

UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I LËNDËVE PARAKLINIKE

VLERËSIMI I EFIÇENCËS NË KUJDESIN
SHËNDETËSOR DYTËSOR NË RAJONIN ELBASAN

Disertacion
Për Marrjen e Gradës Shkencore

DOKTOR

Disertanti:

Naun Sinani

Udhëheqës Shkencor:

Prof. Dr. Enver Roshi

TIRANË 2023

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Z. Naun SINANI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

**TEMA: “VLERËSIMI I EFIÇENCËS NË KUJDESIN SHËNDETËSOR
DYTËSOR NË RAJONIN ELBASAN”**

MBROHET NË DATË:/.....2023. PARA JURISË:

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

Parathënie

Në Shqipëri, ekzistojnë mundësi të konsiderueshme për të përmirësuar modelin e financimit të spitaleve në vitet e ardhshme. Kjo kohë përkon më së mirë me marrjen e përgjegjësiave ligjore për financimin e spitaleve në vitin 2013 nga Insituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISHKSH). ISKSH-ja është përgatitur për marrjen e kësaj përgjegjësie prej kohësh dhe ka ndërmarrë disa hapa të rëndësishëm si psh ndërtimin e kuadrit të nevojshëm ligjor dhe stabilizimin e zyrave qendrore dhe rajonale. ISKSH-ja ka krijuar gjithashtu një sistem kostosh që ju është prezantuar spitaleve në vitin 2011 si dhe ka ngritur një sistem për lidhjen e kontratave me spitalet.

Nga ana tjetër, ISKSH-së i mungojnë disa elementë (përbërës) të rëndësishëm për të ekzekutuar financimin e spitaleve në mënyrë të suksesshme. Këto elementë janë përtej kontrollit të ISKSH-së, por janë të rëndësishëm për suksesin e çdo modeli financimi. Ato përfshijnë ngritjen e një modeli qeverisjeje në spitale ose në nivel rajonal dhe emërimin e manaxherëve të fortë spitalor. Për më tepër, në vend ekziston një kulturë që stimulon mungesën e përgjegjësisë së stafit të lartë. Kjo mungesë përgjegjësie do ta ta vështirësojë, në mos pengojë, procesin e ndryshimeve të nevojshme dhe të suksesshme.

Pavarësisht sfidave të lartpërmendura, është e rëndësishme që ISKSH-ja të realizojë ndryshimet e nevojshme, në mënyrë që të jetë e përgatitur për kërkesat teknike të nevojshme për të bërë ndryshimet në financimin spitalor. Gjithashtu, rritja e njohurive mbi mundësitë e përmirësimit të modeleve të financimit si dhe informacioni më i madh që do të fitohet gjatë fazës së përgatitjes, ndoshta do të rrisin interesin dhe transparencën, gjë që do të ndihmojë në realizimin e disa prej ndryshimeve të nevojshme.

Standardet europiane dhe ndërkombëtare për financimin spitalor përfshijnë përdorimin e sistemit DRG – (Diagnosis Related Grouping - Grupimit në bazë të Diagnozës) për të përcaktuar kostot e produkteve spitalore. Ky sistem është i rëndësishëm për të krahasuar në mënyrë efektive ngarkesën e spitaleve. Edhe nëse DRG-të përdoren për të rimbursuar shërbimet e ofruara spitalore, ose për të llogaritur buxhetet perspektive për vitet e ardhshëm, përfitimet e ngritjes së një sistemi matës janë thjesht të rëndësishme. Krijimi i një modeli DRG është i shtrenjtë dhe merr shumë vite për t'u zhvilluar.

Ekzistojnë shumë mundësi për përmirësimin e financimit spitalor, ndërsa përgatitimi për prezantimin gradual të DRG-ve.

Falenderime

Falenderoj udhëheqësin shkencor Prof. Dr. Enver Roshi për ndihmën në të gjitha etapat e studimit.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon për të përfunduar me sukses këtë projekt shkencor.

Shkurtesa

UT	Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës
IEK	Informim, Edukim, Komunikim
ISKSH	Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
DRG	Diagnosis Related Grouping
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
MShH	Ministria e Shëndetësisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PBSH	Paketa Bazë e Shërbimeve
PESH	Promocioni dhe Edukimi Shëndetësor
PKV	Programi Kombëtar i Vaksinimit
PSH	PRO Shëndetit
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
PPB	Prodhimi i Përgjithshëm Bruto
DRSKSH	Drejtoria Rajonale e Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor

Përmbajtja

<i>Parathënie</i>	3
Falenderime.....	4
Shkurtesa.....	5
I HYRJE	10
1.1 Krijimi i Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor.	10
2.0 Menaxhimi Spitalor.....	13
2.1 Vetëadministrimi rajonal.....	13
2.2 Bordet e Drejtorëve	13
4.0 Përgjegjshmëria.....	16
5.0 Ristrukturimi i Spitaleve	17
5.1 Situata Aktuale	17
6.0 Ndryshimet e Rekomanduara	19
7.0 .Ruajtja dhe përmirësimi i shërbimit spitalor nëpërmjet:.....	21
8.0. Financimi i shpenzimeve të Spitalit të Elbasan nga ISKSH në një status të ri të spitalit si institucion shtetëror jo buxhetor.	21
8.1 Kostoja për diagnozë (sipas DRG).	21
9.0 Objektivat e reformës	22
10.0 Zhvillimi i një kuadri të efikasitetit të spitalit	23
II METODOLOGJIA	25
2.1 Qëllimi.....	25
2.2 Objektivat	25
2.3 Materiali dhe Metoda	26
2.4 Përkufizimi i variablave të studimit.	26
2.5 Metodologjia e analizës statistikore	27
III REZULTATE	28
IV DISKUTIM	63
V PËRFUNDIME	71
VI REKOMANDIME	72
VIII SHTOJCA	73
VIII BIBLIOGRAFIA	80

Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Të dhënat sociodemografike të pjesëmarrësve në studim.....	28
Tabela 3. 2 Statistika e përmbledhur e moshës së pjesëmarrësve në studim.....	30
Tabela 3. 3 Aktiviteti shkencor gjatë tre viteve të fundit:.....	31
Tabela 3. 4 A siguron Administrata e spitalit kritere për trajtimin dhe kujdesin për pacientët?	32
Tabela 3. 5 A nxjerr Administrata e spitalit urdhëra të qarta për shefat e pavioneve dhe njësi?.....	33
Tabela 3. 6 A ka Administrata e spitalit një sistem gjithëpërfshirës për vlerësimin dhe raportimin?.....	35
Tabela 3. 7 A ka udhëzime me shkrim për formën dhe përmbajtjen e raporteve të shefave të njësisë për Administratën?.....	36
Tabela 3. 8 A kryen Administrata e spitalit analiza të vazhdueshme mbi ndikimin në spital të ndryshimeve të nevojave të banorëve lokalë për kujdesin, si dhe të ndryshimeve të përgjegjësive të strukturave?	37
Tabela 3. 9 A kryen spitali një analizë të vazhdueshme se si do të ndikojnë	39
Tabela 3. 10 A ka Spitali organizimin, kompetencën, pajisjet dhe planin e duhur për trajtimin e emergjencave?	40
Tabela 3. 11 A ka në Spital kanë një sistem që garanton që udhëzimet dhe	42
Tabela 3. 12 A ka Spitali udhëzime të përgjithshme për ato fusha janë të nevojshme për kujdes efektiv dhe të sigurtë?.....	43
Tabela 3. 13 A ka një ndarje të qartë të punës dhe përgjegjësisë ndërmjet	45
Tabela 3. 14 A ka në Spital kanë plane afat-shkurtër dhe afat-gjatë për të siguruar që ai ka personel të trajnuar dhe kompetent?.....	47
Tabela 3. 15 A i përshtaten ambientet nevojave të pacientëve?	48
Tabela 3. 16 A është Spitali i pajisur siç duhet dhe a ka plane për blerjen dhe mirëmbajtjen e pajisjeve?	50
Tabela 3. 17 Sipas mendimit tuaj.....	51
Tabela 3. 18 Përdorimet e Internetit për arsye të ndryshme	52
Tabela 3. 19 Spitali Rajonal Elbasan dhe spitalet bashkiake: Të dhënat në vitin 2011	54
Tabela 3. 20 Krahasimi i buxhetit në spitalin Rajonal dhe Spitalet Bashkiake në vitin 2011 dhe vitin 2016	54
Tabela 3. 21 Aktiviteti i Shërbimeve kryesore me Shtretër 2011 (Të Shtruar)	55
Tabela 3. 22 Aktiviteti i Shërbimeve kryesore me Shtretër 2016 (Të Shtruar)	56
Tabela 3. 23 Krahasimi i Vizitave në Kabinetet Spitalore Elbasan për vitet 2011 dhe 2016.....	57
Tabela 3. 24 Numri i ndërhyrjeve kirurgjikale vitet 2011 dhe 2016	59
Tabela 3. 25 Aktiviteti i kabinetit të imazherisë në Spital Krahasimi 2010 me 2015	60
Tabela 3. 26 Shërbime të reja të shtuara gjatë viteve 2011-2017	61
Tabela 3. 27 Kënaqësia e pacientëve sipas karakteristikave sociodemografike. Regresioni logistik multivariat.....	61

Lista e figurave

Figura 3. 1 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas gjinisë.	29
Figura 3. 2 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas gjinisë.	29
Figura 3. 3 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas grupmoshës.....	30
Figura 3. 4 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas statusit civil.....	31
Figura 3. 5 Aktiviteti shkencor	32
Figura 3. 6 Kriteret për trajtimin dhe kujdesin për pacientët	33
Figura 3. 7 Urdhërat e Administratës për shefat e pavioneve dhe njërive.....	34
Figura 3. 8 Sistemi i vlerësimit dhe raportimit.	35
Figura 3. 9 Raportet për Administratën	37
Figura 3. 10 Analizat e Administratës	38
Figura 3. 11 Ndikimi i teknologjisë	39
Figura 3. 12 Kapacitetet e Spitalit.....	41
Figura 3. 13 Udhëzimet dhe Instruksionet	42
Figura 3. 14 Udhëzimet për fusha të ndryshme	44
Figura 3. 15 Ndarja e punës dhe përgjegjësiive	46
Figura 3. 16 Planet në lidhje me personelin.....	47
Figura 3. 17 Ambientet e spitalit.....	49
Figura 3. 18 Pajisjet e Spitalit	50
Figura 3. 19 Mendimi i mjekëve për reformën Spitalore.....	51
Figura 3. 20 Përdorimet e internetit.	53
Figura 3. 21 Krahasimi i buxhetit në spitalin Rajonal dhe Spitalet Bashkiake në vitin 2011 dhe vitin 2015	55
Figura 3. 22 Aktiviteti i Shërbimeve kryesore me Shtretër 2011 - 2016.....	56
Figura 3. 23 Numri total i vizitave 2011 dhe 2016.....	57
Figura 3. 24 Krahasimi i Vizitave në Kabinetet Spitalore Elbasan për vitet 2011 dhe 2016.....	58
Figura 3. 25 Numri i nderhyrjeve kirurgjikale vitet 2011 dhe 2016.....	59
Figura 3. 26 Aktiviteti i kabinetit të imazherisë në Spital Krahasimi 2010 me 2015..	60
Figura 3. 27 Kënaqësia e pacientëve sipas karakteristikave sociodemografike	62

Abstrakt

Hyrje: Sistemi shëndetësor në Shqipëri është një sistem që siguron një mbulim universal me kujdes shëndetësor me anë të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme dhe kontributit të shtetit për popullsinë jo aktive, si për kujdesin shëndetësor parësor ashtu dhe për atë spitalor.

