ISKSH do të konsolidojnë të gjitha aktivitetët aktuale të lidhura me auditin klinik dhe do të përgatisin një set udhezuesish standartë.												
Indikatorët e procesit (Milestonës) dhe rishikimi												
Sektori I M&V do të përgatise një format për raportimin tremujor të Indikatorëve të Procesit (Milestonës)dhe do ta shpërndajnë në departamentët e MSH dhe në Institucionet e tjera Kombetare , deri në 1 Mars, 2010.												
Të gjitha Institucionet dhe departamentët në MSH do të përgatisin raportin e pare tremujor në lidhje me Milestonë, deri me 31 mars 2010. 2010.												
Grupi I Punës (Core Grup) do të vleresojë raportet												

Aktiviteti	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan
monitoriese tremujore dhe do të përgatise një përmbledhje të problemeve kryesore deri 15 Prill 2010.												
Vlerësimi I pare tremujor I Milestonës do të behet në fund të prillit 2010.												
Institucionet Shëndetësore kombetare do të përgatisin raportin e tremujorit të dytë të Milestonës deri me 30 qershor 2010.												
Grupi I Punës (Core Grup) do të vleresoje raportet monitoriese tremujore dhe do të përgatise një përmbledhje të problemeve kryesore deri 15 Korrik 2010												
Vlerësimi I tremujorit të dytë në lidhje me Milestonës do të behet në fund Korrikut 2010												
Institucionet Shëndetësore kombetare do të përgatisin raportin e tremujorit të tretë të Milestonës deri me 30 Shtator 2010.												
Grupi I Punës (Core Grup) do të vleresoje raportet monitoriese tremujore dhe do të përgatise një përmbledhje të problemeve kryesore deri 15 tetor, 2010												
Vlerësimi I tremujorit të tretë në lidhje me Milestonës do të behet në fund Tetorit 2010												
Institucionet Shëndetësore kombetare do të përgatisin raportin e tremujorit të katër të Milestonës deri me 31 Dhjetor 2010.												
Grupi I Punës (Core Grup) do të vleresoje raportet monitoriese tremujore dhe do të përgatise një përmbledhje të problemeve kryesore deri 15 janar 2011												
Vlerësimi I tremujorit të tretë në lidhje me Milestonës do të behet në fund të Januar 2011												
Zgjerimi Checklistave të Supërvizi mit Mbështetës me qëllim përfshirjen në to të Survey të Institucionëve shëndetësore dhe Auditit Klinik												
Drejtoria E Shendetit Publik do të shtojë elementë në cheklistat e supërvizimit mbështetës për indikatorët që mungojnë												
Drejtoria e Shendetit Publik dhe QKSCA do të hartojnë dhe implementojnë procesin e vlerësimit në qarqë (me mbështetjen e Sektorit të M&V) dhe trainimin e njësive të												

Aktiviteti	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan
M&V në Drejtoritë e Shendetit Publik në qarqe.												
Përgatitja e Raportit Vjëtor Vleresues të Performancës Sistemit Shëndetësor												
Specialisti i Research në sektorin e M&V do të përgatise një format I cili do të shërbëjë për komunikimin me të gjithë institucionet kombetare dhe departamentët në MSH me qëllim shkëmbimin e të dhënave të nevojshme për prodhimin dhe analizimin e indikatorëve.												
Departamentët në MSH dhe Institucionë Kombetare do të dergojnë indikatorët për 2009 (dhe 3-5 vitët me pare) pranë sektorit të M&V deri në prill 2009												
Specialisti i Research në sektorin e M&V do të krijojë një database dhe grumbullojë të dhënat, sqarojë problemet dhe dreftojë shenimet teknike.												
Specialisti Analist në sektorin e M&V do të përgatise një analizë fillestare të indikatorëve dhe një përmbledhje të ceshtjëve që kërkojnë diskutim dhe interpretim të mëtejshëm.												
Grupi I Punës (Core Grup) do të diskutojë analizën e indikatorëve dhe do të përfundojë analizat shtese të nevojshme.												
Grupi I punës drafton raportin Vjëtor.												
Draftimi I Raportit Vjëtor të vleresuar nga Grupi I References dhe përfshirja e komentëve në draftin final nga Grupi I Punës.												
Vlerësimi I pare vjëtor I sistemit Shëndetësor.												

Trainimet e nevojshme me qëllim implementimin e sistemit të M&V në sistemin shëndetësor

Të dhënat që kërkohen në lidhje me indikatorët e performancës së sistemit shëndetësor dalin apo mblidhen nga institucione të ndryshme brenda sistemit. Megjithatë këto institucione nuk do të raportojnë indikatorë apo tregues të rinj, Grupi i Punës së M&V do të ofrojë trainim intensiv me qëllim krijimin apo forcimin e rrjedhjes së informacionit, cilësisë së të dhënave në të gjitha nivelet e sistemit.

Grupi i Punës do të prezantojë implementimin e sistemit të M&V në një workshop ku do të marrin pjesë të gjithë institucionet, të cilët do të punojnë dhe raportojnë të dhëna brenda këtij sistemi. Workshopi do të shfrytëzohet gjithashtu për të diskutuar rrjedhjen e informacionit me qëllim që të evitohet dublikimi i raportimit të të dhënave dhe indikatorët. Workshopi do të shërbejë gjithashtu si një mundësi për të informuar institucionet në lidhje me mënyrat e reja të përdorimit të informacionit ekzistues, të dhënat e reja që planifikohen të mblidhen në të ardhmen si dhe për procesin gjithëpërfshirës të analizimit dhe interpretimit të tyre.

Trainim i veçantë do të jetë i fokusuar në përmirësimin e cilësisë së të dhënave lidhur me indikatorë kryesorë të cilët raportohen nga ofruesit e shërbimit. Indikatorët e prodhuar nga ofruesit e shërbimit janë indikatorë që vijnë nga raportimi rutinë ekzistues dhe janë numër i vogël indikatorësh të rinj që kërkohen të raportohen nga qendrat shëndetësore dhe spitalet. Megjithatë, në shumë raste, të dhënat rutine të raportuara nga ofruesit e shërbimit mbetën jo të plota dhe jo të besueshme. Trainimi për implementimin e sistemit të M&V duhet fillimisht të fokusohet në trainimin dhe mbështetjen e ofruesëve të shërbimit për të raportuar informacion të besueshëm dhe të dobishëm, i cili do përdoret në llogaritjen e indikatorëve të lidhur me sistemin e M&V.

Spektori i M&V në MSH dhe Grupi i Punës, do të përgatisin një plan trainimi dizajnuar posaçërisht për të forcuar kapacitetet e Grupeve të Punës M&V në qarqe (shiko më lart), të cilët në fund do të jenë përgjigjës për trainimin e ofruesëve dhe realizimin e kontrolleve të cilësisë së të dhënave që raportohen në nivel rajonal.

ISKSH, gjithashtu do të krijojë iniciativë më të forta financiare me qëllim përmirësimin e cilësisë së të dhënave. ISKSH do të shtojë gradualisht raportimin e këtyre të dhënave duke e vendosur si kusht në kontratën që do të realizojnë me spitalet. Me kalimin e kohës, ISKSH mund të fillojë të lidhë pagesën me performancën e spitaleve dhe qendrave shëndetësore duke patur në konsideratë numrin në rritje të indikatorëve të sistemit të M&V.

Nevojat për trainim në spitale

Spitalet janë përgjigjëse për raportimin e 37 indikatorëve në sistemin e M&V (#22-30, 42, 43, 57-70, 74-80, 99-104). Disa prej indikatorëve janë bazuar në informacionin rutinë që tashmë raportohet nga spitalet në MSH dhe në ISKSH. Indikatorët e tjerë vijnë nga seti indikatorëve të performancës spitalore, set i cili u hartua nga MSH dhe QKSCA. Një pjesë e këtyre indikatorëve spitalorë janë përfshirë në sistemin e M&V (Indikatorët #56-66). QKSCA ka ofruar për spitalet trainime të rëndësishme, në lidhje me mënyrën e mbledhjes dhe raportimit të të dhënave.

Në MSH ekziston Urdhëri i Ministrit, i cili detyron spitalet të raportojnë për këta tregues. Megjithatë, në MSH kanë raportuar pak spitale dhe mbetet ende problem cilësia e të dhënave.

QKSCA do të bashkëpunojë me Sektorin e M&V në MSH dhe me njësitë e M&V në qarqe për të ofruar për çdo spital training në lidhje me mënyrën e duhur të mbledhjes dhe raportimit të indikatorëve të sistemit të M&V.

Tabela 4. Indikatorët e Raportuar nga Spitalet

#	Indikatorë
22	Numri i daljeve nga spitali për pneumonia, influenza, bronkiti dhe astma ndërmjet fëmijëve nën 5 vjec për 100,000 fëmijë nën 5
23	Numri i daljeve nga spitali nga sëmundjet diarreike ndërmjet fëmijëve nën 5 vjec për 100,000 fëmijë nën 5
24	Numri i daljeve nga spitali nga TB për 100,000 banorë
25	Numri i daljeve nga spitali nga sëmundjet kardiovaskulare (ischemic heart disease and cerebrovascular disease) për 100,000 population
26	Numri i daljeve nga spitali nga sëmundjet kardiovaskulare ndërmjet të rriturve 18-65 (semundja ishemike e zemres dhe semundja cerebrovascular) për 100,000 të rritur 18-65
27	Numri i daljeve nga spitali për komplikacione nga diabeti për 100,000 population
28	Numri i daljeve nga spitali me neoplazma te stomakut dhe kolorektale; gjirit; mushkerive; Cervikal; Prostate për 100,000 population:
29	Numri i personave me neoplazma të moshës 18-65 për 100 000 të dale nga spitali me neoplazma te stomakut dhe kolorektale; gjirit; mushkerive; cervikal; prostate
30	% e individeve të diagnostikuar psikik që kanë dale nga spitali dhe janë rishtruar
42	Numri rasteve të reja të diagnostikuar me neoplazma te stomakut dhe kolorektale; gjirit; mushkerive; Cervikal; Prostate për 100,000 population
43	Numri rasteve të reja të diagnostikuar me neoplazma te stomakut dhe kolorektale; gjirit; mushkerive; Cervikal; Prostate, ndërmjet të rriturve 18-65 për 100,000 të rritur 18-65:
57	% e operacionëve me prerje- Cesariane
58	Vdekshmeria amtare në spitale
59	Vdekshmeria perinatale në spitale
60	Vdekshmeria në 24-oret e para në pranimet të infarktit të miokardit akutë
61	Vdekshmeria nga diabetik Ketoacidoza
62	% e rishtrimeve në spital Brenda 72 orësh që nga dalja
63	Vdekshmeria në urgjence
64	% e infeksionëve të plagës pas operacionëve
65	% e appendectomy
66	% e cholecystctomy
67	Vdekshmeria në spitale
68	Përdori mi I Bisnës Planit nga Institucini shëndetësor
69	% mesatare e shpenzimeve të institucionëve shëndetësore për pagat, shërbimet, medikamentët
70	% e pagesave të stafit bazuar në performancë
74	Numri i ditëve të Inpatient /numrin e stafit mjekësor
75	Numri i infermiereve/krevat
76	Ditëqëndrimi mesatar në spital
77	Shfrytëzimi i shtratit
78	Xhiro e shtratit
79	Koha mesatare e qëndrimit para – operacionit në spital
80	% e shtrimit në spital të popullsisë
99	Numri total i personelit mjekësor për 10,000 population
100	Numri total i mjekeve për 10,000 population
101	Numri i infermiereve/mamijeve për 10,000 population
102	Numri i personelit tjetër mjekësor për 10,000 population

#	Indikatorë
103	Shpërndarja në % e personelit mjekësor sipas--profession/specialization (duke përfshirë shendetin publik), qarqet, dhe vendin e punës
104	Numri i infermiereve për mjek

Nevojat për trainim në QSH

Qendrat Shëndetësore janë përgjegjëse për raportimin e 27 indikatorëve të sistemit të M&V (#49-56, 68-73, 81-85, 87, 92, 93, 99-104). Shumë nga këta indikatorë bazohen në informacionin rutinë që këto qendra dërgojnë në MSH dhe ISKSH. Mbledhja e të dhënave të reja është propozuar të realizohet nga zgjerimi i cheklistave të Supervizimit mbështetës ku nje pjesë e tyre të jetë auditi klinik. Për implementimin e Auditit Klinik është i nevojshëm një trainim i cili duhet të mbështetet dhe ofrohet nga DSHP, MSH, QKSCA dhe sektori i M&V në MSH.

Tabela5. Indikatorët e raportuar nga QSH

#	Indikatorë
49	% e kartelave të kontrolluara që tregojnë matjen e tensionit arterial
50	% e pacientëve të diagnostikuar me hipertension të cileve tensioni arterial u mbahet në kontroll
51	Përputhja me udhezuesit klinike
52	Manaxhimi i duhur i sëmundjeve kardiovaskulare
53	% e pacientëve të diagnostikuar me diabet me glycemi në kontroll
54	% visitave në kujdesin paresor të cilat referohen tek specialist
55	% visitave në kujdesin paresor të cilat referohen në spital për tu shtruar
56	% visitave në kujdesin paresor të cilat referohen ose tek një specialist ose për shtrim në spital
68	Përdorimi i Bisnës Planit nga Institucionet shëndetësore
69	% mesatare e shpenzimeve të institucionëve shëndetësore për pagat, shërbimet, medikamentët
70	% e pagesave të stafit bazuar në performancë
71	Produktiviteti i stafit të institucionëve shëndetësore
81	Përdorim i procedurave të manaxhimit të brendshëm Use of internal management procedures
73	Numri i testëve laboratorike për vizitë në KSHP
81	Shfrytëzimi i kujdesit paresor
82	% e shërbimeve të pakëtës që ofrohen në KSHP
83	Numri i shërbimeve të cilat janë të lidhur me promocion dhe parandalim
84	% e vizitave të kujdesit paresor për shërbimet parandaluese
85	% e grave shtatëzëna që marrin kujdes prenatal në trimestrin e parë [OZHM]
87	Mbulimi me shërbim të planifikimit familjar
92	% e fëmijëve 0 – 14 të cilët vaksinohen sipas kalendarit të vaksinave
93	% e fëmijëve që arrijnë vitin e dytë të lindjes dhe që janë vaksinuar plotësisht për fruthin (1 dose)
99	Numri total i personelit mjekësor për 10,000 population
100	Numri total i mjekeve për 10,000 population
101	Numri i infermiereve/mamijëve për 10,000 population
102	Numri i personelit tjetër mjekësor për 10,000 population
103	Shpërndarja në % e personelit mjekësor sipas--profession/specialization (duke përfshirë shendetin publik), qarqet, dhe vendin e punës

#	Indikatorë
104	Numri i infermiereve për mjek

Nevoja të tjera trainimi

Përfundimisht, Sektori i M&V në MSH është përgjegjës për një sërë funksionesh analitike pjese përbërëse të implementimit të sistemit të M&V, kjo gjithashtu me mbështetjen e Grupit të Punës. Duke marrë parasysh këtë fakt Sektori i M&V kërkon programe dhe aftësi me qëllim realizimin e analizave statistikore. Program Statistikor SPSS është porositur për Sektorin e M&V në MSH dhe ISHP, dhe katër anëtarë të Grupit të Punës kanë kryer trainimin “Hyrje në softuerin SPSS”.