Qëllimi: Vlerësimi i efikasitetit në kujdesin shëndetësor dytësor në rajonin Elbasan. Ky vlerësim do të krijojë mundësinë e identifikimit të arritjeve dhe mangësive të reformës për përmirësimin e mëtejshëm të saj.

Materiali dhe metoda: Studimi është i tipi deskriptiv i kryer në periudhën 2011-2016 i realizuar me anë të një pyetësi të vetë administruar të përbërë nga variablat sociodemografikë, variablat e vlerësimit të elementëve të reformës. Në studim u përfshinë mjekët dhe infermierët e Spitalit Rajonal Elbasan. Për vlerësimin e kënaqësisë së pacientëve u intervistuan 104 pacientë me anë të një pyetësi.

Rezultatet: Nivel shumë i lartë i pranimin të reformës dhe vlerësimin i rolit të saj në ndryshimin e metodave të punës dhe në përmirësimin e cilësisë së kujdesit në Spital. Spitali ka organizimin, kompetencën, personelin, ambientet, pajisjet dhe planin e duhur për sigurimin e shërbimeve me cilësi maksimale. Pjesëmarrje e ulët në seminare të edukimit të vazhdueshëm gjatë tre viteve të fundit kundrejt trajnimeve të organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike etj. Pjesëmarrje relativisht e ulët në konferenca shkencore. Akses i ulët, në përdorimin e kompjuterit. Nivel i ulët i përdorimit të internetit. Rritje e financimit buxhetor, e aktivitetit dhe numrit të shërbimeve të reja spitalore. Pacientët të kënaqur nga cilësia e ofrimit të shërbimit dhe qëndrimi i personelit.

Konkluzion: Indikatorët e performancës së spitalit duhet të vazhdojnë të zhvillohen dhe përmirësohen, me qëllim që të mbështesin më tej monitorimin dhe financimin nga ISKSH-ja

Fjalë kyçe: reformë, efikasitet, spital, menaxhim, personel

I HYRJE

Sistemi shëndetësor në Shqipëri është një sistem që siguron një mbulim universal me kujdes shëndetësor me anë të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme dhe kontributit të shtetit për popullsinë joaktive, si për kujdesin shëndetësor parësor ashtu dhe për atë spitalor.

Sistemi shëndetësor në Shqipëri nëpërmjet reformave të ndryshme ka kaluar nga sistemi Semashko në sistemin Bismark. Një problem kryesor që i doli para Qeverisë pas kalimit nga sistemi komunist nëdemokraci bazuar në pluralizmin politik në vitin 1992, ishte gjetja e burimeve financiare për mbajtjen e shërbimeve shëndetësore esenciale, pasi buxheti i shtetit ishte i pamjaftueshem (1).

Para viteve 1990 mekanizmi i alokimit financiar në Shqipëri ishte diskret, i pa njohur. Fondet i alokoheshin institucioneve në bazë të buxhetit të tyre historik dhe faktorëve politikë. Në vitin 1987 shpenzimet për shëndetësinë ishin 3% e PPB krahasuar me vendet e Europës Lindore 2.8% dhe Europa perëndimore 7.3%. Sistemi shëndetësor ishte bazuar në një mix ndërmjet taksimit të përgjithshëm dhe sigurimeve shtetërore. Shpërbërja e sistemit komunist u shoqërua me kolapsin e institucioneve dhe organizmave shtetërore, (edhe institucionet shëndetësore). Në spital mungonin barnat, reagentët, filmat, aparaturat, ekzaminimet laboratorike. Në këtë situatë dilte e nevojshme reformimi i sistemit shëndetësor dhe sidomos i atij spitalor. Reformat duhet të ndërhyjnë njëkohësisht në organizimin, administrimin, strukturat dhe burimet financiare. Nevojat e spitaleve për shërbime shëndetësore kërkonin ndryshime në përputhje me ndryshimet ekonomike. Megjithëse sistemi është përmirësuar, është shtuar volumi i shërbimeve spitalore, futja në skemën e sigurimeve shëndetësore të shërbimit spitalor në disa hallka të tij, teknologjia e re, ekzaminime laboratorike dhe radiologjike të shumta, përsëri ofrimi i shërbimeve është shumë larg normave dhe standarteve të përcaktuara, cilësia e shërbimit është e ulët, ofruesit dhe përfituesit e shërbimit janë të pa kënaqur. Niveli i financimit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, ka qenë i ulët dhe vazhdon të mbetet i ulët. Pjesa më e madhe e fondeve vinte nga buxheti i shtetit, por taksa bazë ishte problematike për shkak të ardhurave të ulta, ekonomisë informale dhe problemet me mbledhjen e taksave. Sistemi shëndetësor në Shqipëri ka kaluar nëpër etapa dhe stada të ndryshme zhvillimi. Vetëm në vitin 2009-2010 është ndër sektorët më prioritarë të qeverisë së tanishme. Në vitin 2010 buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë u rrit me 30% në krahasim me vitin 2008, duke zënë rreth 9.6% të buxhetit total të parashikuar (2).

Krijimi i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor si blerës i vetëm i shërbimit shëndetësor ishte reformë e ndërmarrë për një mënyrë të re financimi dhe administrimi struktural, që do të sillte më shumë para, shpërndarje më të drejtë, përdorim racional të tyre për rrjedhojë përmirësim të sistemit shëndetësor në Shqipëri.

1.1 Krijimi i Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor.

Në vitin 1994 u krijua Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH) si institucion shtetëror, i pavarur, jo buxhetor dhe jo fitimprurës, i cili filloi aktivitetin e tij në të gjithë vendin në mars të vitit 1995. Instituti i Sigurimeve Shëndetësore morri më shumë se 17% të të gjithë fondit shëndetësor, 8.5% vinin nga buxheti i shtetit, 4.3% nga punëdhënësit, 4.4% kontributi individual. Në vitin 1999 shërbimi shëndetësor ishte financuar si vijon: 59% nga buxheti i shtetit, 29% nga pagesa e konsumatorëve, 4% nga

kontributi i sigurimeve shëndetësore i punëdhënësit, 8% nga donatorët e huaj. Një blerës i vetëm i shërbimit shëndetësor u cilësua si më i mirë më i aftë për të mbuluar gjithë popullatën, të vepronte si një rregullator i fortë dhe të mbante kostot administrative të ulta (3).

Aktiviteti i ISSH do të zhvillohej i mbështetur në legjislacionin e ngritur mbi parimet e solidaritetit dhe mbrojtjes së grupeve më të rrezikura të popullsisë. Pjesmarrja në ISKSH varion sipas grupeve të ndryshme të popullatës, shumica e të papaguarëve ku përfshihen fëmijët, pensionistët, etj, janë automatikisht të mbuluar nga buxheti i shtetit. Forcat aktive të punës përbëjnë 70% të popullatës, vetëm 40% ishin mbuluar në skemën e sigurimeve në vitin 1999. Fermerët përfaqësojnë 1/4 e popullsisë dhe janë grupi me pjesëmarrje më të ulët rreth 4%, një shkak është se fermerët nuk mund të paguanin dy kontributet e sigurimeve shëndetësore dhe shoqërore, ishin të pak të informuar për përfitimet e kësaj skeme dhe vetë skema mbulonte shërbime të limituara. Sasia e kontributit ishte vendosur në bazë të të ardhurave. Kjo sasi e kontributit është 3.5% e pagës 1.7% për punëdhënësin dhe 1.7% për punëmarrësin. Sasia e kontributit për të vetë punësuarit, punëdhënësit dhe punonjësit e pa paguar të familjes është 3% të pagës minimale për zonat kodrinore –malore, 5% për zonat fushore dhe 7% për të vetëpunësuarit në qytet. Shteti kontribuon për personat jo aktivë si: fëmijët, nxënësit, studentët, pensionistët, të paafët mendorë dhe fizikë, të papunët personat me asistencë –ndihmë ekonomike, ushtarët, nënat me leje lindje.

Sigurimet shëndetësore vullnetare: shtetasit mund të sigurohen në skemat e sigurimeve, kur për një kohë dhe shkaqe të arsyeshme nuk mund të sigurohen detyrimisht, por kjo mbetet në shifra të ulta.

Pagesat formale nga xhepi përbëjnë një përqindje në rritje të të ardhurave në kujdesin shëndetësor, këto të ardhura përbëjnë 24.6% të gjithë shpenzimeve shëndetësore. Bashkëpagesat e pacientëve janë vendosur në një nivel të ulët dhe nuk janë një burim i madh të ardhurave dhe aplikohet vetëm në shërbimin farmaceutik. Një fenomen i përhapur në të gjithë Shqipërinë është pagesa informale e cila është e pa matëshme dhe e shtrirë në të gjitha shërbimet. Masa e mbulimit dhe subvencionimit nga ISKSH është zgjeruar dhe shtrirë me kalimin e viteve, si në shërbimet shëndetësore ashtu dhe në pagesën e ofruesve të shërbimit dhe në listën e barnave të rimbursuara. Aktualisht sot, sigurimet shëndetësore mbulojnë një pjesë tëçmimit të barnave, shpenzimet e shërbimit nga mjeku i Përgjithshëm, Familjes, mjeku specialist, infermierët e shërbimit parësor, shërbimet shëndetësore spitalore (4).

Disa nga arsyet më kryesore që ndikojnë drejtpërsëdrejti në vështirësitë që popullsia ka për të përfituar nga sistemi shëndetësor në Shqipëri janë: mungesa në numër e burimeve njerëzore të specializuara, shpërndarja jo në mënyrë të studiuar e të harmonizuar e burimeve njerëzore ekzistuese, lëvizja e herëpashershme e tyre nga pozicioni i punës, mungesa e motivimit të personelit për shkak të nivelit të ulët të pagave, pengesa subjektive, si niveli i lartë i korrupsionit, performanca e ulët si rrjedhojë e mungesës së kushteve normale të punës, niveli i ulët i profesionalizmit të personelit etj. Sot ISKSH financon mjekun e P/F në bazë të numrit të banorëve të rregjistruar, mjekun specialist me pagë. Nga viti 2009 në skemën e sigurimeve shëndetësore është përfshirë dhe shërbimi spitalor, ku mjekët paguhën me pagë.

Spitalet në Shqipëri janë në tranzicion. Ndërsa ka shumë probleme, përmes aplikimit të vazhdueshëm dhe të përkushtuar të përpjekjeve nga ana e drejtorive të spitaleve dhe ekonomistëve dhe mjekësore të tyre, e infermierëve, administratës, dhe mbështetjes së shtabeve, një marrëveshje e madhe mund të realizohet (5).

Prej Sistemit të Menaxhimit përcaktohet se prioritetet e tij duhet të jenë në fushat e mëposhtme:

- Shërbimet klinike
- Ambientet spitalore
- Fuqia punëtore
- Menaxhimi

Duhet të zhvillohet një program kombëtar i veprimit për të rritur standardet e performancës dhe produktivitetit.

Në sistemin e tanishëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri vërehen një sërë kufizimesh, të cilat të bëjnë të të sugjerosh që nuk është e përshtatshme të bëhen ndryshime në financimin spitalor, derisa këto mangësi të adresohen. Nga ana tjetër, këto mangësi (pika të dobëta) janë jashtë kontrollit të ISKSH-së dhe ISKSH-ja është përgjegjëse për ndryshimin e modelit të financimit spitalor, kurdo që ta lejojnë rrethanat. Duhet një seri ndryshimesh graduale, të cilat do të ofrojnë më shumë informacion dhe si rrjedhim më shumë transparencë dhe përgjegjësi. Ndërsa rritet transparenca, më shumë njerëz do t'i kuptojnë ndryshimet që duhet të ndodhin, dhe si rrjedhim do të ulin rezistencën ndaj realizimit të ndryshimeve të nevojshme (6).

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor është planifikuar të marrë përsipër financimin e spitaleve në vitin 2013. Ndërsa ky proces mund të shtyhet për një numër arsyesh, është e rëndësishme që ISKSH-ja të jetë e përgatitur për marrjen e kësaj detyre. Për më tepër, të gjitha rekomandimet e ISKSH, nëse adoptohen, do ta çojnë Shqipërinë në një drejtim, që do të jetë konsistent me financimin e përmirësuar spitalor dhe kujdesin shëndetësor cilësor (7).

Qasja e përdorur nga ky institucion synon të ofrojë rekomandime, zbatimin e të cilave do të maksimizojë përfitimet spitalore, me kosto dhe risk minimal. Për ta ilustruar, është e mundur të rrisim barazinë e ndarjes së fondeve ndërmjet spitaleve, në bazë të informacionit që disponohet momentalisht. Disa nga ndryshimet e propozuar mund të fillojnë të realizohen që tani, pa prituri për ndryshimin e plotë të modelit të financimit.

Objektivat e metodologjisë së reformuar të financimit spitalor në Shqipëri nuk janë deklaruar në mënyrë të qartë, megjithatë janë supozuar objektivat e mëposhtme:

- Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor
- Rritja e besimit në sistemin e kujdesit shëndetësor nga ana e rezidentëve dhe pacientëve
- Përmirësimi i barazisë së niveleve të financimit sipas spitaleve dhe popullsisë
- Përmirësimi i efikasitetit dhe efektivitetit të kujdesit spitalor dhe,
- Rritja e produktivitetit

Arritja e këtyre objektivave varet nga rritja e përgjegjshmërisë së njerëzve në sistem, ulja e nivelit të korrupsionit dhe ndërhyrja më e pakët politike, që do të vijë nëpërmjet rritjes së transparencës, vendosjes së një sistemi qeverisjeje dhe menaxhimit të përmirësuar spitalor.

2.0 Menaxhimi Spitalor

2.1 Vetëadministrimi rajonal

Vetëadministrimi i entiteteve të tilla si spitalet është një proces që është ndjekur nga shumë vende të zhvilluara. Ky proces përfshin transformimin e spitaleve nga entitete të zotëruara dhe drejtuar nga qeveria, në entitete të pavarura nga qeveria, së paku në baza ditore. Zakonisht, qeveria vazhdon të ushtrojë kontroll të konsiderueshëm mbi kontraksionet kapitale. Pajisjet e kushtueshme vazhdojnë të blihen duke përdorur fondet e alokuara nga qeveria dhe kostot operative vazhdojnë të aprovohen/vendosen nga qeveria. Në Shqipëri, Insituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, në emër të qeverisë, do të vazhdojë të aplikojë politika dhe metodologji të tilla që do të bëjnë që spitalet të funksionojnë në mënyrë konsistente me dëshirat e qeverisë (8).

Avantazhi i vetëadministrimit të spitaleve është t'i ofrojë këtyre të fundit kontroll dhe fleksibilitet të mjaftueshëm për të funksionuar si korporata. Spitalet mund të vetë-manaxhohen, si një sektor privat, ose organizatë fitimprurëse. Kjo do të thotë të marrin në punë manaxherë të mirë, të përdorin mjete financiare të tilla si buxhetimi, analizat e përfitimit të kostos, planifikimi strategjik disa-vjeçar, komunikimi me klientët (publikun ose klientët e tyre) dhe përgjithësisht të bëhen më shumë eficient dhe të përgjegjshëm.

Hapi tjetër pas vetëadministrimit të spitaleve rajonale do të ishte zgjerimi i përgjegjësisve të tyre, duke përfshirë manaxhimin e spitaleve bashkiake, në emër të qeverisë, por jo si pjesë e saj. “Entiteti korporativ” (spitalet rajonale), duke zgjeruar modelin e korporatave të sektorit privat, do t'i shihte këto spitale si “degë”, në të cilat ofron shërbime më pranë klientëve të vet (9).

Nuk rekomandohet që procesi i vetëadministrimit t'i përfshijë spitalet bashkiake që në fillim, duke qenë që objektiva afatmesme do të ishte që këto spitale të bëheshin pjesë e strukturave rajonale.

Hapat e mëtejshëm që mund të realizohen në 5-7 vitet e ardhshme mund të ishin përfshirja e shërbimeve të tjera shëndetësore në këto autoritete rajonale. Shërbime të tilla mund të përfshijnë kujdesin parësor, kujdesin për moshën e tretë, shëndetin mendor etj. Këto shërbime komunitare mund të zgjeroheshin për të përfshirë kujdesin në shtëpi dhe shërbime të tjera që mund të përdoren për të plotësuar shërbimet spitalore, me qëllimin trajtimin e pacientëve në shtëpitë e tyre përkundrejt trajtimit në spital.

2.2 Bordet e Drejtorëve

Prezantimi i Bordeve të Drejtorëve rekomandohet të ndodhë që në fillim të këtij procesi. Bordet duhet të ngrihen për çdo nga 11 spitalet rajonale, për Spitalin “Nënë Tereza”, ndoshta një bord për dy spitalet terciare – maternitetet, dhe një për spitalin polmunar. Bordet mund të përbëhen nga 9-12 anëtarë. Me sa duket, spitali “Nënë Tereza” ka ngritur një bord për çështjet edukative, por përgjegjësitë e tij në lidhje me funksionimin e spitalit nuk janë të qarta. Raportohet që Ligji nr. 2003 përmban parashikime për

Bordet e Drejtorëve, që do të thotë që tashmë ekziston një bazë ligjore për të proceduar (10).

Rekomandimi për të ngritur borde qeverisëse bazohet në disa faktorë. Një prej tyre vjen nga eksperiencia ndërkombëtare, e cila sugjeron se organe të tilla qeverisëse i sjellin vlera manaxhimit të spitaleve dhe tentojnë t'i bëjnë aktivitetet e tyre më transparente. Bordi ka demonstruar një efekt pozitiv në aktivitetet e këtij spitali, që evidentohet nga kostot e tij të ulta dhe produktiviteti i lartë. Më tej, struktura qeverisëse është një element i rëndësishëm në rritjen e përgjegjshmërisë së ekipit të manaxhimit dhe stafit të spitalit.

Anëtarët e çdo bordi duhet të caktohen/zgjidhen në përputhje me ligjin, bazuar në pozicionet e tyre si përfaqësues të disa organizatave të ndryshme si ISKSH, Ministria e Shëndetësisë, Bashkia, Universiteti etj. Anëtarët mund të kenë mandate 3 vjeçare dhe 3 ose 4 anëtarë të bordit duhet të ndërrohen çdo vit. Në këtë mënyrë ruhet një vazhdimësi e bordit duke qenë që dy të tretat e tij vazhdojnë nga viti paraardhës, dhe në të njëjtën kohë, çdo vit sillen ide të reja në bord nga 3 ose 4 anëtarët e rinj.

Pas zgjedhjes në bord, anëtarët e bordit duhet t'i nënshtrohen një programi trajnimi. Trajnimi duhet të mbulojë shumë tema të ndryshme si zhvillimi i mbledhjeve, planifikimi strategjik dhe manaxhimi i drejtorëve të spitaleve. Programe të tilla mund të gjenden në internet (11).

Do të ishte me vlerë të bëheshin marrëveshje me universitetin lokal për të ofruar programe të tilla trajnimi si pjesë e programeve të tyre komunitare. Duke qenë që anëtarët e bordeve janë zakonisht shumë të zënë, programe të tilla mund të zhvillohen përgjatë disa fundjavave. Do të ishte me vlerë nëse anëtarët e bordeve të çdo spitali do t'i ndiqnin këto programe në grup. Përfitimi ka të bëjë me faktin që çdo person mund të ndjekë të njëjtat diskutime, të njëjtat pyetje dhe shembuj të përdorur në programin e trajnimit. Do të ishte gjithashtu një mundësi për të forcuar ekipin.

Roli dhe detyrat e bordeve duhet të dokumentohen dhe duhet të përfshijnë faktorë të tillë si:

- Të përfaqësojnë popullsinë, së cilës i shërbehet nga spitali,
- Të zgjedhin dhe caktojnë një manaxher spitali, bazuar në një konkurs të hapur dhe transparent,
- Të vlerësojnë në baza vjetore performancën e manaxherit të spitalit dhe të përfundojnë ose rinovojnë kontratën e tij/saj vjetore, në bazë të rezultateve të vlerësimit.
- Të rishikojnë vendimet madhore të spitalit, në bazë të rekomandimeve të manaxherit të spitalit, dhe pas analizave të përshtatshme të bëra nga stafi.
- Të rishikojnë dhe aprovojnë buxhetin, performancën mujore të shpenzimeve spitalore, krahasuar me buxhetin dhe,
- Të rishikojnë dhe aprovojnë ndërtimet kapitale ose blerjet e pajisjeve madhore etj.

Bordet mund të kenë nën-komitete për çështje të ndryshme si financat, ndërtimet kapitale, pajisjet dhe cilësinë e kujdesit. Një nën-komitete mund të përbëhet nga 3 ose 4 përfaqësues të bordit dhe 2 ose 3 përfaqësues të stafit të spitalit, që mbajnë pozicione të larta në spital. Zakonisht, bordi mblidhet një herë në muaj ose një herë në çdo dy

muaj, ndërsa nën-komitetet mund të takohen para çdo mbledhjeje bordi, për të formuluar rekomandimet për t'ju paraqitur bordit (12).