Me qëllim realizimin dhe prodhimin e analizave më të sofistikuar që do mbështesin procesin e politikëbërjes është i nevojshëm trainimi mëtejshëm në SPSS i Sektorit të M&V dhe anëtarëve të Grupit të Punës. Investimi për të vazhduar ndërtimin dhe ngritjen e kapaciteteve për sektorin e M&V dhe Grupin e Punës është i rëndësishëm nëse dëshirojmë suksesin e sistemit të M&V.

Tabela 6. Plani i trainimve të M&V

Aktiviteti	Institucionet përgjegjëse	Afati kohor
Workshop prezantues me të gjithë institucionet që do të kerkohen të dhëna në lidhje me sistemin e M&V	Grupi Punes se M&V, do të prezantojë sistemin e M&V dhe do të diskutojë mënyrën e rrjedhjes së informacionit me qëllim që të sigurohet që nuk ka dublikim në raportimin e të dhënave dhe indikatorëve.	½ ditë në Mars (me shumë se 1 workshop mund të jetë i nevojshëm)
Trainimi i grupeve të Punës se M&V në Qarqë të cilët do të imlementojnë sistemin e M&V (“training of trainers”)	Grupi Punes se M&V, do të hartojë dhe implementojë një plan trainimi intensiv për Grupet e Punës se M&E në qarqë , trainimi i ofruesve të kujdesit shëndetësor për të grumbulluar e raportuar të dhëna të nevojshme për sistemin e M&V	Workshops në Tiranë dhe Qarqë ndërmjet Prill dhe Korrik
Trainimi i spitaleve dhe Qëndrave shëndetëore	Njësitë e M&V do të ofrojnë trainim dhe mbështetjës intënsive për QSH dhe Spitalet të cilët do të prodhojnë dhe raportojnë të dhënat e nevojshme për sistemin e M&V	Workshope dhe trainime Maj dhe Tëtor
Suport dhe mbështetjës e vazhdueshme	Grupi i Punës ofron trainim dhe mbështetjës për grupet e punës se M&V në qarqë, dhe për ofruesit e shërbimit kjo në varesi të nevojave	Prill – në vazhdim
Trainim për Sektorin e M&V dhe Grupin e Punës në programin SPSS dhe analiza statistikore	Në vazhdim	

Burimet e nevojshme

Për implementim efektiv të sistemit të M&V prezantuar në këtë dokument ne duhet të jemi të vendosur në lidhje me tre ceshtje kryesore:

- (1) Trainim dhe mbështetje teknike, veçanërisht në nivel rajonal;
- (2) Fuqizimi i mbledhjes aktuale të të dhënave;
- (3) Një minimum i ri të dhënash

Qëllimi i ngritjes së sistemit të M&V është prodhimi të dhënave të sakta nga të gjithë komponentët e sistemit shëndetësor. Përpyekjet e para për të përmirësuar raportimin e të dhënave nga qendrat shëndetësore dhe spitalet shpesh kanë dështuar, sepse nuk ka patur investime direkte të mjaftueshme, mbështetje në vazhdim dhe kontroll në lidhje me cilësinë e të dhënave. Investime të rëndësishme do të nevojiten për të siguruar mbështetje direkte në rajone, dhe kjo do të kërkohej për të kapërcyer vështirësitë e mundshme.

Për këtë qëllim këto aktivitete është e nevojshme që për këto aktivitete të alokohet një buxhet i cili duhet të përfshijë fonde për:

1. Transportin. Vizita të vazhdueshme të Grupit të Punës për të trainuar dhe mbështetur Grupet e Punës së M&V në Rajone dhe stafin e Njërive të M&V në rajone, të cilët do të vizitojnë QSH dhe Spitalet.
2. Përgatitja e materialeve trainuese, printimi dhe fotokopjim i tyre.
3. Hartimi dhe instalimi i databazës të indikatorëve në njësitë e M&V në rajone, të cilat do të integrohen në sistemin kombëtar të informacionit dhe data warehouse.
4. Investimi për trainimin në vazhdim në lidhje me analizat statistikore të Sektorit të M&V dhe Grupit të Punës.

Një përmbledhje e pikave të dobëta të identifikuar janë të përfshira si shtojcë (Shtojca 1). Në përgjithësi, pjesëmarrësit në seminar vlerësuan se ndërsa ISHP ka një plan M&V, zotëron një dokumentacion jo të plotë të sistemit të M&V, si edhe mungesë të kuptuari nga ana e SRS për rolet dhe përgjegjësitë e tyre. Për më tepër, sistemi M&V nuk ka qenë në gjendje të gjenerojë ndonjë databazë për një komponent të grantit së saj, domethënë punëtoreve komerciale të seksit. Në mënyrë të ngjashme, nuk ka angazhim të madh mes personelit për zbatim të aktiviteteve të tilla, por ata kanë nevojë për udhëzime të forta teknike për të ngritur sistemin.

Dobësitë më të rëndësishme përfshijnë:

- ISHP nuk ka një sistem M&V të krijuar në mënyrë të mjaftueshme dhe të dokumentuar. Sistemi M&V për HIV/AIDS duhet të jetë i dokumentuar dhe të ketë të zhvilluar sistemet e mbledhjes së të dhënave dhe të raportimit. Ndërsa ka një plan M&V, duhet të zhvillohen udhëzimet e hollësishme për SRS. Kjo do të përfshinte dhënien e mendimit në performancë dhe raportim për SRS. Kapaciteti për M&V në ISHP ka nevojë të zgjerohet.
- Nuk ka të dhëna bazë për punëtorët komerciale të seksit, një popullsi të synuar të grantit.
- Mungon matja e cilësisë së shërbimeve të ofruara;
- Ka një kapacitet të kufizuar në mesin e SRS për të mbledhur dhe raportuar informacion të performancës. SRS kanë nevojë për trainim, si edhe më shumë staf për M&V.
- Ekziston nevoja për të zhvilluar mekanizma për të siguruar cilësinë e të dhënave - tërësisë, korrektësisë (e numërimit të dyfishtë, të dhënat që mungojnë), afatet kohore - dhe për të siguruar që të dhënat mund të verifikohen;

Në përgjigje të listës së plotë të dobësive të identifikuar, janë pajtuar një numër veprimesh. Për këto veprime janë dhënë periudha kohore, përgjegjësitë dhe një buxhet. Rekomandohet që ISHP rishikojë planin e M&V çdo dy vjet për t'u siguruar se është bërë përparim për të rritur aftësinë drejt progresit të monitorimit.

ASSESSMENT OF HEALTH FACILITY-BASED REPORTING SYSTEM

Distribution of Answer Categories

(Note: The number of Responses is located in each colored bar)

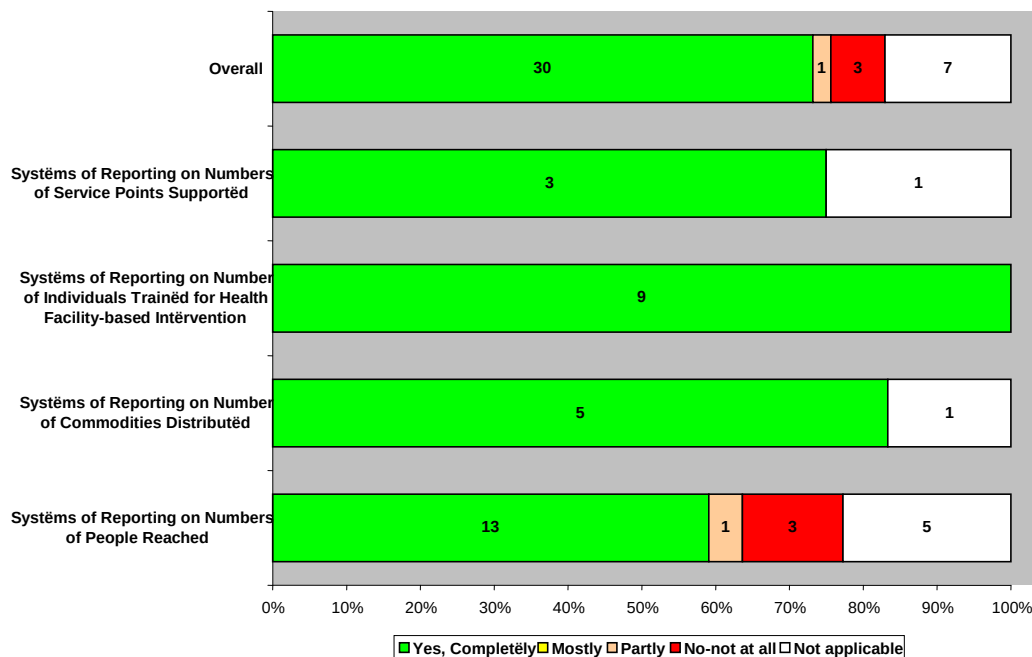


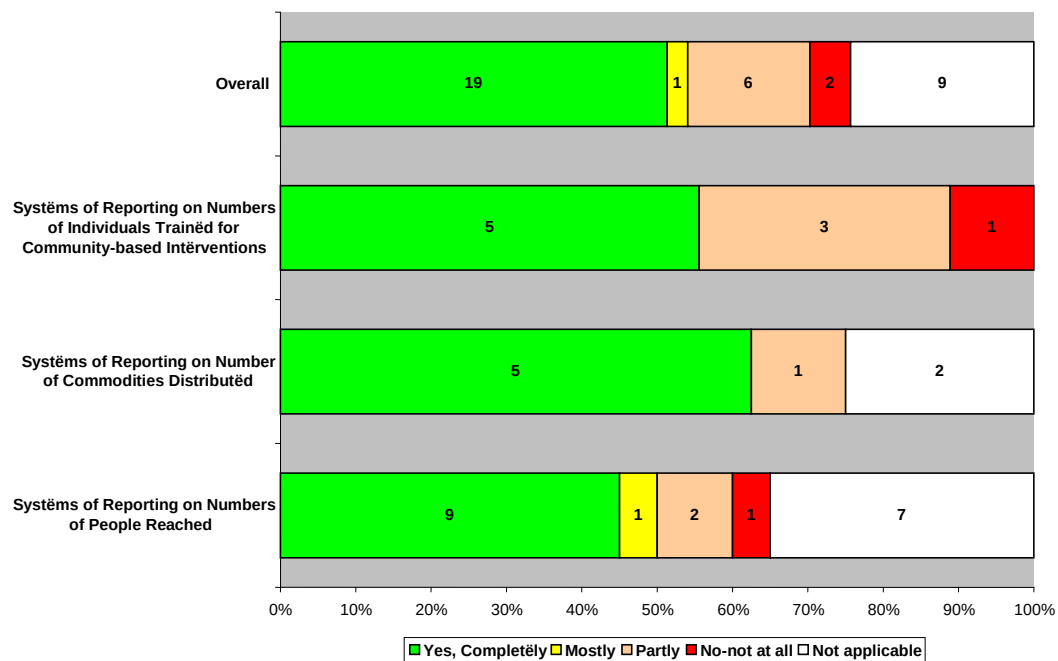
Tabela e mësipërme tregon se shumica e faciliteteve shëndetësore të arritura me bazë sistemet e raportimit për numrin e njerëzve janë në vend, edhe pse jo të plota ose të pazbatueshme në më pak se 40% e SR-s. E njëjta gjë vlen edhe për treguesit e tjerë, që do të thotë se në shumicën e rasteve në vend ka sisteme të raportimit si për numrin e mallrave të shpërndara, numrin e individëve të trainuar, numri i pikave të shërbimit të mbështetura, por ka fragmentim, që do të thotë se ka raste që nuk është i zbatueshëm ose jo ekzistues, e cila çon në mungesën e sistemit të standardizuar të raportimit.

E njëjta gjë si më sipër vlen edhe për sistemet e raportimit bazë komunitare, siç tregohet në tabelën e mëposhtme (tabela 2)

ASSESSMENT OF COMMUNITY-BASED REPORTING SYSTEM

Distribution of Answer Categories

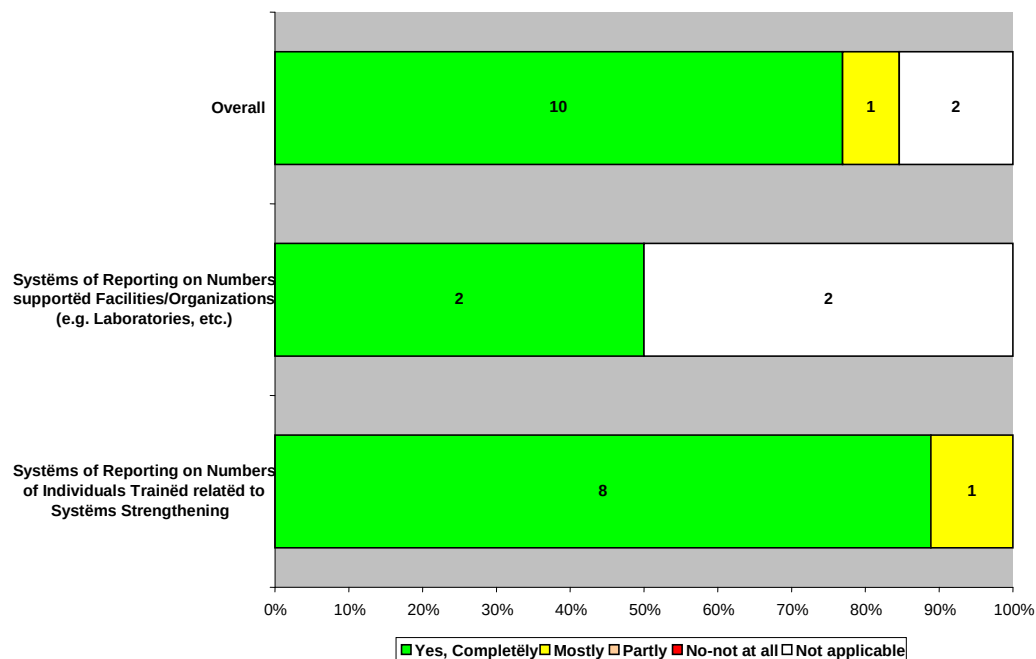
(*Notē: The number of Responses is located in each colored bar*)