Ngritja e bordeve për spitalet bashkia nuk rekomandohet për dy arsye. Së pari, po diskutohet për të ndryshuar strukturën dhe rolin e disa prej spitaleve bashkiake. Do të ishte një përpjekje e kotë për të ngritur dhe trajnuar borde për spitale, të cilat mund të mos jenë më të tilla pas një kohë të shkurtër. Së dyti duhet konsideruar mundësia e konsolidimit të përgjegjësive për spitalet bashkiake në nivel rajonal. Ky rekomandim zhvillohet më tej, më poshtë. Nëse ky rekomandim do të ndiqet, nuk do të ishte e vlefshme të ngriheshin 24 borde për spitalet bashkiake, vetëm për t'i shpërbërë/hequr ato sërisht, pas një ose dy vitesh (13).

3.0 Manaxhimi i Spitaleve

Është kritike që të përmirësohet stafi manaxhues i spitaleve, ose nëpërmjet marrjes në punë të njerëzve të rinj, nëpërmjet një procesi transparent, të drejtuar nga Bordi, ose nëpërmjet trajnimit të manaxherëve ekzistues.

Vazhdimësia e manaxhimit të spitalit është një element domethënës për të përmirësuar performancën spitalore.

Nevoja për manaxhim të fortë spitalor kërkohet për tre arsye, që lidhen me financimin spitalor.

1. Së pari, do të jetë e vështirë për të marrë informacion të saktë dhe në kohën e duhur nga spitalet, nëse nuk ka një përkushtim të tipit korporativ dhe një plan për ta siguruar atë.
2. Së dyti, modelet e financimit spitalor synojnë të kenë karakteristika të tilla që të inkurajojnë ose shkurajojnë spitalet të sillen në një mënyrë të caktuar. Nëse manaxhimi spitalor nuk është i fortë mjaftueshëm për të kuptuar implikimet e modeleve të ndryshme të financimit dhe për t'i përshtatur operacionet e veta për të përfitur nga karakteristikat e tyre, atëherë një pjesë e madhe e qëllimit do të humbasë.
3. Së treti, çdo model financimi spitalor kërkon një informacion të caktuar. Një pjesë e vlerës së mbledhjes së informacionit është që manaxherët spitalor ta përdorin atë për të vlerësuar performancën e tyre dhe ndoshta për ta krahasojnë atë me performancën e të tjerëve. Manaxherët e dobët ose ato pa aftësi manaxheriale nuk do të përfitojnë nga informacioni i shtuar.

Duket sikur ka një mungesë përgjegjësie të dukshme ndërmjet manaxherëve të spitaleve. Për sa kohë që manaxherët e spitaleve kanë aftësi manaxheriale të varfëra, nuk kanë mbikqyrje lokale, siç do të kishin nëse do të ekzistonin bordet e drejtorëve, ose nuk kanë pritshmëri për t'i mbajtur pozicionet e tyre për një kohë të konsiderueshme, nuk ka të ngjarë të ketë përmirësime (14).

Një nga përgjegjësitë kryesore të bordeve të drejtorëve është të zgjedhin dhe emërojnë manaxherët e spitaleve, nëpërmjet konkursve të hapura dhe transparente, për të zgjedhur personat më të mirë të mundshëm për pozicionet në fjalë. Një përgjegjësi dytësore e bordit është të krijojnë një plan vazhdimësie. Kjo nënkupton zgjedhjen e një Zëvendës-Manaxheri, cili duhet të jetë në gjendje të mbulojë përkohësisht pozicionin e

manaxherit, dhe të sigurojë vazhdimësi, nëse manaxheri nuk mund të punojë përkohësisht. Pozicione të tilla zëvendës-manaxherësh shërbejnë gjithashtu që individët që i mbajnë këto pozicione të fitojnë eksperiencë dhe të zhvillojnë aftësitë e duhura për t'u bërë manaxher spitali në të ardhmen.

Nëse ka qeverisje dhe manaxhim të mirë pritet që dhe në nivelet më të ulta të spitalit të ketë procese manaxhimi të përmirësuara. Është e nevojshme që stafi i lartë i spitalit të përkushtohet për të përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor si dhe manaxhimin sektorial. Kjo është e mundshme, nëse manaxhimi përfshin stafin në përgatitjen e buxhetit dhe në masat për kontrollimin e kostove, nëse stafi konsultohet dhe përfshihet në implementimin e udhëzuesve klinik dhe protokolleve dhe çështjeve të tjera (15).

Brenda dy ose tre viteve pas kthimit të spitaleve në entitete korporative, ngritjes së bordeve të drejtorëve dhe vendosjes së manaxhimit të përmirësuar spitalor do të ishte koha duhur për të konsideruar kalimin e spitaleve bashkiake nën përgjegjësinë e ekipeve manaxhuese të spitaleve rajonale. Sipas këtij skenari, përgjegjësitë e bordeve do të zgjeroheshin për të përfshirë spitalet bashkiake dhe manaxherët e spitaleve rajonale do të ishin gjithashtu përgjegjës për spitalet bashkiake. Në spitalet bashkiake mund të vendosen zëvendës-manaxherë për të realizuar mbikqyrjen ditore.

Në një moment të caktuar në të ardhmen, do të ishte e logjikshme të konsiderohej zgjerimi i mëtejshëm i përgjegjësive të bordeve dhe manaxherëve të spitaleve rajonale për të përfshirë shërbime të tjera shëndetësore në rajon të tilla si kujdesi primar, shëndeti mendor dhe shërbime të tjera. Këto shërbime të tjera mund të përfshijnë në të ardhmen shërbimet me bazë komunitare, që sigurojnë kujdes shëndetësor në shtëpitë e pacientëve dhe në institucionet e posacme të kujdesit ndaj të moshuarve dhe invalidëve, të cilët nuk kanë nevojë për ndërhyrje akute mjekësore në spital. Në këtë moment, bordet rajonale dhe strukturat rajonale të manaxhimit spitalor do të bëheshin autoritete shëndetësore rajonale. Objektivi kryesor i një ndryshimi të tillë do të ishte integrimi i shërbimeve dhe vendimmarrja më e mirë në nivel rajonal.

Një model manaxhimi rajonal ka avantazhin se mund të integrojë kujdesin në nivel lokal për të siguruar shërbimet më të mira të mundshme për pacientët në spital ose në komunitet. Ky model supozon se ekziston një manaxhim i mirë spitalor, i përkushtuar për të ofruar shërbime cilësore (16).

4.0 Përgjegjshmëria

Shpresohet që me kalimin e kohës përgjegjshmëria të bëhet pjesë e kulturës së spitaleve dhe e kujdesit shëndetësor. Përgjegjshmëri do të thotë që njerëzit në sistem t'i marrin pozicionet dhe përgjegjësitë e tyre seriozisht; të punojnë aq kohë sa pritet prej tyre dhe t'i përdorin aftësitë dhe eksperiencën e tyre për të përmirësuar sistemin e kujdesit shëndetësor.

Rritja e përgjegjshmërisë për të gjithë sistemin kërkon që qeveria të sigurojë që njerëzit më të mirë të mundshëm të zgjidhen në bordet e drejtorëve, të cilët duhet të jenë të përgjegjshëm për të zgjedhur njerëzit më të mirë të mundshëm si manaxherë spitalesh. Parimet e përgjegjshmërisë kërkojnë që bordet dhe manaxhimi të kenë autoritetin e duhur mbi burimet në mënyrë që t'ja dalin mbanë. Është e vështirë të jesh i

përgjegjshëm, nëse mungojnë mjetet ose fleksibiliteti për të qenë i suksesshëm. Të njëjtat parime vlejnë për çdo nivel manaxhimi dhe stafi në spitale (17).

Përgjegjshmëria është e matshme. Është e mundshme të përcaktohen njësi matëse për performance, që ndihmojnë për të përcaktuar nëse një person është i përgjegjshëm ose jo. Tregues të tillë si kryerja e aktiviteteve brenda buxhetit, arritja e objektivave dhe qëllimeve mund të maten. Përshkrimet e punës krijohen për ta ndihmuar stafin të kuptojë se ç'pritet prej tij dhe ato mund të përdoren për të zhvilluar përgjegjshmërinë.

Zhvillimi i përgjegjshmërisë kërkon gjithashtu krijimin e disa stimulujve (pritshmërish pozitive). Pritshmëritë për arritjen e suksesit (ose rezultatet e arritjes së suksesit) do të thotë që personat të konsiderohen për t'u promovuar, për të përfituar paga më të larta, bonuse ose vlerësime të tjera më pak konkrete për kontributet e tyre. Dështimi ndaj të qenit i përgjegjshëm do të thotë që personat në fjalë të mos promovohen në pozicione më të larta, ose të humbin punën, ose të pësojnë një ulje të pagës ose të kenë pasoja të tjera. Nëse nuk do të kishte pasoja, pozitive ose negative, nuk do të kishte motivim të mjaftueshëm për t'u përpjekur (18).

Transparenca dhe informacioni janë “përbërës” të rëndësishëm për zhvillimin e përgjegjshmërisë. Përsa kohë që informacioni është i kufizuar dhe përsa kohë që profesionistët emërohen dhe mbahen në pozicionet e tyre (ose pushohen nga pozicionet e tyre) për arsye të tjera, përveç meritave, do të ketë mundësi të mëdha për mungesë përgjegjshmërie.

5.0 Ristrukturimi i Spitaleve

5.1 Situata Aktuale

Shqipëria ka një numër relativisht të ulët shtretërisht spitalor për kokë, në krahasim me vende të tjera, dhe kërkesa për shtretër është vetëm sa gjysma e numrit të disponueshëm të shtretërve, që do të thotë që përqindja e shtrimeve është rreth 50%. Ka një kërkesë të ulët në përgjithësi. Efiçenca është e varfër. Nuk ka presione kostosh për të qenë efiçent ose për t'u ndërgjegjësuar për përqindjet e shfrytëzimit spitalor (19).

Koncepti i efiçencës është i rëndësishëm për të vlerësuar nëse spitalet kryejnë procedura ose trajtojnë raste të caktuara në mënyrë efektive në lidhje me kostot. Sigurisht, nëse një spital mund t'i trajtojë pacientët për një rast specifik, me diagnoza, procedura ose ndërhyrje kirurgjikale për një pagesë prej 200 Eurosh, dhe një spital tjetër i kryen të njëjtat operacione kundrejt shumës 400 Euro, kjo do të thotë që ekziston një diferencë domethënëse në efiçencën e operacioneve mes dy spitaleve në fjalë. Një shqetësim më i madh për shumicën e vendeve janë përqindjet e shfrytëzimit të spitaleve. Nëse një rajon ose një spital ndjek rastet e maternitetit, ku 35% e nënave të reja lindin me operacion, ndërsa përqindja e lindjeve me operacion, e pranuar nga ana mjekësore është 15% deri në 20%, kjo do të thotë që kostot e kujdesit spitalor do të jenë më të mëdha seç është e nevojshme. Nëse efiçenca është e ulët dhe përqindjet e shfrytëzimit spitalor janë të ulta, pritet të ketë një shpërdorim më të madh parash; kjo zakonisht do të thotë që do të ketë më pak shërbime për ata që kanë nevojë si dhe kujdes shëndetësor me cilësi më të ulët (20).

Është zakonisht shumë e vështirë të përfshish manaxherët e spitaleve dhe stafin mjekësor në diskutime rreth efijencës ose përdorimit më të mirë të kujdesit spitalor, nëse ekziston një tepëri shtretërisht spitalor dhe stafi për të ofruar kujdes. Momentalisht në Shqipëri duket se asnjë nga këto faktorë nuk është një çështje madhore. Ndoshta, nëse do të reduktohej numri i shtretërve dhe rritej kërkesa e pacientëve për kujdes spitalor, do të krijohet një situatë e tillë, ku spitalet do të shqetësoheshin për efijencën dhe përdorimin e përshtatshëm të shërbimit spitalor (21).

Qëllimi është të fokusohet në modelet e financimit spitalor dhe të ofrojë rekomandimet përkatëse për këtë qëllim, por gjithashtu duhet të komentojë mbi situatën që është në themel të financimit, siç është shfrytëzimi i shtretërve. Objektiva për financimin spitalor në Shqipëri duhet të fokusohet në rritjen e shfrytëzimit të shtretërve spitalor, duke përmirësuar në të njëjtën kohë cilësinë e kujdesit shëndetësor, efijencën e shërbimeve, dhe duke marrë gjithashtu në konsideratë normat e përshtatshme të shfrytëzimit spitalor. Nëse sa thamë më sipër realizohet, numri aktual i shtretërve spitalor mund të reduktohet pothuajse për gjysëm, dhe në të njëjtën kohë, numri i pacientëve të trajtuar në spital mund të dyfishohet. Kjo logjikë ka dhe përfitime të tjera të tilla, si rritja e numrit të stafit të disponueshëm për pacientët e shtruar, si pasojë e transferimit të stafit nga spitalet e pashfrytëzuara tek ato me norma të larta shfrytëzimi ose nga pavionet spitalore të nën-përdorura tek ato aktive (22).

Shqipëria ndodhet në një situatë unike, duke pasur një numër relativisht të vogël shtretërisht spitalor për kokë (numër popullsie) (2.0 shtretër/1,000 veta) dhe duke përdorur rreth gjysmën e tyre, siç evidentohet nga përqindjet e ulta të shtrimit. Evidentohet gjithashtu se efijenca e shpërndarjes së kujdesit spitalor paraqet probleme domethënëse. Si rezultat, shqiptarët përdorin një pjesë relativisht të vogël të kujdesit spitalor dhe sipas evidencave, kërkesa për më tepër kujdes spitalor është e ulët. Për më tepër, niveli i financimit për shtrat spitalor ose për person është i ulët në krahasim me standardet ndërkombëtare, siç është dhe numri i personelit.

Të dhënat mbi numrin e shtretërve, shpërndarjen e tyre për spital, rajon dhe popullsi, si dhe disa informacione mbi financimin për shtrat dhe në bazë të popullsisë, tregojnë diferenca prej 200% deri në 300% ndërmjet rajoneve, për indikatorë të tillë si numri i shtretërve për popullsi, ose financimi në bazë të popullsisë. Një rezultat i tillë nuk është i pazakonshëm, me një sistem buxhetimi, që bazohet në llogaritjet historike.

Është e rëndësishme të kuptohen arsyet e kërkesës së ulët për kujdes spitalor. Ka disa arsye të mundshme:

- Njerëzit përdorin kujdesin shëndetësor privat, ose largohen nga vendi në kërkim të kujdesit shëndetësor. Pa dyshim kjo mënyrë aplikohet vetëm nga një përqindje e popullsisë, që mund ta përballojë këtë financiarisht.
- Njerëzit nuk mund të përballojnë pagesat e vogal të kujdesit spitalor. Ky supozim mund të jetë një faktor, por nuk ka të ngjarë të shkaktojë përdorim aq të ulët të shtretërve spitalor, siç paraqitet aktualisht.
- Sistemi i kujdesit parësor dhe sistemet e parandalimit janë shumë të mira, sa zvogëlojnë nevojën për kujdes spitalor. Kjo nuk ka të ngjarë, duke qenë që sistemi i kujdesit parësor në Shqipëri po përballlet me vështirësi në shpërndarjen e kujdesit, dhe faktorë të tillë si përqindja e lartë e aksidenteve, përqindja e lartë e konsumuesve të duhanit etj sugjerojnë një nevojë për kujdes spitalor.

- Shqiptarët kanë akses në medikamente pa recetat e mjekëve. Kjo mund të reduktojë vizitat në kujdesin parësor, por pritet të rrisë nevojën për hospitalizime si rezultat i ngatërresave me medikamentet,
- Shqiptarët kanë pak besim në spitalet e tyre dhe preferojnë t'i evitojnë ato duke shpresuar në shërimin pa trajtim. Kjo është e mundshme.
- Shqiptarët janë përgjithësisht të shëndetshëm, prandaj nuk kanë nevojë për kujdes spitalor në të njëjtën masë si popullsitë e tjera. Nuk ka evidencë për ta mbështetur këtë fakt. Në fakt, moshë mesatare e popullsisë është më e ulët se në vendet e zhvilluara.

Situata e spitaleve në Tiranë është e ndryshme, për faktin që ka një spital të madh të specialiteteve dhe mësimdhënës, spitalin “Nënë Tereza”, por nuk ka spital rajonal. Kujdesi spitalor primar dhe sekondar për rezidentët e Tiranës sigurohet në qendrën e kujdesit tercial. Për më tepër, rezidentët e rajoneve jashtë Tiranës e përdorin spitalin “Nënë Tereza” për nevojat e tyre bazë si dhe kur referohen nga mjekët përkatës. Kjo situatë bën që spitali të merret me raste të të gjitha niveleve të kompleksitetit, gjë që e bën dhe më të vështirë për t'u manaxhuar. Manaxhimi i këtij spitali bëhet dhe më i vështirë, si pasojë e madhësisë dhe strukturës fizike të ndërtesës (23).

6.0 Ndryshimet e Rekomanduara

Pavarësisht nga arsyet, Shqipëria është në një moment të tillë zhvillimi, që duhet të shkurtojë numrin e shtretërve të disponueshëm në rajone nga 5500 shtretër (1.7 shtretër për 1000 veta aktualisht) në rreth 3000 shtretër (0.9 shtretër për 1000 veta). Kundër këtij propozimi, mund të bëhet një ent i fortë; 1.7 shtretër/1,000 veta është ndërkaq një numër i ulët, sipas standarteve ndërkombëtare, dhe reduktimi i numrit të shtretërve në më pak se 1 shtrat/1000 veta do të ishte akoma më ulët. Fakti që një numër personeli punon për këto shtretër të papërdorur, do të thotë që një pjesë e ofruesve të kujdesit shëndetësor (relativisht të pakët në numër) nuk janë produktiv.

Një ndjesi e zakonshme në Shqipëri është që shumë njerëz largohen nga rajonet e tyre dhe udhetojnë drejt Tiranës për të aksesuar kujdesin spitalor. Kjo është padyshim e vërtetë deri diku, por dhe në Tiranë, 2000 shtretërit e disponueshëm (2.36 shtretër/1,000 veta) shfrytëzohen rreth 63%. Edhe nëse një pjesë e këtyre shtretërve shfrytëzohen për të trajtuar pacientët nga rajonet e tjera, përsëri, sipas standardeve ndërkombëtare, numri i shtretërve të shfrytëzuar mbetet i ulët. Në mënyrë të ngjashme, disa pacientë e marrin kujdesin mjekësor në spitalet private, megjithëse besohet se kjo praktikë nuk është shumë e përhapur (24).

Një faktor dytësor, por i rëndësishëm ka të bëjë me personelin, dhe nëse numri i personelit aktual të spitaleve është i mjaftueshëm për t'i shërbyer të gjithë pacientëve të shtruar (shtretërve të shfrytëzuar), në rast se spitali do të përdorej me kapacitet të plotë (do të kishte kërkesë për të përdorur të gjithë shtretërit spitalor të disponueshëm). ISKSH-ja duhet të ndërmarrë një studim për të përcaktuar nëse në shumicën e spitaleve i gjithë personeli punon për t'i ofruar shërbime pacientëve të shtruar (që shfrytëzojnë një shtrat spitalor), apo një pjesë e tyre nuk janë të angazhuar, si pasojë e mungesës së shtrimeve, për të cilat ata do të ishin përgjegjës (25).

Në spitalet e vlerësuara rezulton se stafi ekzistues punon (është i zënë me punë) me pacientët e shtruar (shtretërit e shfrytëzuar) dhe nuk ka staf të mjaftueshëm për punuar

me shtretërit e pashfrytëzuar, në rast se do të kishtë kërkesë për ta. Nëse sa thamë më sipër është e vërtetë, kjo na çon në logjikën e reduktimit të numrit të shtretërve të disponueshëm. Nivelet e reja të numrit të shtretërve mund të përshkruhen si “shtretërit e aprovuar” (“approved beds”), në krahasim me numrin aktual të shtretërve, të cilëve mund t’i referohemi si “numri i shtretërve në dispozicion” (“rated beds”), që do të thotë që ndërtesa është ndërtuar për të akomoduar dhe akomodon fizikisht një numër të caktuar shtretërisht, por financohet për të funksionuar në bazë të numrit të “shtretërve të aprovuar”. Një ndryshim i tillë do të ishte i dobishëm, nëse ISKSH-ja do të vendosë t’i financojë spitalet, bazuar në numrin e shtretërve spitalor. Kjo nuk rekomandohet, por është një mundësi që mund të konsiderohet padyshim (26).

Të vazhdohet të punohet sikur përdoren 2,500 deri në 3,500 shtretër më shumë nuk është e dobishme. Kjo nuk do të thotë që shtretërit duhet të hidhen dhe dhomat duhet të mbyllen. Nëse masat reformuese çojnë në një përdorim më të madh të shtretërve, do të ishte e rëndësishme që këto shtretër të riktheheshin në shërbim. Nëse kjo do të ndodhë duhet të pranohet fakti që shtretërit e ri-aktivizuar, do të kenë nevojë për fonde për të marrë në punë një numër të caktuar personeli (27).

Disa spitale kanë nivele shfrytëzimi shumë të ulta dhe në disa raste nuk kanë mjekë në stafin e tyre. Po merret në konsideratë transformimi i funksioneve të këtyre spitaleve si p.sh. kthimi i tyre në qendra shëndetësore komunitare. Informacioni i prezantuar mund të ndihmojë në justifikimin e këtyre ndryshimeve. Ka të ngjarë që stafi që “kursehet” nga transformimi i funksioneve dhe reduktimi i shtretërve në spitale mund të rishpërndahet për t’i shërbyer shtretërve që janë në shfrytëzim.