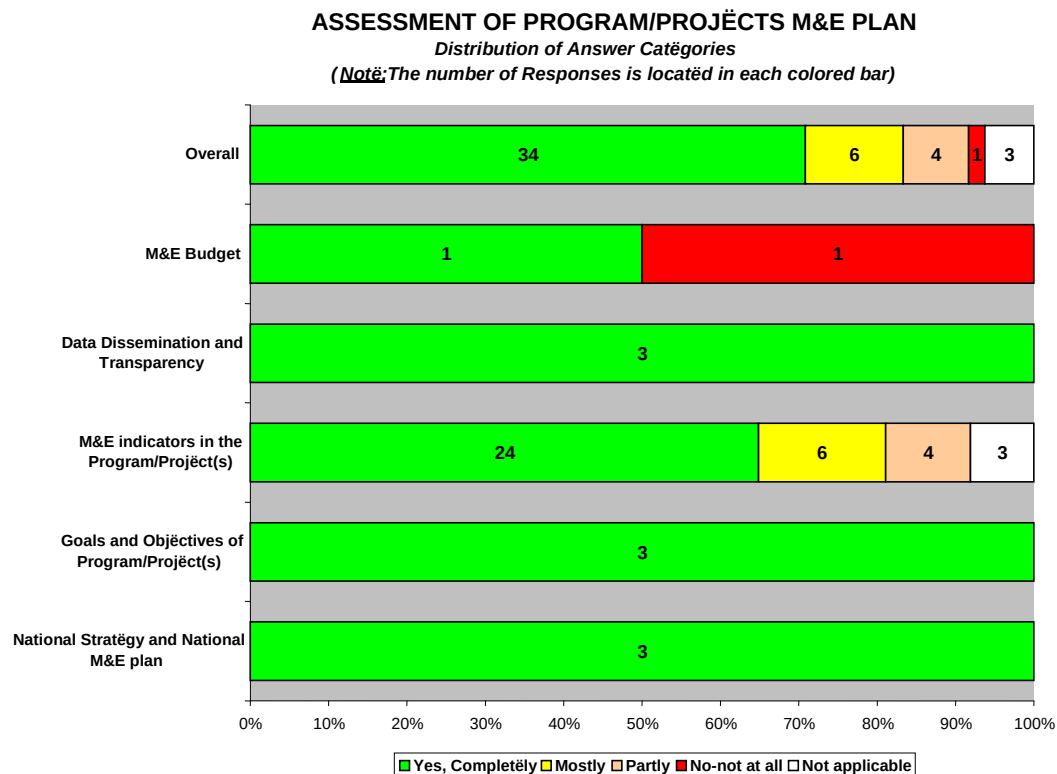
ASSESSMENT OF SYSTEM STRENGTHENING REPORTING SYSTEM

Distribution of Answer Categories

(*Notë: The number of Responses is located in each colored bar*)



Më shumë frymëzuese është pikepamja në lidhje me forcimin e sistemit të raportimit me një të përgjithshme më shumë se dy të tretat, që raporton se sistemet janë në vend dhe funksionojnë.



Ka mundësi të mira për të ngritur një plan kombëtar M&V, që mund të jetë funksional dhe në gjendje për të ndihmuar në marrjen e vendimeve, referuar tabelës së mësipërme, duke qene se ekziston Strategjia Kombëtare dhe Plani për M&V, ka objektiva dhe tregues të vendosur, megjithate treguesit duhet të përcaktohen në të gjitha programet. Problemi i vetëm mund të jetë mbështetja financiare për programet e M&V dhe qëndrueshmëria gjithashtu, pas dhënies se Fondit Global.

Dobësitë kryesore të identifikuara nga autorët përfshijnë:

- ISHP nuk ka një sistem të krijuar mjaftueshem dhe të dokumentuar per sistemin e M&V. Sistemi M&V për HIV/AIDS duhet të jetë i dokumentuar dhe të zhvilloje mbledhjen e të dhënave dhe sistemet e raportimit. Ndërsa ka një plan te M&V, duhet te zhvillohen udhëzimet e hollësishme për SRS. Kjo do të përfshinte dhënien e mendimit për SRS në performancën dhe raportimin. Kapaciteti për M&V në ISHP ka nevojë të zgjerohet.
- Nuk ka të dhëna bazë për punëtoret komerciale të seksit, si një popullsi target e grantit.
- Mungon matja e cilësisë së shërbimeve të ofruara;
- Ka kapacitet të kufizuar mes SRS për të mbledhur dhe raportuar informacion të performancës. SRS kanë nevojë për trainim si dhe më shumë staf për M&V.
- Ekziston nevoja për të zhvilluar mekanizma për të siguruar cilësinë e të dhënave - tërësisë, korrektësisë (e numërimit të dyfishtë , të dhënat që mungojnë), afatet kohore - dhe për të siguruar verifikimin e te dhënave.

Plan Aksion per te forcuar Programin e Monitorimit dhe Vleresimit te Programit Kombetar HIV/AIDS

Përmbledhje e aksioneve të kërkuara për forcimin e qasjes së monitorim-vleresimit

1	Finalizim I hartezimit te CSW, zhvillimi I studimit per te marre te dhenat
2	Zhvillimi studimit per te vleresuar kualitetin e sherbimeve te ofruara
3	Vendosja e te dhenave ne website rregullisht
4	Vleresimi nevojave te M&VM dhe adresimi tyre (e.g zhvillimi I mjeteve per mbledhjen e te dhenave, ofrimit te trainimeve).
5	Vendosja dhe dokumentimi I procedurave per te ofruar feedback te shkruar per SRs ne raportimin e performances
6	Ofrimi trainimeve per SRs me forma te kompletuara, raporte te shkruara.
7	Vendosja e sitemeve per kontrollin e cilesise se te dhenave
8	Zhvillimi I metodologjise se shkruar per te adresuar ceshtjen e te dhenave qe mungoojne
9	SRs per te dizajnuar stafin e M&V
10	Azhornimi guides drejtuese mbi kualitetin e trainimit
11	Permiresimi informacionit dhe shperndarja e te dhenave mes SRs per te shmangur numerimin e perseritur
12	Zhvillimi I formave te standardizuara per mbledhjen e te dhenave dhe azhornimi I guides drejtuese per te perfshire procedurat per back up dhe verifikim te te dhenave

	Description of the Strengthening Measure	Responsibility	Date required	Funding
1	Finalize mapping of CSWs, conduct survey to get baseline data			
1.1	Finalize report on mapping of female CSWs	PIU/Health 2000		
1.2	Conduct Biological-Behavioural Surveillance Study among FSW in Tirana	NGO/IPH	November 2008	
2	Conduct surveys to assess quality of services provided			
2.1	Develop/adapt appropriate tools/methodology to conduct quality assessment survey	PIU/NAP/IPH	December 2008	
2.2	Conduct quality assessment survey of services provided to vulnerable groups	NAP/IPH		
2.3	Carry out more in-depth qualitative studies among vulnerable groups (MSM, IDU, SW) to better understand the why's and how's of gaps in knowledge and understanding and behaviours	NAP/IPH		
3	Make performance data available on website regularly			

3.1	Update HIV/AIDS section in the IPH website (www.ishp.gov.al)	NAP/IPH	November 2008	No funding required
3.2	Make available on website			
3.3				
4	Assess SR M&E needs, and address needs (e.g. develop data collection tools, provide training).			
4.1	Develop a standardized data collection form (including coding system)	PIU/NAP	November 2008	No funding required
4.2	Develop a standardized database	PIUNAP	December 2008	No funding required
4.3	Training of SR's data manager	PIU/NAP/NCCS	December 2008	No funding required

5	Establish and document procedure for providing written feedback to SRs on performance reporting.			
5.1	Conduct regular monthly meeting with SR's	PIU	Monthly	No funding required
5.2	Make available on webpage quarterly reports prepared by PIU on programme performance, as well as reports provided by SR's on implementation of activities.	PIU	Continuously	No funding required
6	Provide training to SRs with completion of forms, writing reports			

6.1	Training of SR's data manager	PIU/NAP/NCCS	December 2008	No funding required

Hartëzimi i Shërbimit Shëndetësor nëpërmjet identifikimit të Institucioneve Përgjegjëse për M&V si Rolet dhe Përgjegjësitë sipas çdo institucioni

Në këtë kapitull janë përshkruar aktivitetet që pritet të kontribuojnë në përmirësimin e outputeve, rezultateve dhe impaktit në sistemin shëndetësor.

Si fillim, bazuar në “Strategjinë e Sistemit Shëndetësor” u përgatit një “Hartë e aktiviteteve të institucioneve shëndetësore”, me qëllim që të përshkruhet situata aktuale në lidhje me:

- Aktivitetet e planifikuara dhe të kryera nga çdo institucion
- Outputet dhe produktet, për të cilat çdo institucion bie dakort të jetë përgjegjës dhe
- Marrëdhëniet e institucioneve për çdo aktivitet

Harta e Aktiviteteve të Sistemit Shëndetësor paraqet vendimet/veprimet politike për gjithë aktivitetet, që janë përgjegjësi e MSH, dhe hapat e implementimit të cilat janë përgjegjësi e institucioneve implementuese (në disa raste edhe MSH ka përgjegjësinë e implementimit). Rekomandohet që Harta e Aktiviteteve të Institucioneve Shëndetësore të përdoret si një plan veprimi në vazhdim, dhe të përditësohet çdo vit duke marrë në konsideratë rishikimin Vvetor, i cili realizohet në një proces gjithëpërfshirës si pjesë e procesit të planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor.

Në Hartën e Aktiviteteve të Sistemit Shëndetësor që paraqitet me poshtë, çështjet e lidhura me politikat të cilat janë përgjegjësi e MSH janë listuar në kolonën e majtë, hapat e implementimit janë listuar në qendër, dhe institucioni(et) përgjegjës për implementimin janë listuar në kolonën e djathtë.

Table 1. Harta e Aktiviteve të Sistemit Shëndetësor

Prioriteti Strategjik #1: Rritja e kapaciteteve për të manaxhuar në mënyrë efektive shërbimet dhe institucionet shëndetësore

Vendimet Politike/Aktivitetet (Përgjegjësia e MSH)	Implementimi I aktiviteve	Institucioni(et) implementuese
Manaxhimi klinik		
Hartimi dhe implementimi i udhezuesve klinike	Hartimi I udhezuesve klinike Hartimi I protokolleve klinike bazuar në udhezuesit	QKSCA; Spitalet univeristare; shoqatat e profesionistëve QKSCA-kordinon procesin ndërmjet aktoreve
Siguro input, rishiko, mirato		
	Shpërndarja e udhezuesve të rinj klinike Vlerësimi I nevojave për trainim në lidhje me udhezuesit klinike Implementimi I trainimeve në lidhje me udhezues klinike specifike	QKSCA QKEV QKEV do të kontaktojë ofrues të trainimeve për disa udhezues klinike
Përcaktimi I kritereve të referimit ndërmjet KSHP dhe niveleve të tjera	Përfshirja e kritereve të referimit në udhezuesit klinike Shtimi I mekanizameve financiare—pagesat dhe bashkepagesat për ata që I kalojnë hapat/vetëreferimi	QKSCA ISKSH
Përputhje me udhezuesit klinike	Audite periodike	QKSCA; Spitalet univeristare; shoqatat e profesionistëve
Hartimi I rregulloreve dhe proceseve detyruese	Shtimi gradual I udhezuesve klinike në kontratë me spiatlet dhe QSH Lidhja e zbatueshmerise me pagesen Auditë klinike për të monitoruar zbatueshmerinë Përdorimi HII using clinical protocols as a basis for developing costs of services (also add under financing).	ISKSH ISKSH—aktualisht kryen audit klinik për përdorimin e barnave në KSHP
Hartimi dhe implementimi i sistemit të akreditimit të inst shëndetësore	Hartimi , përgatitja e standartëve të akreditimit Përgatitja e procedureve për procesin e akreditimit dhe keshillin e akreditimit Identifikimi dhe trainimi Iurvejorve që do të implementojnë sistemin e akreditimit	QKSCA-ISKSH

Vendimet Politike/Aktivitetet (Përgjegjësia e MSH)	Implementimi I aktiviteteve	Institucioni(et) implementuese
Manaxhimi I Inst Shëndetësore		
Krijimi I pozicionit të mmenaxherit në Inst Shëndetësor	Përgatitja dhe miratimi I përshkrimit të punës për menaxherin e QSH Shtimi I përgjegjësiave manaxheriale në kontratën me Drejtorin e QSH Për spitalet TR për çdo pozicion janë vendosur nga aktë, të cilat kanë nëvojë të updatëd dhe miratohen nga MSH (me pjësmarrjen e ISKSH). Nuk është e nevojëshme të specifikohen në kontratën e ISKSH me Spitalet	MSH/DSHP/Sektori I MF; ISKSH/Drejtoria e Mjekut ISKSH MSH/Drejtoria Spitalore; ISKSH/Drejtoria spitalore
Standartizimi I normave dhe procedurave operacionale për menagimin e institucionëve shëndetësore Harmonizimi I rregulloreve në lidhje me marrëdhëniet e Bordit të Qëndres Shëndetësore me Drejtorin e QSH	Krijimi I burimeve financiare, njërezore, dhe sistemit të informacionit për manaxhimin e brendshem të inst shëndetësore. Përgatitja e manualit të procedurave për manaxhimin e inst shëndetësore.	MSH/Drejtoria e Shendetit Publik ISKSH
Hartimi , përgatitja e progarmeve të trainimit për menaxheret e inst shëndetësore Siguro input, rishiko, mirato	Vlerësimi nevojave për trainim	QKEV
	Dizajnimi i programeve të tranimit për manaxheret	QKEV-kontraktin trajnues
	Trainimi i manaxhereve të inst shëndetësore	QKEV-kontraktin trajnues
	Kryen vetëvlerësimin e nevojave dhe peer educators	QKEV
Privatë sector involvement		
Privatizimi I disa shërbimeve në kujdesin paresor dhe atë spitalor.	Për t'u vendosur	Për t'u vendosur
Kthimi I spitaleve pilot në spitale autonome.	Për tu vendosur	Për tu vendosur