ISKSH-ja duhet të zhvillojë analiza të mëtejshme të të dhënave dhe të bëjë rishikimet e duhura me manaxherët e spitaleve para ndryshimit të funksioneve ose numrit të shtretërve në spitale. Edhe pse rishikimi i të dhënave është një mënyrë e mirë për të bërë analiza, është gjithnjë e rëndësishme të eksporohen impakti dhe pasojat e ndryshimeve. Nevoja për të mbajtur një spital, i cili duket se nën-përdoret, mund të justifikohet mbi bazat e distancës/largësisë nga spitali më i afërt për shembull. ISKSH-ja duhet gjithashtu të analizojë impaktin e ndryshimeve mbi stafin, dhe së bashku me manaxhimin e spitalit, të zhvillojë një plan për shpërndarjen/transferimin e stafit të prekur nga ndryshimet.

Spitali “Nënë Tereza” ka nevojë për të përmirësuar manaxhimin në mënyrë madhore dhe kjo duhet të bëhet përpara se të implementohen ndryshimet e modelit të financimit. Sugjerohet që Spitalit “Nënë Tereza” t’i ofrohet asistencë manaxheriale. Për shembull një organizatë e huaj ndihme mund të mbulojë kostot e një kontrate tre deri në pesë vjeçare për emërimin e një manaxheri spitali të huaj, shumë të trajnuar dhe me eksperiencë. Termat e referencës së manaxherit mund të ishin:

- Të përcaktojë dhe organizojë ekipin e manaxhimit,
- Të vendosë praktika të mira manaxhimi,
- Të trajtojë 3-5 manaxherë të ekipit, me qëllim që ata të marrin pozicione manaxhimi në spitale të tjera më vonë,
- Të vendosë sisteme të plota të manaxhimit financiar si dhe të informacionit për kontrollin e kostove dhe raportimin,
- Të përmirësojë standardet e kujdesit shëndetësor, duke përdorur protokollet klinik, të arrijë akreditimin dhe të organizojë në përgjithësi stafin mjekësor për të përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor.

Nëse kontrata shkon mirë, manaxherit mund t'i kërkohej të rekomandojë një plan për të ndarë shërbimet spitalore primare dhe sekondare nga shërbimet spitalore terciare ose brenda spitalit "Nënë Tereza" ose me ndonjë plan tjetër në qytet (28).

7.0. Ruajtja dhe përmirësimi i shërbimit spitalor nëpërmjet:

financimit nga ISKSH, riorganizimit, përmirësimit të administrimit dhe sistemit të drejtimit, vlerësimit të shërbimit kundrejt treguesve statistikore, përcaktimit të standardeve për normat e ngarkesës, nivelet e shërbimeve, paketave minimum të domosdoshme të shërbimeve, protokolleve të mjekimit, kostos së barnave dhe kostos për pacientë. Nëpërmjet përvijës së krijuar do të gjykohej shtrirja e këtij projekti në spitale të tjera të vendit.

8.0. Financimi i shpenzimeve të Spitalit të Elbasan nga ISKSH në një status të ri të spitalit si institucion shtetëror jo buxhetor.

ISKSH/ DRSKSH Elbasan dhe Drejtoria e Spitalit Elbasan çdo vit rinovojnë Kontratën, dypalëshe që synon realizimin e elementëve të rinj të evidentuar gjatë procesit të punës. Monitorimi i kontratës ka treguar se janë arritur të realizohen aktivitetet e mëposhtme: Eshtë siguruar gjatë gjithë vitit dhënia e shërbimeve të përcaktuara të përmirësuara me vënien në funksion të Pranim/Urgjencës dhe Receptonit mirë të organizuar. Janë hartuar dhe funksionojnë Rregulloret e: Brendshme, Teknike, Ekonomiko-financiare. Funksionon në sistem një infrastrukturë e re që përfshin: rregjistrat, kartelat klinike e ditore, librin e barnave si dhe pasqyra të njësuara të informacionit mbi shërbimet dhe aktivitetet. Funksionojnë në pranim filtrat për pacientët e urgjencës, pathologjisë, pediatriisë, kirurgjisë dhe maternitetit. Funksionojnë komisionet e shtrimeve. Evidentohen të semurët që shtrohen, konsultohen/ ekzaminohen si persona të siguruar /të pasiguruar.

Janë hartuar disa protokolle mjekimi, janë kryer kualifikime të mjekëve në QSUT "Nënë Tereza" dhe në disa spitale të Italisë, kryesisht në Piza.

Janë llogaritur kostot vjetore në Spitalin e Elbasanit.

Për herë të parë në spitalet shqiptare kryhet llogaritja e kostos në mënyrë të informatizuar sipas sistemit për diagnozë (29).

8.1 Kostoja për diagnozë (sipas DRG).

Kostoja mbi bazë aktiviteti llogaritet për shërbimet e Poliklinikës dhe urgjencës, laboratorit, puntit të gjakut, shërbimet e tjera ndihmëse. Mbi bazën e evidencave të shpenzimeve të realizuara llogaritet kostoja për indikatorët përkatës si: Raporti i shpenzimeve faktike të çdo shërbimi (direkte+indirekte): me numrin e ditëve të qëndrimit, numrin e pacientëve të trajtuar, numrin e vizitave, numrin e shtretërve, numrin e analizave, jep koston për ditë qëndrimin, koston për pacient, koston për vizite, koston për shtrat, koston për analizë.

Kostoja për Diagnozë sipas sistemit DRG përdoret sot në vende Perëndimore të përparuara si SHBA, Franca, Gjermania. Përdorimi i kësaj metode bashkëkohore ka avantazhe pasi, siguron informacion të plotë për hartën e sëmundshmërisë sipas demografisë së popullsisë, grupmoshave, gjendjes sociale, koston reale të trajtimit të kësaj sëmundshmërie, krahasimin e të dhënave me spitale të tjera, të dhëna për shkallën e cilësisë së shërbimit, efikasitetin e përdorimit të protokolleve të mjekimit, të dhëna për planifikimin e rimbursimit të barnave, përmirësimin e planifikimit buxhetor, identifikimin e problemeve dhe analizen e tyre, marrje të dhënash për analiza e vendime të mëtejshme etj (30).

Në spitalin e Elbasanit kostoja sipas kësaj mënyre llogaritet për Shërbimin e Pathollogjisë, Shërbimin e Kirurgjisë, Shërbimin e Pediatrisë, Shërbimin e Obsetrisë dhe Gjinekologjisë. Mbi bazën e të dhënave të përfituara në mënyrë të informatizuar, sipas programit kompjuterik të koston, llogariten të gjitha grupet e shpenzimeve. Për çdo muaj, pas përpunimit dhe interpretimit të të dhënave nga zyra e koston, nxirren këta tregues: Kostoja për çdo diagnozë, kostoja për grup diagnozë, kostoja mesatare për çdo shërbim, kostoja për një ditë, kostoja për çdo rast, numri i ditëve për çdo diagnozë, numri i rasteve për çdo diagnozë, mesatarja e ditëve të qëndrimit për çdo rast, kostoja për çdo diagnozë sipas elementëve përbërës, (barna, material ndihmës, transfuzione, analiza-imazheri, dietë ushqimore, pag.sig. shpenzime të tjera direkte, shpenzime të përgjithshme) (31).

9.0 Objektivat e reformës

ISKSH-ja së bashku me Drejtorinë e Spitalit, implementon gjithë elementët e nevojshëm të një drejtimi e menaxhimi bashkëkohor të spitaleve dhe përhapjen e shtrirjen e kësaj eksperience pozitive në spitalet e tjera të vendit, dhe më konkretisht:

- Përdorimin e dokumentacionit bashkëkohor në të gjitha njësitë në spital. Llogaritja e informatizuar e koston për shërbimin e urgjencës për të rritur e pediatrike.
- Planifikimi i buxhetit i vitit 2012 jo në total, por për çdo shërbim sipas elementëve të koston të llogaritur. Implementimin e indikatorëve mjekësorë të matjes së cilësisë në spital. Informatizimin e shërbimit të Statistikës, kartotekës, recepsionit, ku do të punojnë infermierët të trajnuar në sektorët e mësipërm (32).
- Hapja e shërbimeve të tjera shtesë në spital, dhe rritja e standarteve mjekësore në spital. Rritja e cilësisë së shërbimit nëpërmjet elementit të privatizimit të shërbimeve ndihmës. (guzhinë e lavanteri)
- Krahasimi i të dhënave të koston të përfituara me ato të spitaleve publike të përparuara perëndimore. Implementimin e normave të përparuara të personelit, përmirësimin e dokumentacionit, futjen e standarteve të reja të trajtimit mjekësor në spital.
- Implementimin e shërbimeve ekstra në spital kundrejt bashkëpagesës.

10.0 Zhvillimi i një kuadri të efikasitetit të spitalit

Studimet e mëparëshme zbuluan se faktorë të ndryshëm përcaktojnë nivelin e efikasitetit të spitalit duke përfshirë madhësinë e spitalit, spektrin e llojit të pacientëve, pronësinë, vendndodhjen, statusin e mësimdhënies, sistemin e përdorur të rimbursimit dhe të tjera (33).

Këta faktorë mund të klasifikohen gjerësisht si faktorë që janë të brendshëm dhe/ose të jashtëm për spitalin (34). Për më tepër, të kuptuarit e përcaktuesve të efikasitetit spitalor përfshin një ekzaminim të duhur të funksionit të prodhimit spitalor, i cili portretizon marrëdhënien midis inputeve të faktorëve (siç janë burimet njerëzore, shtretërit, medikamentet dhe teknologjitë, etj.) dhe rezultatet e një spitali (si spitali dhe shërbimet ambulatorë, numri i profesionistëve shëndetësorë të trajnuar etj.).

Kështu, efikasiteti me të cilin një spital prodhon rezultatet e tij të vlerësuara ndikohet nga faktorë që mund të jenë tërësisht ose pjesërisht jashtë kontrollit të spitalit. Figura 1 përshkruan këtë kornizë.

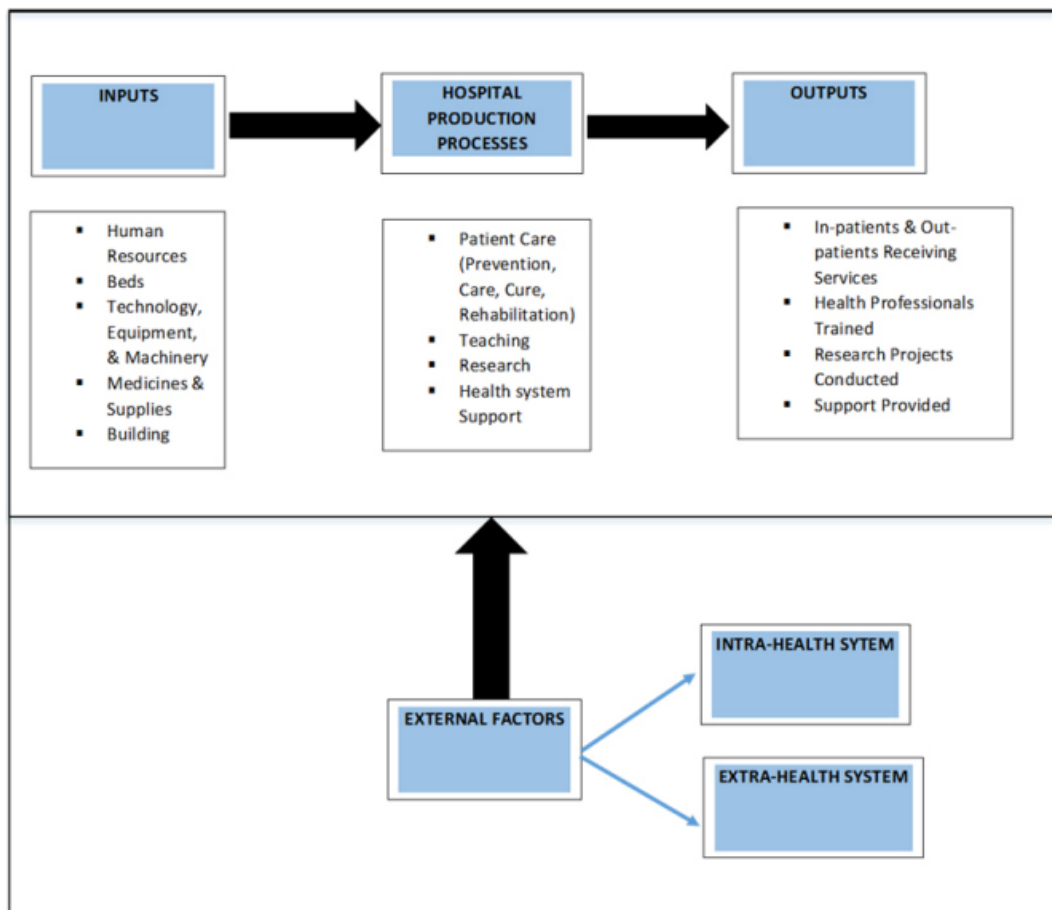


Figura 1. Funksioni i prodhimit spitalor dhe kuadri i efikasitetit

Kështu, efikasiteti teknik dhe alokues i një spitali mund të ndikohet në nivelin e elementeve të funksionit të prodhimit dhe lidhjeve të tyre (gjysma e sipërme e kutisë - shih Figurën 1) dhe/ose faktorët që burojnë jashtë spitalit si nga brenda. sistemi shëndetësor më i gjerë dhe jashtë fushëveprimit të sistemit shëndetësor (35).

Prandaj, këta faktorë mund të grupohen rreth dy kategorive të gjera si:

- (1) Faktorët e nivelit spitalor, të cilët janë të arritshëm dhe mund të adresohen nga spitali;
- (2) Faktorët ndikues të jashtëm, të cilët nuk janë lehtësisht të arritshëm për spitalin dhe kërkojnë ndërhyrje nga nivele më të larta të sistemit më të gjerë shëndetësor ose sektorë të tjerë përkatës jashtë sistemit shëndetësor.

II METODOLOGJIA

2.1 Qëllimi

- Vlerësimi i efikasitetit në kujdesin shëndetësor dytësor në rajonin Elbasan. Ky vlerësim do të krijojë mundësinë e identifikimit të arritjeve dhe mangësive të reformës për përmirësimin e mëtejshëm të saj.

2.2 Objektivat

- Vlerësimi i ecurisë së reformës shëndetësore në Menaxhimin Spitalor, e bazuar kjo në vlerësimin e riorganizimit të shërbimeve dhe të burimeve njerëzore në spital.
- Të vlerësohen njohuritë dhe qëndrimi i personelit mbi implementimin e elementëve të reformës
- Të vlerësohet ecuria e financimit të shërbimit spitalor dhe shërbimeve shëndetësore
- Vlerësimi i kënaqësisë së pacientëve lidhur me shërbimin

2.3 Materiali dhe Metoda

Studimi është i tipi deskriptiv i kryer në periudhën 2011-2016i realizuar me anë të një pyetësori të vetë administruar të përbërë nga variablat sociodemografikë, variablat e vlerësimit të elementëve të reformës. Në studim u përfshinë mjekët dhe infermierët e Spitalit Rajonal Elbasan.

Bazuar në objektivat e studimit, në mënyrë të veçantë, analiza është fokusuar në shpërndarjen e frekuencave dhe prevalencës së njohurive mbi:

Elementët kyç të Reformës:

1. Planifikimi Operacional dhe Vazhdimësia
2. Programet dhe Udhëzimet
3. Organizimi dhe Aktivitetet rutine
4. Personeli
5. Ambientet
6. Objektet dhe Pajisjet Mjekësore
7. Sistemi i Informacionit

2.4 Përkufizimi i variablave të studimit. Variablat e pavarur dhe të varur.

Variablat e pavarur

Të dhënat sociodemografike:

- Gjinia: dikotomike
- Moshë: i vazhduar. Gjithashtu, gjatë analizës është transformuar në variabël kategorik (26-35vj, 36 – 45vj, 46 – 55 vj, 56-65vj)
- Gjendja civile: kategorik
- Gjendja ekonomike: kategorik

Variablat e varur

Variablat e varur janë kategorikë (nominalë / ordinalë)

2.5 Metodologjia e analizës statistikore

Të dhënat u analizuan me programin statistikor SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versioni 20. Është paraqitur statistika deskriptive e variablave të vazhduar të cilët janë përmbledhur si mesatare dhe deviacion standard.

Variablat kategorikë janë paraqitur si frekuencë absolute dhe përqindje.

Është përdorur testi hi-katror dhe Fisher's exact test për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorikë.

Është përdorur analiza e regresionit logjistik multivariat për vlerësimin e kënaqësisë së pacientëve.

Vlerësimet pikësore janë shoqëruar me vlerësimin intervalor 95%CI.

Testet statistikore janë të dyanshme, niveli i sinjifikancës është përcaktuar për $\alpha= 0.05$.

Janë përdorur grafikë të ndryshëm për vizualizimin e të dhënave.

III REZULTATE

Tabela 3. 1Të dhënat sociodemografike të pjesëmarrësve në studim

Të dhëna socio-demografike	N*	(%)	P
Gjinia			
Meshkuj	64	38.0	< 0.01
Femra	104	62.0	
Grupmosha (vite)			
26-35	5	3	< 0.01
36-45	59	35	
46-55	62	37	
56-65	42	25	
Gjendja civile			
I martuar	150	92	< 0.01
I pa martuar	7	3	
I divorcuar	7	3	
I ve	2	1	
Bashkëjetesë	2	1	
Vend lindja			
Rurale	60	36	< 0.01
Urbane	108	64	
Vend banimi			
Rurale	7	4	< 0.01
Urbane	161	96	
Gjendja ekonomike			
E keqe	13	8	< 0.01
Mesatare	116	69	
E mirë	32	19	
Shumë e mirë	7	4	

* nuk janë përfshirë vlerat që mungojnë

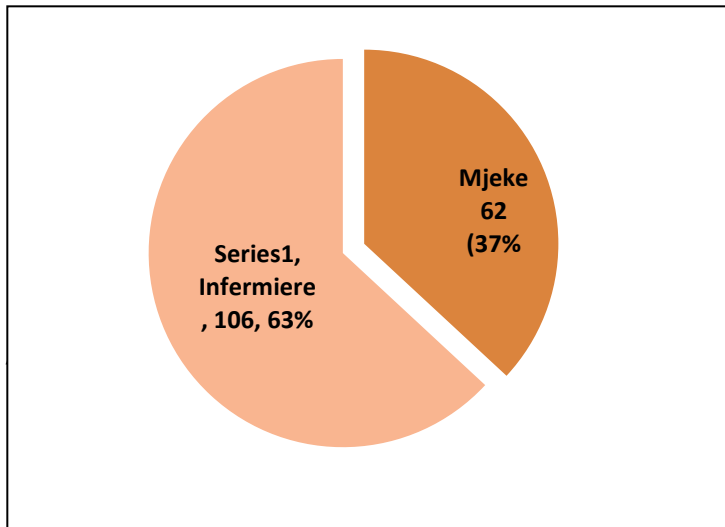


Figura 3. 1 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas gjinisë.

Në studim morën pjesë 168 punonjës të spitalit, 62 (37%) mjekë dhe 106 (63%) infermiere. Prej tyre 64 (38%) meshkuj dhe 104 (62%) femra.

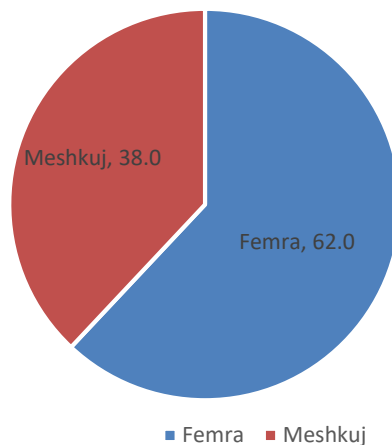


Figura 3. 2 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas gjinisë.

Vërehet që shumica e personelit në spital janë femra, me ndryshim sinjifikant me meshkujt.

Tabela 3. 2 Statistika e përmbledhur e moshës së pjesëmarrësve në studim

Madhësia e kampionit	168
Vlera më e vogël	24
Vlera më e madhe	64
Mesatarja aritmetike	48
95% CI për mesataren	46.4 - 49.5
Mediana	49
95% CI per medianën	43.0 - 52.0
Varianca	66.5
Deviacioni Standard	9.3
Testi Kolmogorov-Smirnov për shpërndarjen Normale	Pranohet Normaliteti (P>0.09)

Mosha mesatare e pjesëmarrësve në studim është 48 vjeç (95% CI 46.4 - 49.5) dhe i nënshtrohet shpërndarjes normale.