Prioriteti Strategjik #2: Rritja e aksesit në shërbime shëndetësore efektive

Vendimet Politike/Aktivitetët (Përgjegjësia e MSH)	Implementimi I aktivitetëve	Institucioni(et) implementuese
<i>Network eficient dhe efektiv I QSH dhe Spitaleve</i>		
Përcaktimi Pakëtës se shërbimeve që do të ofrohet falas (ose me bashkepagese) Rishikim periodik (e.g. hartimi I shërbimeve të laboratorit)	Krijimi I një strukture që do të rishikojë periodikisht paketën Investime (ndërtesa, pajisje) me qëllim ofrimin e pakëtës	MSH/Drejtoria e Shendetit Publik ISKSH Drejtoria e Mjekut MSH
Përcaktimi I pakëtës se shërbimeve për sektorin spitalor	Per t'u vendosur	MSH, ISKSH
Krijimi I një inspektoriati për të monitoruar ofrimin e pakëtës se shërbimeve në KSHP Rishikimi I checklistave të supërvizimit mbështetës me qëllim marrjen e informacionit rreth ofrimit të pakëtës baze.	Supërvizimi mbështetës Audit (kryesisht praktika përshkruese)	MSH/Drejtoria e Shendetit Publik ISKSH
Rishikimi I hartës se aksesit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor paresor	Zvogelimi ose rishpërndarja e qëndrave shend bazuar në standartët dhe kritëret a aksesit	MSH (Drejtoria e Shendetit Publik dhe DPF)
Rishikimi I hartës se aksesit të shërbimeve të kujdesit spitalor	Zvoglimi ose rishpërndarja e spitaleve bazuar në standardet dhe kriteret e aksesit. Vlerësimi I situatës aktuale bazuar në normat, standartët, rregullat, paketën e shërbimeve etj	MSH (Drejtoria Spiatlore dhe DPF)
Ofrimi falas I shërbimeve kryesore të shendetit public Të sigurohet ofrimi efektiv i: Shërbimeve të shendetit riprodhues (përfshi contraceptives; STIs) Vaksinimi Screening HIV/AIDS TB Survejanca	Shërbimet ofrohen në qendrat e KSHP si pjese të pakëtës se shërbimeve	ISHP (Monitorimi dhe shpërndarja e kontrceptiveve) ISKSH kontrakton QSH Programi vertical HIV-AIDS (VCT—public health department special centërs; trajtimi në spitalin Mother Tëresa) Vertical TB dispensaries
	Survejanca epidemiologjike për sëmundjet infective dhe ato kronike	ISHP
Sigurimi I një mbulese farmaceutike adekuate	Hartimi dhe përdorimi I kritëreve (sociale, ekonomike, shëndetësore)	ISKSH

Vendimet Politike/Aktivitetët (Përgjëgjësia e MSH)	Implementimi I aktivitetëve	Institucioni(et) implementuese
Siguro input, rishiko, mirato	për mbulimin farmaceutik (cilët barna janë rimbursuar dhe kush përfiton) ISKSH vazhdon të mbulojë gjithnjë e meshumë barn atë listës me buxhetin në dispozicion (with generic-only coverage)	
Planifiko dhe plotëso nevojat me burime njërezore	Mirëmbajtja e database të punonjësve	Për tu vendosur
	Bej vlerësimin e nevojave të punonjësve bazuar në norma (për tu hartuar)	Për tu vendosur
	Planifikimi I trainimeve	Bashkepunim me Ministrinë e Arsimit
	Mirëmbajtja e database të CME — cilët dhe çfarë programesh të edukimit në vazhdim kanë kryer	QKEV
	Kryen vlerësimin e nevojave për trainim t post-graduatë	QKEV
	Maintain clearinghouse of continuing education resources	QKEV
	Ben akreditimin e programve të trainimit post graduatë dhe monitorimin e programeve të akreditimit.	QKEV
	Kryen post- graduatë dhe trainime të edukimit në vazhdim	QKEV – nëpërmjet kontratave;
	Ri-certifikimi I profesionistëve të shendetit —bazuar në kërkesa e EV	QKEV

Prioriteti Strategjik #3: Përmirësimi i sistemit të financimit në shëndetësi

Vendimet Politike/Aktivitetët (Përgjigjësia e MSH)	Implementimi i aktivitetëve	Institucioni(et) implementuese
Rritja e burimeve publike për sektorin shëndetësor	Përkushtimi i Qeverisë për rritjen e buxhetit në shëndetësi- justifikuar përms PBA Mekanizmat për të rritur burimet e ISKSH do të specifikohen në ligjin e sigurimit shëndetësor	MSH/DPF ISKSH
Rritja e përputhshmerise me kontributët	Incetiva negative nqs jë i pasiguruar Ndërgjigjësimit public në lidhje me benëfitët e sigurimit Adresimi i veshtiresive në lidhje me mekanizmit e enrollment	ISKSH
Krijimi i një grumbullimi të vetëm të burimeve për shëndetësinë	Krijimi i një grumbullimi të vetëm të burimeve për shëndetësinë Fondet e Qeverisë tashme janë mbledhur; duhet që pagesat nën dore të cohen në këtë grumbullim	ISKSH
Përmirësimi i sistemit të iniciativeve për punonjësit e sektorit shëndetësor për të mos pranuar pagesta informale	Rritja e pagave në sistemin shëndetësor Reklamimi i të drejtave dhe pagesave Të punohet me stafin për të vetëdetyruar	MSH; ISKSH ISKSH MSH ISKSH
Forcimi i rolit të ISKSH si një bleres strategjik Qëveria—Keshilli i Ministrave ka rolin kryesor politikbërës; MSH dhe ISKSH bëjnë propozime	Rritja e lidhjes midis pagesave dhe performances	
Siguro input, rishiko, mirato	Shtimi i indikatorëve të performancës tek kontrata me spitalet	ISKSH, QKSCA
Siguro input, rishiko, mirato	Lidh bonuset e stafit me performancë vetëm për QSH	ISKSH, Drejtori i QSH
Siguro input, rishiko, mirato	Implementimi i sistemit të pagese bazuar në output (e.g. për capita, fee-for-service)	ISKSH
Siguro input, rishiko, mirato	Përgatitja graduale e pagese case-based në spitale	ISKSH
Siguro input, rishiko, mirato	Forco sistemin e të dhënave Plans to pilot “hospital bill” with costs of individual services in Durres hospital	ISKSH
	Kontrata me ofruesit private	ISKSH

Prioriteti Strategjik #4: Përmirësimi i qëverisjes të sistemit shëndetësor

Vendimet Politike/Aktivitetët (Përgjegjësia e MSH)	Implementimi i aktivitetëve	Institucioni(et) implementuese
Reforma e MSH me theks në politike-berjë Ngritja e kapacitetëve në politike-berjë dhe planifikim Hartimi i politikave kryesore dhe strategjive për të mbështetur reformen		
Hartimi i standartëve për Institucionet shëndetësore Hartimi dhe përgatitja e standartëve me pjesëmarrjen e institucionëve.	Përgatitja e standartëve —cilat shërbime duhet të ofrohen dhe nga kush; normat në lidhje me stafin; rregulloret KSHP—është e nevojshme të unifikohen politikat në lidhje me klasifikimin e MP(aktualisht janë 4 klasifikime të ndryshëm dhe 4 norma—shiko klasifikimin EU); nëvojiten norma gjithashtu për infermieret dhe mamijët Edhtë e nevojshme të miratohen standërtët spitalore Standartët për farmacitë dhe laboratorët duhet të përfundohen	MSH, QKSCA; ISKSH; QKEV
Ngjirtja e një sistemi për vlerësimin e performancës së institucionit bazuar në standartët e cilesisë	Ngjirtja e një sistemi për vlerësimin e performancës /përputhje me standartët	MSH, QKSCA, ISKSH
Licensimi	Për t'u vendosur	Për t'u vendosur
Regullimi i aspekteve kontraktuale të ISKSH	Për t'u vendosur	Për t'u vendosur.
Sistemi Informacionit shëndetësor	Për t'u vendosur / plani i veprimit HMN.	MSH, ISHP, ISKSH

Sigurimi përgatitjes dhe shpërndarjes së rregullt të indikatorëve të performancës, përgatitur nga Core Grup. Realizimi i një procesi gjithëpërfshires për përgatitjen e indikatorëve dhe sistemin e grumbullimit, analizën dhe shpërndarjen.	Përgatitja e Dokumentit Reference të M&V	MSH Sektori I M&E; ISHP, QKSCA; QKEV, ISKSH
Implementimi i sistemit të Monitorimit	Mbledhja e të dhënave në lidhje me indikatorët, analizimi i tyre	MSH Sektori I M&E; ISHP, QKSCA; QKEV, ISKSH
	Prodhim i Raportit Vjetor	MSH Sektori I M&E; ISHP, QKSCA; QKEV, ISKSH
	Shpërndarja nëpërmjet rishikimit apo vlerësimit vjetor ose me procese të tjera	

Diskutim

Dobësia kryesore e manaxhimit të programeve, në vendet e Evropës Jug-Lindore, qëndron në faktin se monitorimi dhe vlerësimi i tyre neglizhohet, është i paplotë ose i sipërfaqësor. Mungesa e përvojave manaxhuese, çon në qasje afatshkurtra në të cilat vëmendja kryesore përqendrohet më shumë në gjetjen e burimeve se sa në efektivitetin e zgjidhjeve. Në përgjithësi, organizatorët dhe manaxherët shfaqin më pak shqetësim për zbatimin efektiv të projektit sipas standardeve cilësore dhe me kosto të ulët. Monitorimi dhe vlerësimi kanë rëndësi të veçantë për shoqatat si elementë kyç të manaxhimit organizativ. Pritshmëria e lartë përballet me burimet e pakta duke ushtruar kështu presion të konsiderueshëm mbi politikëbërësit, organizatorët dhe manaxherët. Ndërkaq, komunitetet, përfituesit, donatorët dhe vetë organizatat presin cilësi të lartë dhe efektivitet në manaxhimin e këtyre burimeve. Për përmbushjen e nivelit të kërkesave dhe rezultateve të pritshme, del si detyrë përdorimi i instrumentave të domosdoshëm për monitorimin dhe vlerësimin.

Vlerësimi shihet ende si element i papërshtatshëm i punës manaxhuese, si dhe akoma më pak si mjet praktik për të sjellë ndryshime të orientuara qartë. Manaxherët dhe organizatorët duhet të kuptojnë se vlerësimi dhe monitorimi sistematik ndihmojnë në hartimin e strategjive më fleksible dhe të planifikuara, duke iu përshtatur më mirë mjedisit të çrregullt dhe turbulent të veprimtarive shoqërore.

M&V i programeve luan një rol parësor në mënyrën e manaxhimit të modeleve të ekonomisë së tregut. Programet, politikat publike dhe projektet e ndryshme konceptohen dhe zbatohen për të përmirësuar dhe rritur mirëqenien e qytetarëve. Realizimi ose jo i këtyre objektivave të përgjithshme përbën një çështje të rëndësishme dhe jetike për politikën, por shpesh kjo nuk shqyrtohet siç duhet. Në shumë raste, drejtuesit, administratorët dhe politikanët interesohen më tepër për mënyrën e shpenzimit të produkteve e shërbimeve të prodhuara nga një program, projekt apo politikë sesa për të vlerësuar nëse zbatimi i programit ka arritur qëllimin për të cilin është krijuar, për përmirësimin e vazhdueshëm të mirëqënies së shoqërisë tonë.

Nuk vlerësohet se cilat janë ndryshimet në rritjen e mirëqënies së jetesës në popullsinë e cila ka përfituar nga zbatimi i programit të vecantë. Për shembull: a janë përmirësuar kushtet shëndetësore të popullsisë me zbatimin e programit të higjienizimit të ujit të pijshëm? Me privatizimin e disa shërbimeve shëndetësore, cili është impakti në lidhje me rritjen e cilësisë dhe në aspektin profesional të shëndetësisë?

Me këtë informacion, vendimarrësit politike dhe administrata shëndetësore marrin një vendim të saktë për financimin e programit nëse vlerësimi është negativ, pra edhe pse ekziston programi i higjienizimit, kushtet shëndetësore nuk janë përmirësuar, ta vazhdojnë atë nëse rezultatet e vlerësimit përputhen me qëllimin e vënies në zbatim të programit, ta rikonceptojnë programin nëse rekomandimet e vlerësimit të programit sugjerojnë një gjë të tillë apo të zgjedhin një program tjetër alternativ me kosto më të ulët por me rezultate të njëjta. Nëse programi mund të vihet në zbatim në disa variante të ndryshme, cila është alternativa më e mirë.

Cilat janë përfitimet e pritshme sociale të popullsisë me zbatimin e këtij programi në raport me buxhetin e planifikuar për realizimin e tij.

Pra, M&V i programeve shërben për të mbështetur procesin e vendimmarrjes dhe të planifikimit dhe synon optimizimin e burimeve materiale-financiare, njerëzore dhe informatike. Në këtë kuptim përpjekjet drejtohen për të përmirësuar cilësinë e menaxhimit gjatë procesit të punës, cilësinë e shërbimeve dhe produkteve të administratës publike. Duke iu përgjigjur pyetjeve që shtrohen, vlerësimi i programit jep panoramën e saktë dhe faktet e plota për të informuar vendimarrësit politike dhe nivelet administrative mbi impaktin social, efikasitetin, realizimin e objektivave, nxjerr në pah marrëdhëniet shkak - pasojë, evidenton faktorët që shpjegojnë nivelin e performancës, arrijten ose jo të rezultateve të parashikuara dhe shumë elemente të tjera të projektit, programit apo politikës publike.

Procesi i vlerësimit të programeve prodhon konkluzione të sakta, të dobishme, të aplikueshme dhe të besueshme në lidhje me pertinencën e politikave publike, programeve dhe të cdo organizmi tjetër shtetëror dhe mbi reperkusionet e tyre. Këto konkluzione krijojnë mundësinë që të vihen në zbatim mjete dhe mekanizma të dhënies së shërbimeve shtetërore me rentabilitet të plotë. Zbulohet se çfarë funksionon dhe çfarë nuk funksionon realisht në një program, mbi të cilat burime duhet të mbështetemi që të arrihen objektivat qeveritare dhe me kosto sa më të ulët, duke e vënë theksin me një preokupim të vecantë për rritjen e cilesisë të shërbimit ndaj qytetarëve dhe mënyren për arritjen e rezultateve të parashikuara. Nëpërmjet vlerësimit, drejtuesit dhe politikëbërësit bëjnë analiza të rregullta mbi avancimin e programit dhe propozojnë e zbatojnë masat e duhura për rregullimin e situatës, nëse një gjë e tillë është e domosdoshme.

Rekomandime

Strategjia e M&V është një nga zgjidhjet kryesore të sfidave me të cilat përballlet sistemi modern i ofrimit të kujdesit shëndetësor. Vendimet rreth çështjes se çfarë dhe si duhet bërë, shpesh janë bërë objekt i pasigurive të konsiderueshme. Duke dhënë informacione, rezultate, konkluzione dhe rekomandime, procesi i vlerësimit të programeve ndihmon në reduktimin e pasigurive dhe në nxjerrjen e mësimave nga praktikatat e gabuara në të kaluarën dhe në zbatimin e praktikave të drejta që përmirësojnë politikatat dhe programet në të mirë të komunitetit.

Rritja e kapacitetit të kujdesit parësor në Tiranë duhet të përfshijë përmirësimin e mekanizmave shpërndarës të burimeve për qendrat shëndetësore dhe ambulancat në mënyrë që të gjitha njësitet shëndetësore të kenë të gjitha mjetet e nevojshme për të plotësuar nevojat e popullatës në nivel lokal duke shmangur të gjitha barrierat e krijuara artificialisht. Trajnim i vazhdueshëm dhe cilësor për personelin shëndetësor, bazuar në protokolle dhe standarde të vendosura që më parë, trajnime për udhëzuesit e trajtimeve si dhe futja e standardeve në kujdesin parësor. Të dhënat parashkruese të performancës janë të rëndësishme për përmirësimin e proceseve dhe rezultateve për të arritur objektivat e caktuara.

Përfshirja e mekanizmave nëpërmjet të cilave do t'i jepet zë përfituesëve të shërbimeve, ofruesve dhe udhëheqësve të komuniteteve në nivel lokal.

Pikat e dobëta – Plani M&V

Për momentin, nuk ka të dhëna bazë të disponueshme për punëtorët femra komerciale të seksit (QPS) të cilat janë një nga 4 grupet e popullsisë të synuar të grantit. Popullsia QPS-ja ka provuar vështirësi për të arritur me metodologjinë standarde RDS, duke pasur parasysh natyrën e saj të fshehur dhe të fragmentuar, dhe as nuk janë përfshirë në 2 Bio- BSS të kryera në Shqipëri në vitin 2005 dhe në vitin 2008. Tre studime hartëzimi deri tani janë konsideruar për këtë grup, por të gjithë kanë pasur pakënaqësi. Puna e seksit komercial është i paligjshëm në Shqipëri dhe popullsia është e fshehur, duke bërë te paefektshme teknika të mostrave si RDS që janë punuar në mesin e popullsisë të tjera të QPS. Një studim i hartës është kryer nga nën- marrësit dhe raportin është dërguar PR në maj 2008. Një tjetër studim i kryer në vitin 2005 mundi të arrijë vetëm 18 njerëz.

Nuk ka asnjë mekanizëm për të matur dhe monitoruar cilësinë e shërbimeve të ofruara nga SRS. Performanca e të dhënave Grant nuk është lehtësisht e arritshme për SRS dhe publikun. Buxheti për M & V është rekomanduar si më poshtë me 7%.

Kapaciteti i manaxhimit të të dhënave të njësisë së manaxhimit ka nevojë për trainimin e një stafi shtesë në M&V.

Mungesa dhe reagime në cilësinë e të dhënave dhe raporteve të SRS

Mungesa e metodologjisë me shkrim për të adresuar të dhënat e humbura

Probleme të vogla në të dhënat e konsistencës

Dobësitë

Sistemet e raportimit të dhënave - të gjitha programet: objektet / komunitete / laboratore

Mungesa e regjistrimit të të dhënave të dyfishtë

Mungesa e stafit të caktuar për mbledhjen dhe raportimin e të dhënave

Mundësia e numërimit të dyfishtë për të gjithë ofruesit e shërbimeve

Nuk ka procedura të qarta për të vlerësuar suksesin e trainimit të ofruar në mjediset e komunitetit

- Matja e cilësisë së shërbimeve të ofruara mungon;
- Nuk ka kapacitet të kufizuar në mesin e SRS për të mbledhur dhe të raportuar informacion të performancës. SRS kanë nevojë për trainim, si dhe më shumë staf për M & V.
- Ekziston nevoja për të zhvilluar mekanizma për të siguruar cilësinë e të dhënave - tërësisë, korrektësisë (e numërimit të dyfishtë, të dhënat që mungojnë), afatet kohore - dhe për të siguruar që të dhënat mund të verifikohen;

Matrica e propozuar per t'u perdorur per platformen e Matjes se Performances Efektiviteti/Permiresimi Shendetesor /Rezultati

Kategoria indikatorëve	Vlefshmeria / Relevanca	Periudha kohore	Disponueshmeria	Institucioni burimit
<i>Treguesit demografike</i>				
<i>Jetëgjatësia</i>	++	+	+	INSTAT
<i>Jetëgjatësi e shendetshme</i>	++	+	+	INSTAT
<i>Raporti vdekshmerise amenor</i>	+++	+++	+++	MoH
<i>Raporti vdekshmerise foshnjore</i>	+++	+++	+++	MoH
<i>Raporti vdekshmerise nën pese</i>	++	+++	+++	MoH
<i>Raporti vdekshmerise nga semundjë specifike (infeksionë, kardiovaskular, nëoplasma, trauma, etc)</i>	++	++	+++	INSTAT
<i>Raporti Aborteve/ lindjeve</i>	+	++	++	

Indikatorët e prevalencës për sëmundje shëndetësore të caktuara (normat e prevalences)				
AIDS / IST	++	+++	+++	IPH
Infeksionët Akutë të frymemarrjes (pnëumonia nën 5)	++	+++	++	IPH
Diarrhea (gastroentëritis)	+++	+++	+++	IPH
Hepatitis A, B,	++	++	+++	IPH
Sëmundjet e parandalushme me Vaksina	+++	+++	+++	IPH
Zoo-nosat (Brucellosa)	+	+++	+++	IPH
Semundjë infective të tjera	+	+++	+++	IPH
TBC	+++	+++	+++	IPH/PDH
Kequshqyerja	+++	+	+	IPH
Diabeti	++	++	+	IPH/MoH
Kancer të përcaktuar (regjistri) Pulmonar, I Gjirit, Kolonit, Colum utëri	++	+	+	MoH/UH
Anëmia	++	+	+	IPH/UH

Hipertension	++	++	++	MoH/IPH/HII
Probleme të shendetit mendor (nëurozat)	+++	++	++	MoH/IPH/HII
Ekspozimi ndaj sjelljeve me faktore risku dhe Vetëdija e popullatës/njohuria				
Përdorimi duhanit	+++	+	++	IPH (survey)
Përdorimi alkoolit	+	+	+	IPH (survey)
Përdorimi jashtëligjshëm i drogave	+	+	+	IPH (survey)
Nutricioni i papërshtatshëm	++	+	+	IPH (survey)
Higjiena personale	+	+	+	IPH (survey)
Përdorimi i seksit të sigurtë	++	+	+	IPH (survey)
Jëta sedentare	+	+	+	

Aksesi shërbimeve

Katëgoritë e indikatorëve	Vlefshmeria / Relevanca	Përiudha kohore	disponueshmeria	Instituti burimit
Mbulimi / Përdorimi				
Mbulimi Imunizimit coverage (mbulimi për antigen specific)	+++	+++	+++	IPH
Disponueshmeria e kujdesit të fëmijëve	+++	++	++	
Disponueshmeria e Kujdesit Antenatal dhe Post natal	+++	++	++	MoH
Mbulimi shërbimeve të planifikimi familjar (Kontraceptive dhe disponueshmeria e stafit të trainuar)	++	+++	+++	IPH
Mbulimi Screening Per programe specifike TBC DOTS, Ca gjirit, Kolum uteri ca , Presioni lart I gjakut, obeziteti, Hemoglobino patia, etc.	++	+	+	MoH
Mjek për fryme (MF, Specialist)	+++	+++	+++	MoH
Infermiere /mami për fryme	+++	+++	+++	MoH
Profesionist të tjerë shëndetësor (farmacist, teknik laborator)	++	++	++	

Facilitete shendetesore (qendra shendetesore, shtrate spitali për fryme etc)	+++	+++	+++	MoH
Afersia me sherbimet				
Koha mesatare/ distances drejt:				
Paketa baze e sherbimeve	++	+	+	Survey
Farmaci	++	+	+	Survey
Spitali	+	+	+	Survey
Emergjencia	++	+	+	Survey
Sherbimi transportit emergjent	+	+	+	MoH
Liste-pritja				
Nderhyrja kirurgjike ne liste-pritje	+	+	+	MoH/ US/ survey
Liste-pritja per specialistin	+	+	+	MoH /HII / survey
Oret e sherbimit				
Oret mesatare te sherbimit per KPSH dhe sherbimet emergjente	+	+++	+++	MoH
Kosto per t'u paguar nga klientet (nga xhepi)				
KPSH (te siguruar, te pasiguruar)	++	+	+	IHH
Spitali (kosto spcifike per ekzaminimet)(legale, ilegale)	+++	+	+	MoH
OJQ / Sherbime private				
Disponueshmeria e sherbimeve specifike te ofruara nga OJQ /	+	+	++	MoH / IPH / Survey

<i>private</i>				
<i>Perdorimi sherbimeve te OJQ (?)</i>	+	+	+	Survey

Barazia shendetesore/Drejtesi

Kategorite e indikatorëve	Validiteti/Relevanca	Shtrirja ne kohe	Disponueshmeria	Institucioni burim
Financat shendetesore				
<i>Te ardhurat shendetesore (niveli pagesave nga kategori te ndryshme sociale)</i>	++	+++	+++	
<i>Konsumim per fryme</i>	+	++	+++	MoH
<i>Investime per fryme</i>	+	++	++	MoH
<i>Subvencionet nga qeveria</i>	++	+++	+++	MoH
Mortaliteti/ vdekshmeria per kategori				
<i>Vdekshmeria infantile urbane/rural</i>	+++	++	++	MoH / Surveys
<i>Vdekshmeria maternal urbane/rural</i>	++	++	++	MoH / Surveys
<i>Mbulimi gjeografik per sherbimet baze</i>	++	++	++	MoH
Akses ne ujin e sigurte dhe Higjiene				
<i>Diferencat gjeografike</i>	++	+	+	Surveys

Cilesia e shërbimeve shëndetësore/ Orientimi pacientit

Kategorite e indikatorëve	Validiteti / Relevanca	Shtrirja në kohë	Disponueshmëria	Institucioni
<i>Trainimi stafit</i>				
<i>Proporcioni I faciliteteve shëndetësore me staf të trainuar në shërbimet baze (ie ICMC) GP</i>	+++	+	+	Surveys / MoH / IPH / CQ
<i>Proporcioni I stafit të trainuar në shërbimet baze (esenciale) të Infermiereve në KPSH</i>	+++	+	+	Surveys / MoH / IPH / CQ
<i>Disponueshmëria e personelit dhe pajisjeve</i>				
<i>Personel</i>	++	+	++	MoH
<i>Pajisje</i>	++	+	++	Surveys / MoH
<i>Infrastruktura</i>	++	+	+	Surveys / MoH
<i>Proporcioni spitaleve përfaqëse në kualitetin e sistemit të sigurimit</i>	++	+	+	CQ / MoH
<i>Proporcioni qendrave shëndetësore duke përdorur Standarde të Trajtimit</i>	++	+	+	CQ / MoH
<i>Rezultate të kundërt në kualitetin shërbimet shëndetësore për të varfërit</i>	++	+	+	Surveys / MoH / CQ
<i>Kenaqësia e pacientit</i>	++	+	+	CQ

Eficienca/Qendrueshmeria

Eficienca teknike				
<i>Vizitat e pacienteve per staf/ Produktiviteti mjekeve</i>	++	+	++	MoH
<i>Ditet e pacienteve qe qendrojne për staf</i>	++	+	++	MoH
<i>Zenia e shtreterve ne spital</i>	++	+	++	MoH
Eficienca ekonomike				
<i>Infermiere per mjek</i>	+	++	++	MoH
<i>Infermiere per shtrat spitali</i>	++	++	++	MoH
<i>Mjek për shtrati spitali</i>	++	++	++	MoH
<i>Kosto per vizitat e pacienteve</i>	++	+	+	MoH
<i>Average length of stay</i>	++	++	++	MoH
<i>Koso per dite shtrati ne spital</i>	+	+	+	MoH
<i>Proporcioni shpenzuar ne personel</i>	+	+	++	MoH / NHA
<i>Proporcioni shpenzimeve ne medikamente</i>	+	+	++	MoH / NHA
Eficienca alokative				
<i>% shpenzuar per sherbimet KPSH / aktivitetet parandaluese</i>	+	+	+	MoH / NHA
<i>% e shpenzimeve ne</i>	+	+	+	MoH / HII /

<i>nivel qarku</i>				NHA
<i>Burimet financiare</i>				
% shpenzimeve nga taksat/ sigurimet	++	+	+	MoH / NHA
% shpenzimeve ne pritje nga taksat e perdoruesve	++	+	+	MoH / NHA
% shpenzimeve nga donatoret	++	+	+	MoH / NHA
<i>Permase e sektorit shendetesor</i>				
Shpenzimet shendetesore vs totale	+	+	+	MoH / NHA
<i>Indikatoret Demografik qe ndikojne tek sistemi shendetesor</i>				
Proprcioni mbi 65, dependency ratio	++	++	++	INSTAT
% Fertilitetit	++	++	++	INSTAT

REFERENCA

- ¹. Whyte, W. F. (Ed.). (1991). Participatory action research. Newbury Park, CA: Sage Publications
- ². Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.
3. Beeker, C., Guenther-Grey, C. & Raj, A. (1997). Community empowerment: Paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science and Medicine*, 46, 831-842.
4. Stevenson, H. & Burke, M. (1992). Bureaucratic logic in new social movement clothing: The limit of health promotion research. *Canadian Journal of Public Health*, 83 (Suppl. 1), S47-S53.
5. Blind, Knut; Cuhls, Kerstin and Grupp, Harolf: Personal attitudes in the assessment of the future of science and technology: A factor analysis approach, in: *Technological Forecasting & Social Change* 68 (2001), pp. 131-149.
6. Cuhls, K. (2000): Opening up Foresight Processes, in: *Économies et Sociétés, Série Dynamique technologique et organisation*, no. 5, pp. 21-40.
7. Cuhls, K. (1998): *Technikvorausschau in Japan*, Heidelberg: Physica (Technik, Wirtschaft und Politik 29).
8. Cuhls, Kerstin; Blind, Knut und Grupp, Harolf (2002): innovations for our Future Delph '98: New Foresight on Science and Technology. Technology, innovation and Policy, Series of the Fraunhofer institute for Systems and innovation Research S no. Physica Heidelberg, pp.15ff.
9. Cuhls, Kerstin; Blind, Knut and Grupp, Harolf (eds., 1998): *Delph '98 Umfrage. Zukunft nachgefragt. Studie zur globalen Entwicklung von Wissenschaft und Technik*, Karlsruhe.
10. Cuhls, Kerstin; Brener, Sibylle and Grupp, Harolf (1995): *Delph-Bericht 1995 zur Entwicklung von Wissenschaft und Technik - Mn-Delph -*, Karlsruhe 1995 (later print as BMBF brochure, Bonn 1996).
11. Cuhls, K. and Kuwahara, T. (1994): Outlook for Japanese and German Future Technology. Comparing Technology Forecast Surveys, Heidelberg: Physica (Technology, innovation, and Policy 1).
12. Dalkey, Norman C.: Analyses From a Group Opinion Study, in: *Futures*, vol. 2 (1969) no. 12, p. 541-551
13. Dalkey, Norman C. (1968): *Predicting the Future*, Santa Monica.
14. Dalkey, Norman C. (1969): *The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion*, prepared for United States Air Force Project Rand, Santa Monica.
15. Dalkey, Norman C.; Brown, B. and Cochran, S. (1969): *The Delphi Method, : Use Of Self Ratings To improve Group Estimates*, Santa Monica.
16. Dalkey, Norman C. and Helmer, Olaf: An Experimental Application Of The Delphi Method To The Use Of Experts, *Journal of the Institute of Management Sciences*, n: *Management Science*, 9. Jg. (1963) S. 458-467.
17. Eto, Hajime: The suitability of technology forecasting/ foresight methods for decision systems and strategy. A Japanese view, in: *Technological Forecasting and Social Change*, no. 70 (2003) pp. 231-249.
18. Gordon, T. J. und Helmer, Olaf (1964): *Report on a Long-Range Forecasting Study*, Rand Corporation, Santa Monica/ California.
18. Grupp, Harolf (ed., 1999): *Technological Forecasting and Social Change*, Special issue on National Foresight Projects, vol. 60, no. 1, several articles.
19. Delphi method Häder, Michael and Häder, Sabine (1995): Delphi und Kognitionspsychologie: Ein Zugang zur theoretischen Fundierung der Delphi-Methode, in: *ZUMA-Nachrichten*, vol. 37, 19. November 1995, p. 12.
19. Ervin, J. and Martin, B. (1984): *Foresight in Science. Picking the Winners*, London and Dover: Francis and Taylor.
20. Jantsch, E. (1967): *Technological Forecasting in Perspective*, OECD, Paris.

21. Kaplan, A., Skogstad, A. L. and Grishck, M. A. (1950): The Prediction of Social and Technological Events, in: The Public Opinion Quarterly, XV, pp. 93-110.
22. Krüger, Udo Michael (1975): Die Antzpaton und Verbretung von innovationen. Entwicklung und Anwendung eines kommunikations-strategischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung der Delphi-Technik, Köln.
23. Linstone, H.A. (1999): Decision Making for Technology Executives. Using Multiple Perspectives to improve Performance. Artech House: Boston/ London.
24. Linstone, H. A. (1998): Multiple Perspectives Revisted, AMOT Conference, Orlando.
25. Linstone, H. A. with Mitroff. (1994): The Challenge of the 21st Century: Man-aging Technology and Ourselves in a Shrinking World, Albany: State Unversty of New York Press.
26. Linstone, H. A. and Turoff, M. (eds., 1975): The Delphi Method - Techniques and Applications, Reading: Addison-Wesley.
27. Martino, J.P. (1983): Technological Forecasting for Decision Making, 2nd edition, North Holland, New York, Amsterdam, Oxford.
28. National institute of Science and Technology Policy (NSTEP, 1997): The Sixth Technology Forecast Survey - Future Technology in Japan - (NSTEP Report, English Translation), Tokyo.
29. Parke, H. W. and Wormell, D. E. W. (1956): The Delphi Oracle, Basil Blackwell, Oxford.
30. Pll, Jur: The Delphi Method: Substance, Context, A Critique and an Annotated Bibliography, in: Socio-Economic Planning Science, vol. 5 (1971) p. 64.
31. Wechsler, Wolfgang (1978): Delphi-Methode, Gestaltung und Potential für betriebliche Prognoseprozesse, Schirfténreihe Wirtschaftswissenschaftliche Forschung und Entwicklung, München.
32. Woudenberg, F. (1991): An Evaluation of Delphi, in: Technological Forecastng and Social Change, vol. 40, pp. 131 – 150.
33. Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool
The global Fund to fight ADSW, Tuberculosis and Malaria, January 2007
National HIV/AIDS Strategy 2008-2014, National AIDS Program, 2008.
34. Kusek Z. J, Rst C. R, (2004), the world bank. "Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System"
35. Albania country documents and reports. Washington D.C. 2002
Available at <http://lnweb18.worldbank.org/eca/albana.nsf>
36. 2002d. "Republic of Albania: Establishment of a Permanent system of Household Surveys for Poverty Monitoring and Policy Evaluation." Concept document. Washngton, D.C.
37. Wye, Chrs.2002 "Performance Management: A "Start Where You Are, Use what You Have" Guide. Arlington, Va.
38. Linda G. Moirra mas, Ray C. Rst, the world bank 2009. The Road to Results, Designing and Conducting Effective Development Evaluations
39. GREEN A. (1995) "The State of Health Planning in '90" Health Policy and Planning, vol.10,1:22-28

Aneks 1:

Përmbledhje e dobësive të identifikuara në M & V, perforcim i punës nuk ka të dhëna bazë për punëtorët e seksit komercial në popullsinë objektive te grantit

Procesi për përfundimin e dokumentit

Dokumenti për M&V e performancës së sistemit shëndetësor u përgatit gjatë periudhës nëntor 2009 – shkurt 2010 nga Grupi i Punës së M&V. Ky proces u drejtua nga sektori i M&V në MSH, me mbështjen e konsulentës së projektit të BB për Modernizimin e Sistemit Shëndetësor.

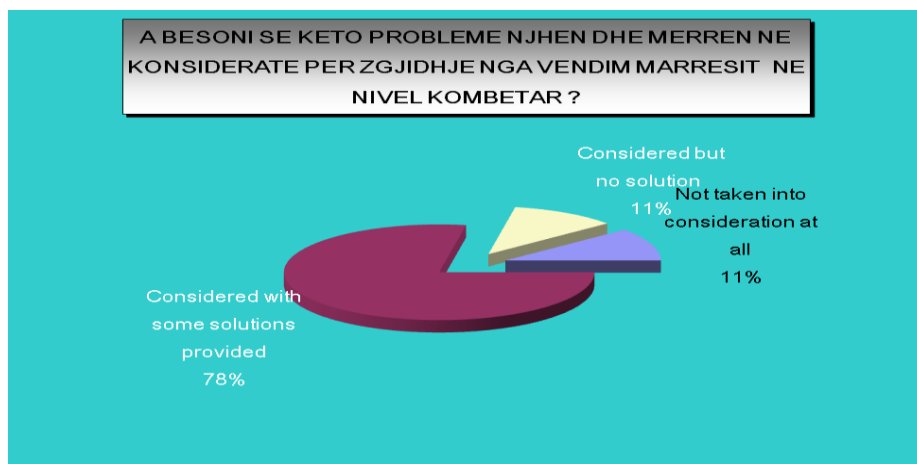
Dokumenti reflekton aktivitetet e pothuajse një viti me qëllim forcimin e funksionit të M&V në Sistemin Shëndetësor Shqiptar. Aktivitetet u iniciuan në mars 2009 nga një vlerësim i përbashkët i kryer nga konsulentja e BB dhe sektori i M&V në lidhje me funksionin e M&V në Sistemin Shëndetësor Shqiptar. Bazuar në këtë vlerësim, u bënë rekomandime për forcimin e këtij funksioni në sistemin shëndetësor dhe u kryen disa aktivitete të cilat kulmojnë procesin e hartimit të këtij dokumenti (Shih raportin nga Cashin and Cami, “përmbledhje e aktiviteteve të kryera për forcimin e sistemit të M&V: mars – tetor, 2009”).

Me 26 Tetor 2009, doli Urdhëri i Ministrit për ngritjen e dy grupeve, Grupi i Referencës dhe Grupi i Punës, qëllimi i të cilëve ishte përgatitja e vizionit, strukturës dhe indikatorët që do përdorehin në sistemin e M&V. Grupi i Referencës përfshin përfaqësues dhe drejtues të departamenteve në MSH, si dhe drejtuesit e institucioneve kryesore, ISKSH, ISHP, QKSCA, QKEV.

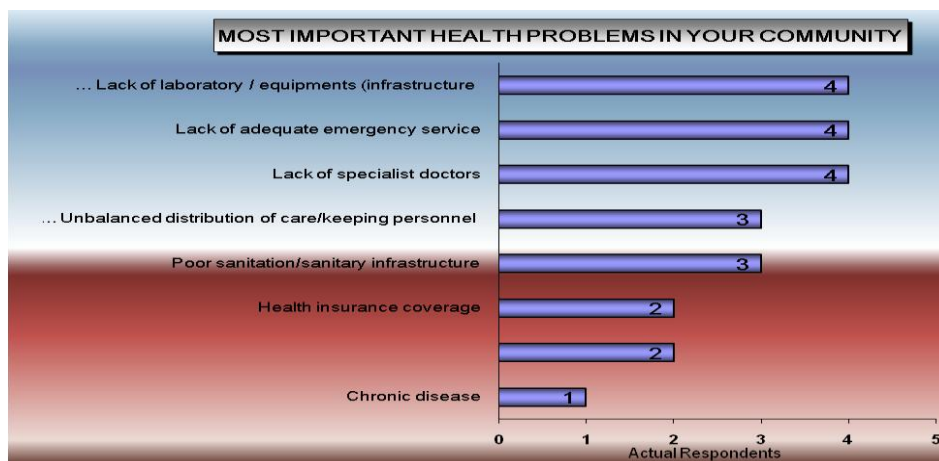
Për të arritur një konsensus dhe për të draftuar çdo pjesë të këtij dokumenti janë kryer rregullisht takime të Grupit të Punës, edhe ky me përfaqësues nga drejtoritë në MSH dhe institucionet kryesore. Çdo element i përgatitur është paraqitur me pas në grupin reference, me qëllim miratimin e tij. Në total, sektori i M&V realizoi 13 takime të grupit të punës dhe tre takime të grupit reference.

Aneks 2. Grafiket qe shpjegojne rezultatet sipas objektivave

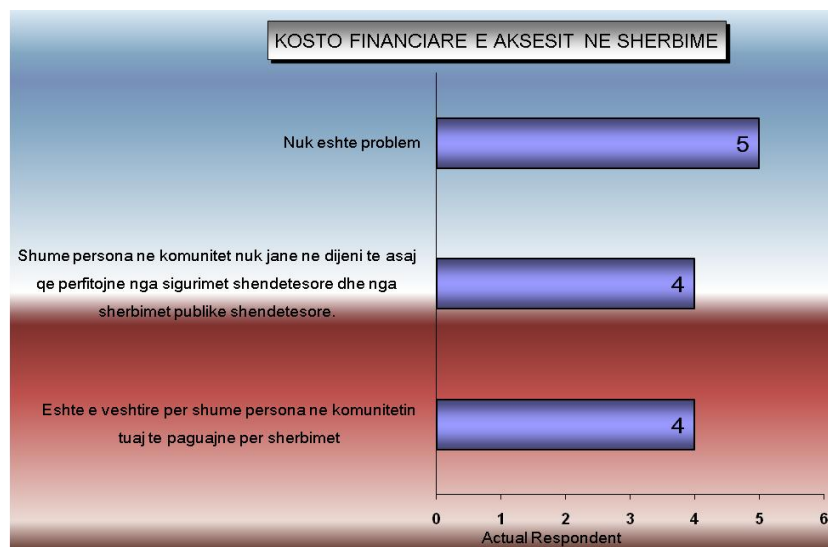
Grafik 1. Konsiderimi I problemeve te komunitetit



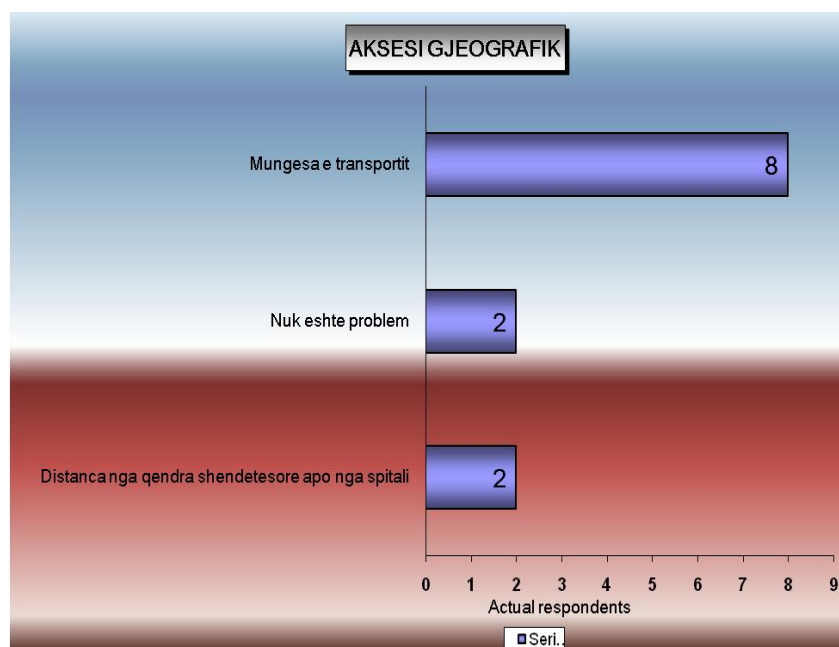
Grafik 2. Problemet shendetesore me te rendesishme ne komunitet



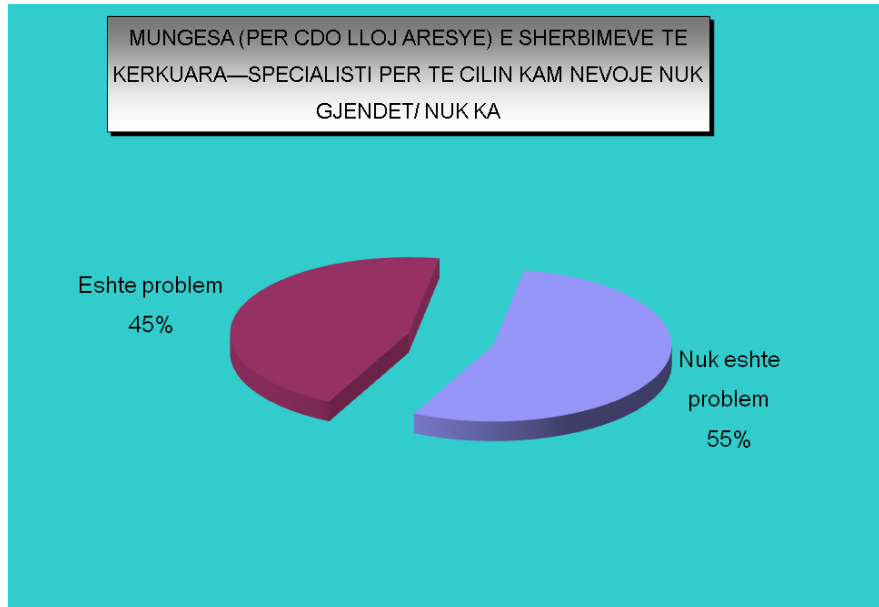
Grafik 3. Kostot financiare të aksesit në shërbime



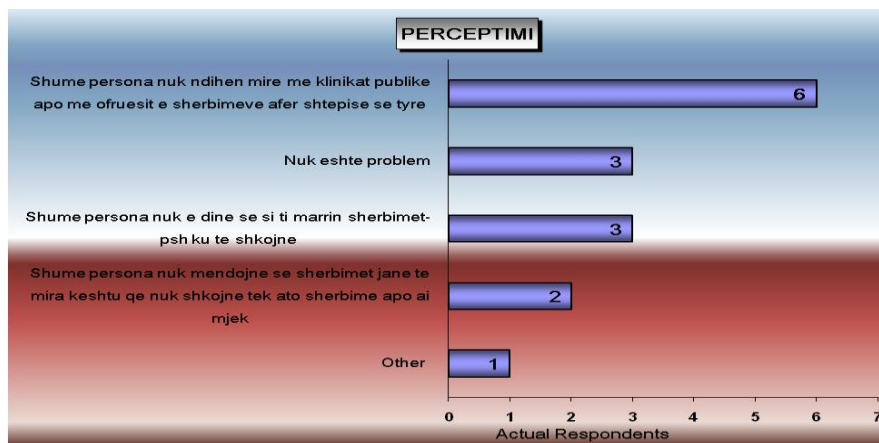
Grafik 4. Aksesit I sherbimeve shendetesore nga vendndodhja gjeografike



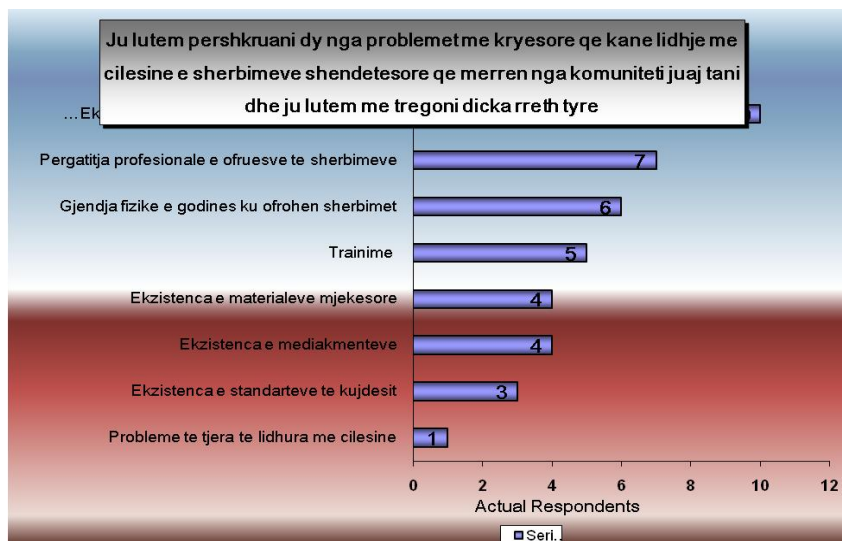
Grafik 5. Mungesa e sherbimeve shendetesore



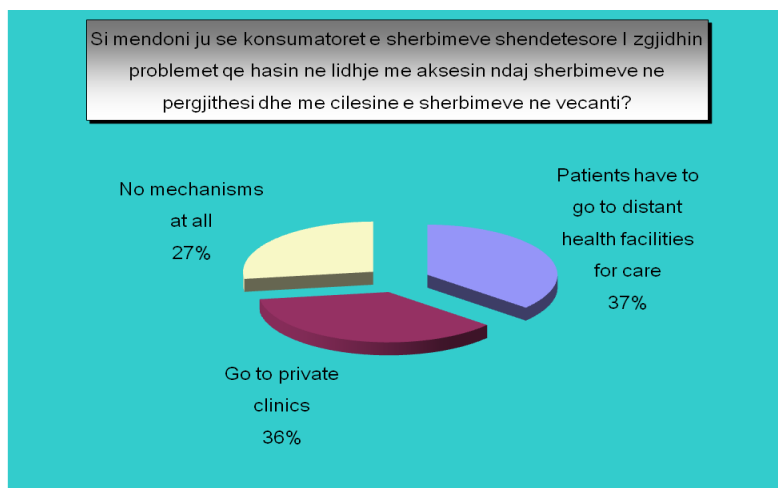
Grafik 6. Informacioni i komunitetit/pacienteve ndaj sherbimeve shendetesore



Grafik 7. Problemet kryesore lidhur me cilesine e sherbimeve shendetesore

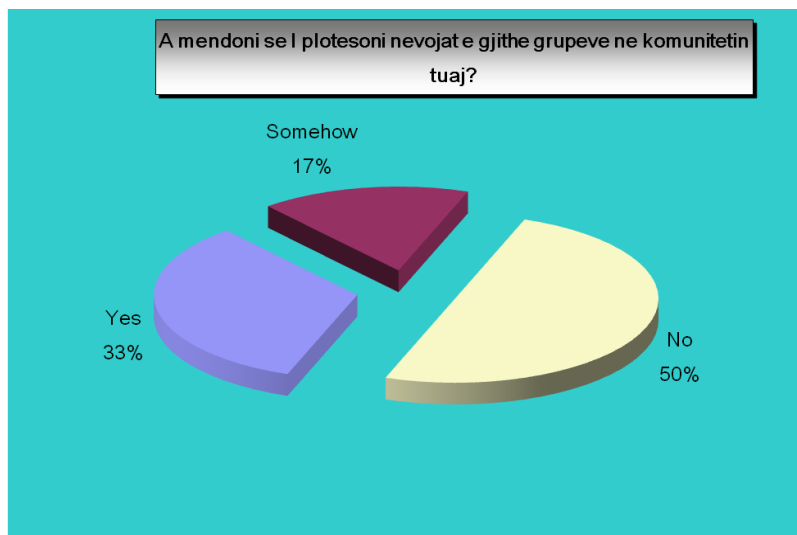


Grafik 8. Zgjidhja e problemeve me aksesin e sherbimeve shendetesore

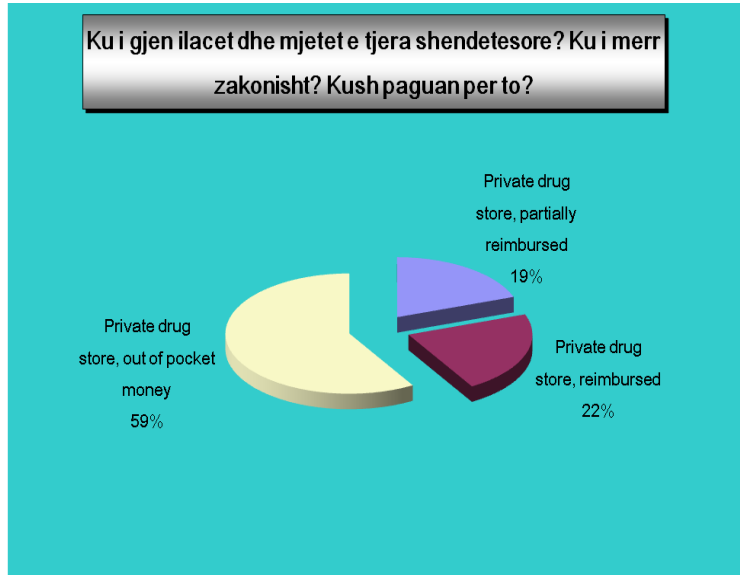




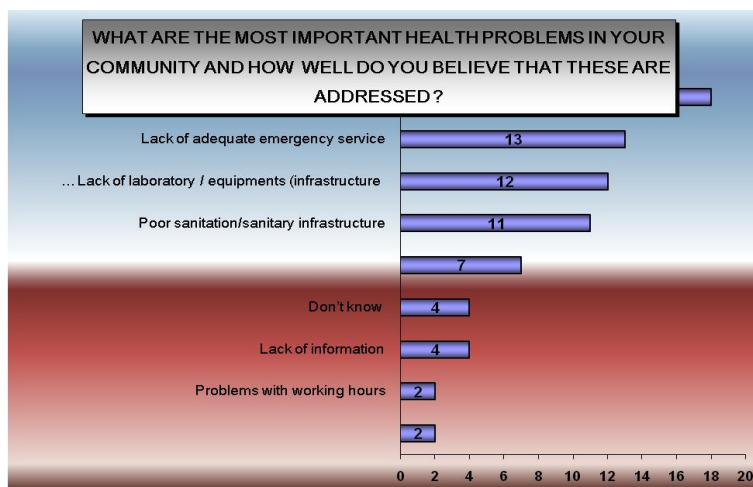
Grafik 10. Plotesimi nevojave ne komunitet



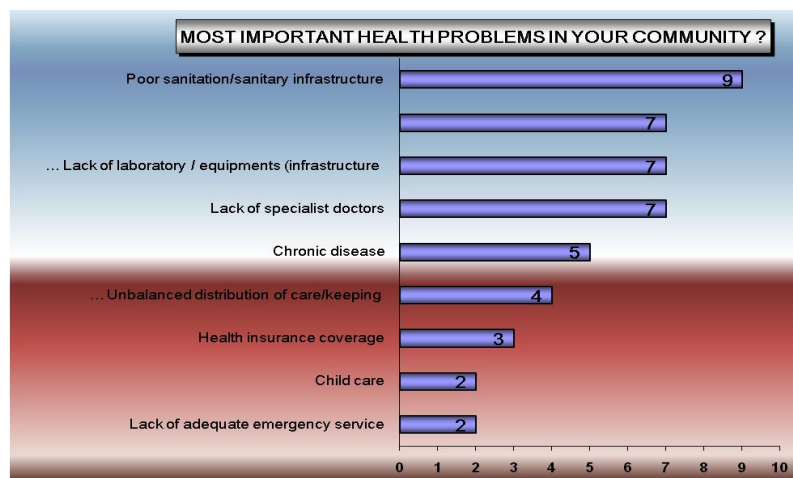
Grafik 10. Ofruesit e sherbimeve shendetesore; medikamenteve



Grafik 11. Problemet shendetesore me te rendesishme dhe si jane adresuar



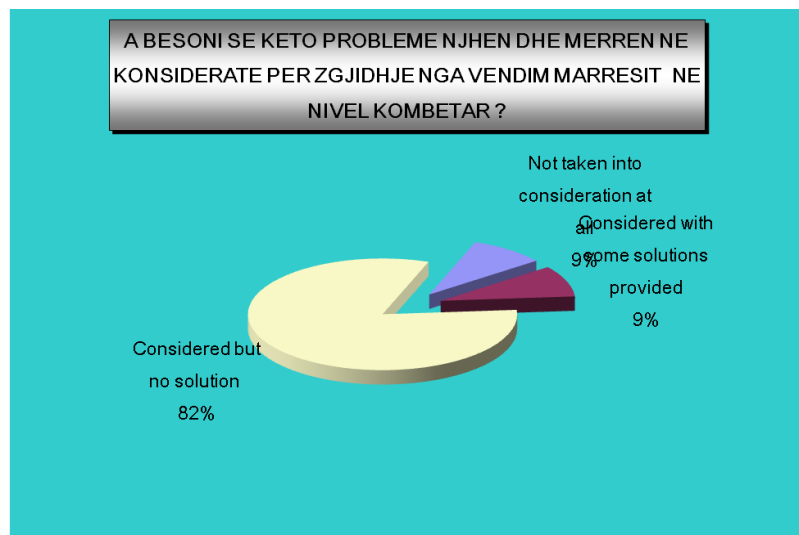
Grafik 12. Problemet shendetesore me te rendesishme



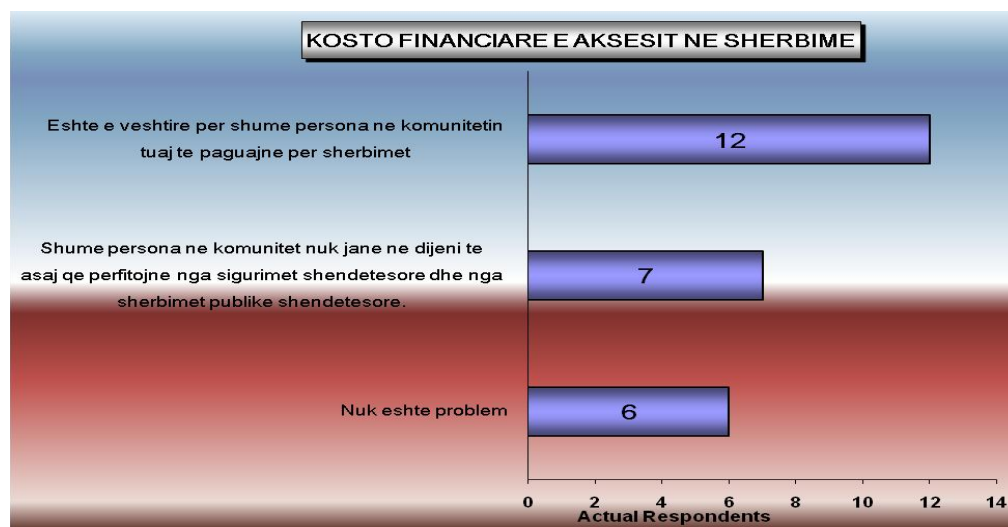
Grafik 13. Mungesa e sherbimit shendetesor si pasoje e specialistit



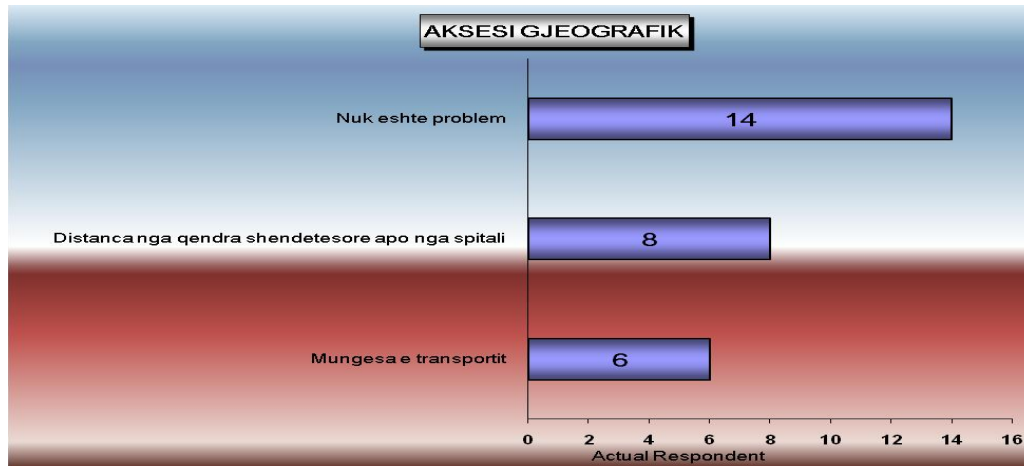
Grafik 13. Njohja e problemeve te komunitetit nga vendimmarresit



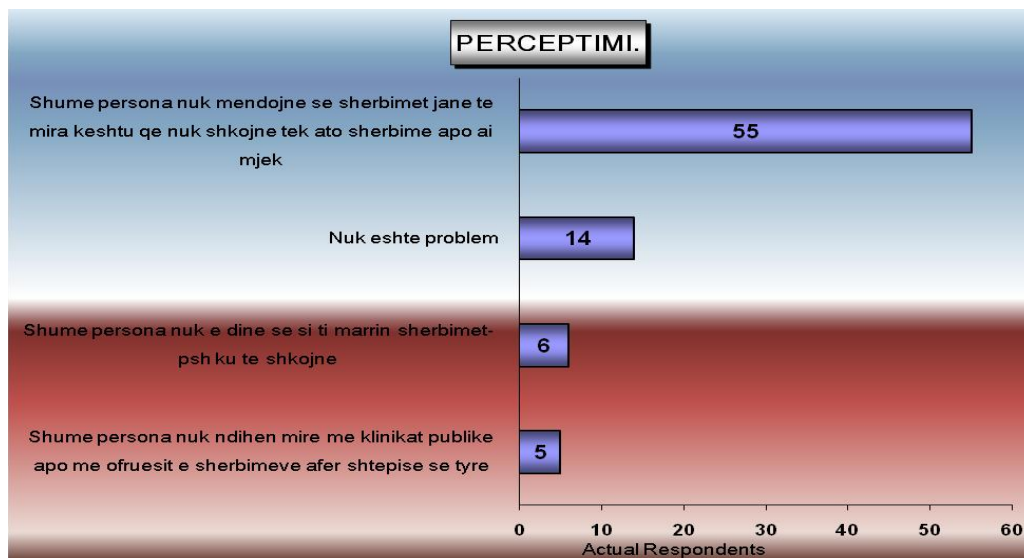
Grafik 14. Kostot financiare te aksesit



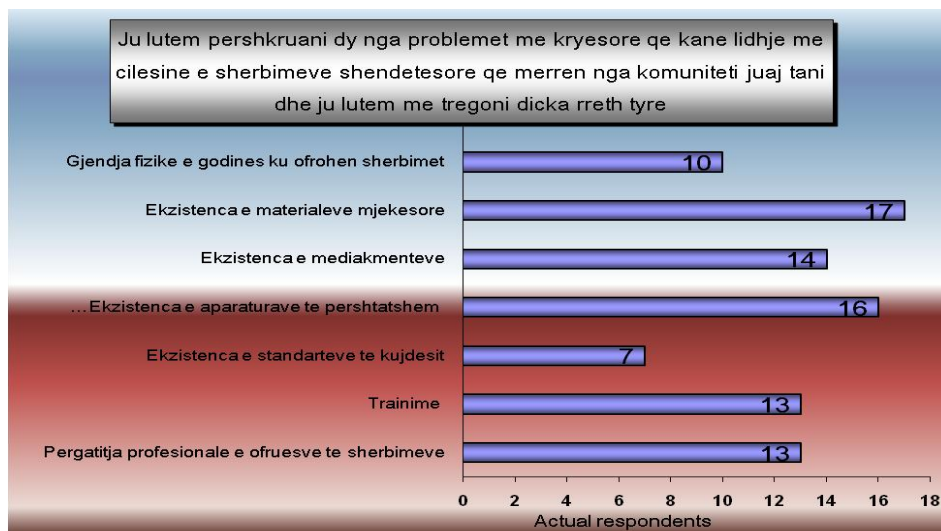
Grafik 15. Aksesit ndaj shërbimeve sipas vendndodhjes gjeografike për komunitetin



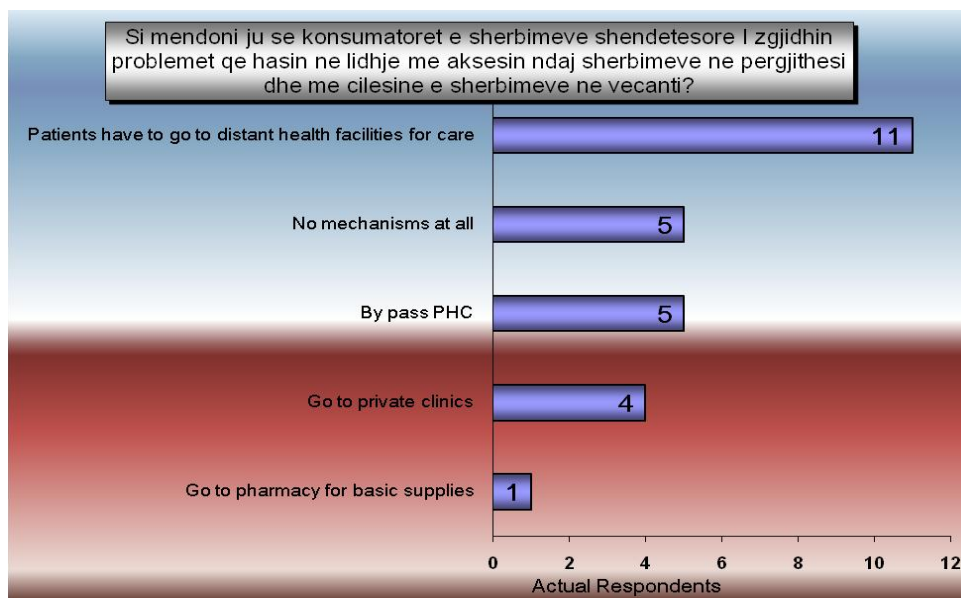
Grafik 16. Informacioni ndaj shërbimeve shëndetësore



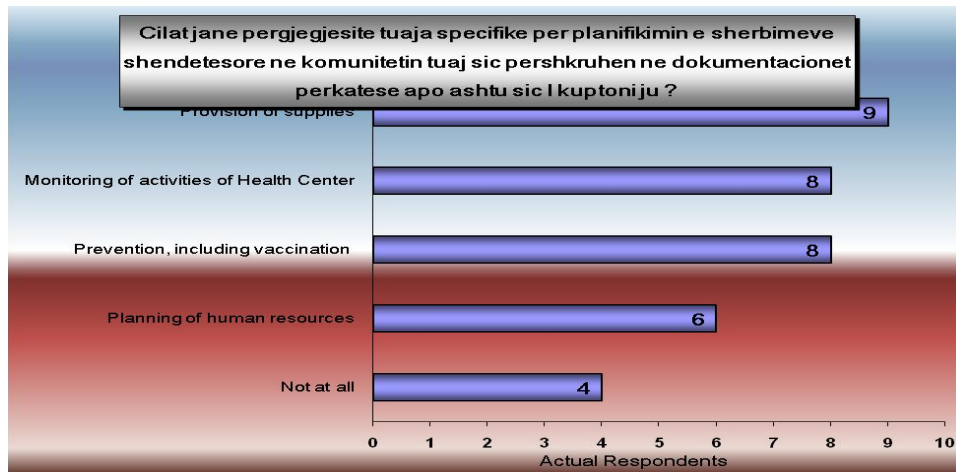
Grafik 17. Problemet kryesore lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore



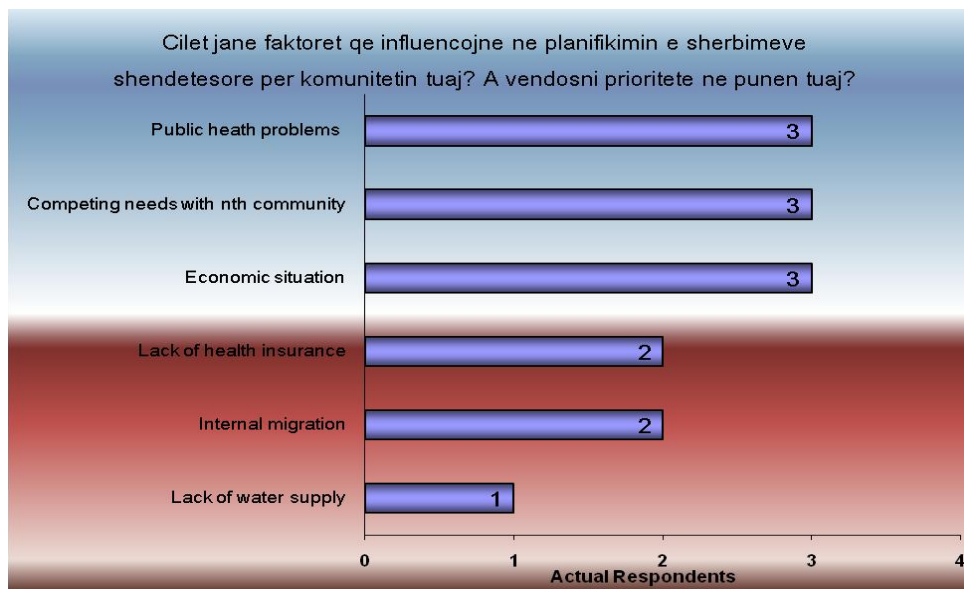
Grafik 18. Zgjidhja e probleme ndaj sherbimeve shendetesore



Grafik 19. Pergjegjesite specifike per planifikimin e sherbimeve shendetesore

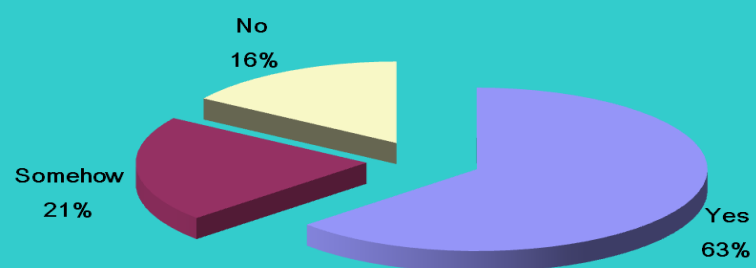


Grafik 20. Faktoret qe influencojne planifikimin e sherbimeve shendetesore



Grafik 21. Perceptimi mbi plotesimin e nevojave ne komunitet

A mendoni se I plotesoni nevojat e gjithë grupeve në komunitetin
tuaj?



Axhenda e takimeve per permbushjen e detyrave

2 nëntor, 2009	Reference Grup Takimi #1	Rishikimi i detyrave
6 nëntor, 2009	Grupi I Punës Takimi #1	Harta e aktiviteteve
10 nëntor, 2009	Grupi I Punës Takimi #2	Elementët e sistemit të M&V
13 nëntor, 2009	Grupi I Punës Takimi #3	Harta e aktivitetëve
17 nëntor, 2009	Grupi I Punës Takimi #4	Vizioni për sistemin e M&V
30 nëntor – 4 dhjetor, 2009		Trainim në programin SPSS
9 dhjetor, 2009	Grupi I Punës Takimi #5	Përditësim i vizionit për Sistemin e M&E dhe Milestones; Indikatorët e Performancës dhe të Impaktit
14 dhjetor, 2009	Grupi I Punës Takimi #6	Indikatorët e Performancës—manaxhimi klinik dhe ai i institucioneve
15 dhjetor, 2009	Reference Grup Takimi #2	Progresi i bërë
21 dhjetor, 2010	Grupi I Punës Takimi #7	Indikatorët e rezultatit të Performancës—Aksesi
6 janar, 2010	Grupi I Punës Takimi #8	Indikatorët e rezultatit të Performancës —Burimet Njerëzore
8 janar, 2010	Grupi I Punës Takimi #9	Indikatorët e rezultatit të Performancës —Financimi
12 janar, 2010	Core Group Takimi #10	Struktura e raportit Vjetor
20 janar, 2009	Reference Grup Takimi #3	Progresi i bërë
2 shkurt, 2010	Grupi I Punës Takimi #11	Përkufizimi i indikatorëve dhe burimi i të dhënave
9 shkurt, 2010	Grupi I Punës Takimi #12	Përkufizimi i indikatorëve dhe burimi i të dhënave
11 shkurt, 2010	Grupi I Punës Takimi #13	Plani i zbatimit

Lista e Kontribuesve

Grupi i Referencës

Klodian Rjepaj, Drejtor I Kabinetit, Ministria e Shëndetësisë
Pellumb Pipëro, Drejtor I Drejtorise se Politikave dhe Planifikimit, Ministria e Shëndetësisë
Gazmend Bejtja, Drejtor I Shendetit Publik, Ministria e Shëndetësisë
Petro Mersini, Drejtor I Planifikimit Spitalor, Ministria e Shëndetësisë
Saimir Kadiu, Drejtor I Planifikimit Financiar, Ministria e Shëndetësisë
Elvana Hana, Drejtor, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Naun Sinani, Keshilltar, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Alban Ylli, Drejtor, Instituti I SHendetit Publik
Elizana Petrela, Nëndrejtor, Instituti I SHendetit Publik
Isuf Kalo, Drejtor, Qendra Kombetare Sigurise, Cilesise dhe Akreditimit
Entëla Shehu, Drejtor, Qendra Kombetare e Edukimit në Vazhdim

Grupi i Punës

Mirela Cami, Sektori I M&V, Ministria e Shëndetësisë
Ledja Xhafai, Sektori I M&V, Ministria e Shëndetësisë
Erol Como, Sektori I Mjekesise familjare, Ministria e Shëndetësisë
Silvana Novi, Sektori I Standardeve, Ministria e Shëndetësisë
Ana Tatari, Sektori I Buxhetit, Ministria e Shëndetësisë
Gazmend Koduzi, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Albana Adhami, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Rustem Prenika, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Laureta Sallaku, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Margarit Ekonomi, Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Ervin Toci, Instituti I Shendetit Publik

Sonela Xinxo, Instituti I Shendetit Publik

Esmeralda Bregu, Qendra Kombetare Sigurise, Cilesise dhe Akreditimit

Ilir Shamata, Qendra Kombetare e Edukimit në Vazhdim

Kontribues të tjerë

Anshu Banerjee, OBSH

Manuela Bello, UNFPA

Cheryl Cashin, Banka Botërore, Projekti i Modernizimit të Sistemit Shëndetësor

Ledia Lazeri, OBSH

Vasil Miho, OBSH

Pia Schneider, Banka Botërore

Zamira Sinoimeri, OBSH