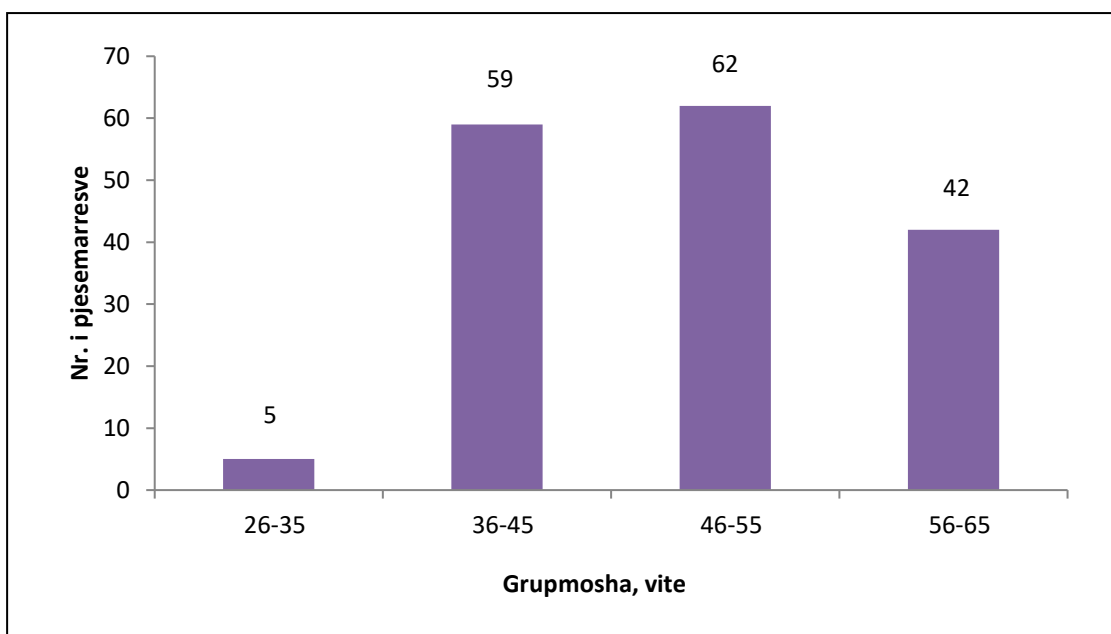


Figura 3. 3 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas grupmoshës

Vërehet mbizotërim i grupmoshës 46-55 vjeç dhe 36-45 vjeç, me përkatësisht 37% dhe 35% të rasteve ndjekur nga grupmosha 56-65 vjeç me 25% të totalit.

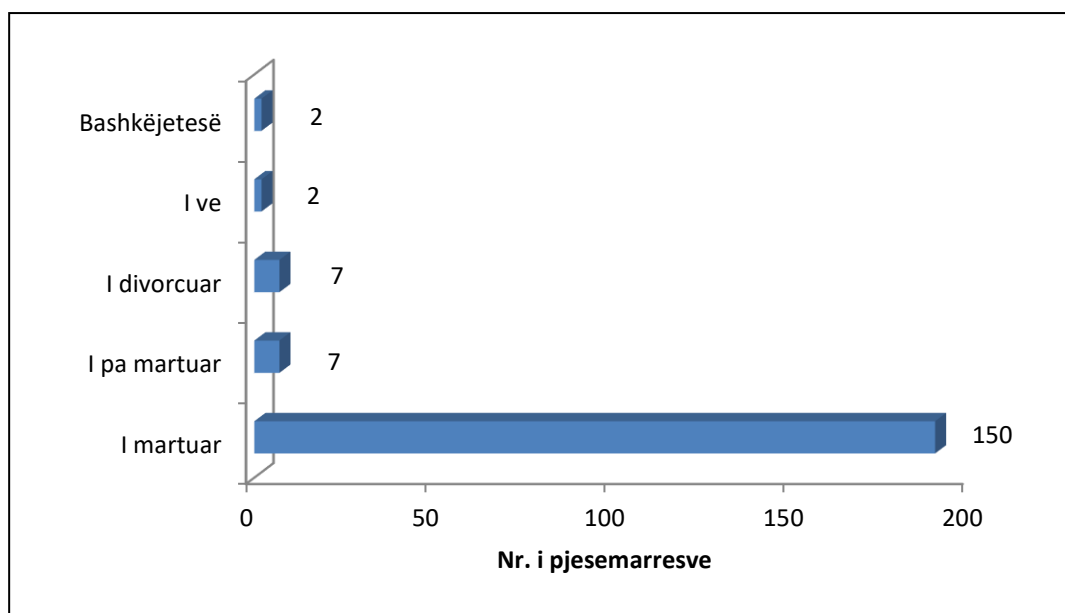


Figura 3. 4 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas statusit civil.

Shumica e pjesëmarrësve, 150 (92%), referojnë që janë të martuar.

60 (36%) e pjesemarrësve kanë lindur në zonë rurale por aktualisht vetem 7 (4%) e totalit të tyre banojnë aktualisht në zonë rurale.

Shumica e pjesëmarrësve në studim 116 (69%), referojnë që kanë një nivel ekonomik mesatar, ndjekur nga 32 (19%) që referojnë nivel ekonomik të mirë dhe 7 (4%) që referojnë nivel shumë të mirë. 13 (8%) referojnë një nivel të keq ekonomik. Ndryshimi është statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.01$)

Tabela 3. 3 Aktiviteti shkencor gjatë tre viteve të fundit:

Aktiviteti shkencor	Po		Jo	
	N	(%)	N	(%)
A keni marrë pjesë në serinë e seminareve të edukimit të vazhdueshëm?	39	24.2	122	75.8
A keni marrë pjesë në ndonjë trajnim (organizuar nga shoqata, kompani armaceutike etj)?	70	43.8	90	56.3
A keni marrë pjesë në ndonjë konferencë shkencore?	73	48.0	79	52.0
A keni botuar ndonjë artikull në një revistë shencore?	57	37.0	97	63.0

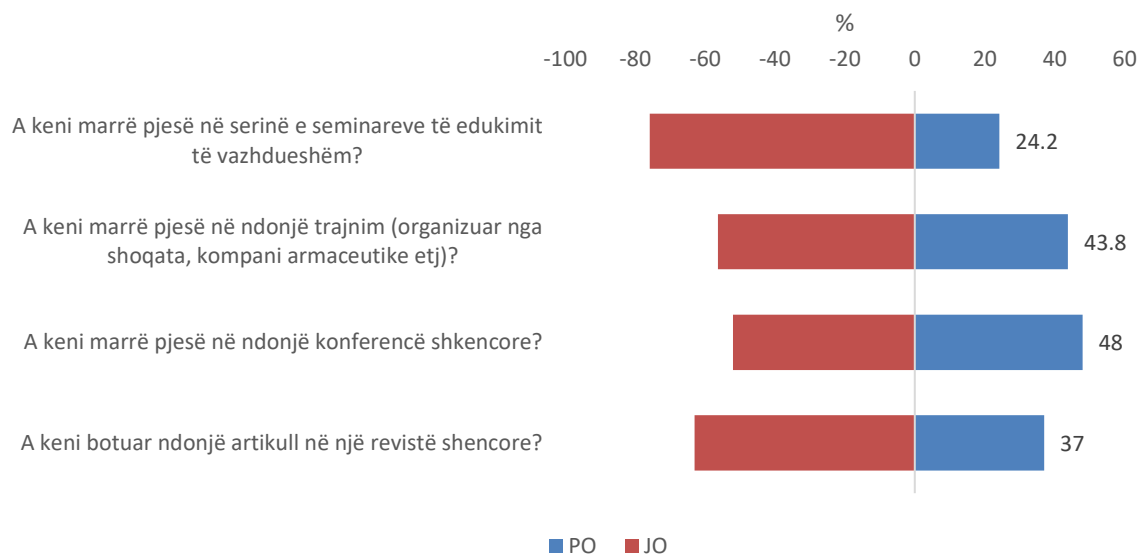


Figura 3. 5 Aktiviteti shkencor

Shumica e pjesëmarrësve në studim 122 (75.8%), nuk kanë marrë pjesë në serinë e seminareve të edukimit të vazhdueshëm gjatë tre viteve të fundit kundrejt 39 (24.2%) që referojnë që kanë marrë pjesë. Ndryshimi është statistiki i rëndësishëm ($P < 0.01$) Shumica e pjesëmarrësve 90 (56.3%), nga 160 pjesëmarrës që i janë përgjigjur pyetjes nuk kanë marrë pjesë në ndonjë trajnim (organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike etj) gjatë tre viteve të fundit kundrejt 70 (43.8%) që referojnë që kanë marrë pjesëme ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre. ($P = 0.04$)

Vërehet që 79 (52%), prej 152 pjesëmarrësve që i janë përgjigjur pyetjes nuk kanë marrë pjesë në ndonjë konferencë shkencore gjatë tre viteve të fundit kundrejt 73 (48%) që referojnë që kanë marrë pjesë. Ndryshimi nuk është statistiki i rëndësishëm ($P > 0.05$). Vërehet që 97 (63%), prej 154 pjesëmarrësve që i janë përgjigjur pyetjes nuk kanë botuar ndonjë artikull në një revistë shencore gjatë tre viteve të fundit kundrejt 57 (37%) që referojnë që kanë botuar. Ndryshimi është statistiki i rëndësishëm ($P < 0.01$)

Tabela 3. 4 A siguron Administrata e spitalit kritere për trajtimin dhe kujdesin për pacientët?

	Aspak dakord	S' jam dakord	Jam dakord n (%)	Shumë dakord n (%)
A përfshihen këtu:				
Kompetenca			84 (55.6)	67 (44.4)
Informimi dhe sensibiliteti			60 (38.5)	96 (61.5)
Disponueshmëria			77 (48.7)	81 (51.3)

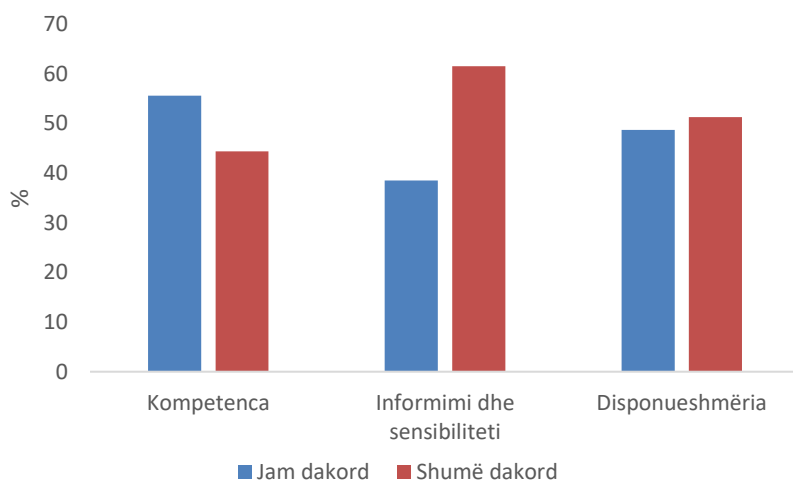


Figura 3. 6 Kriteret për trajtimin dhe kujdesin për pacientët

84 (55.6%), prej 151 pjesëmarrësve që janë përgjegjur, janë dakord që “kompetenca” është një element që përfshihet në kriteret e kujdesit, kundrejt 67 (44.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 60 (38.5%), prej 156 pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihet “informimi dhe sensibiliteti”, kundrejt 96 (61.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 77 (48.7%), e pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihet “disponueshmëria”, kundrejt 81 (51.3%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 5 A nxjerr Administratae spitalit urdhëra të qarta për shefat e pavioneve dhe njësive?

	Aspak dakord	S’jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A përfshijnë këto urdhëra:				
Programe të përcaktuara			82 (64.6)	45 (35.4)
Baza për prioritizim			108 (77.1)	32 (22.9)
Përgjegjësi financiare dhe udhëzime për buxhetin			60 (52.6)	54 (47.4)
Ndryshime programi			86 (82.7)	18 (17.3)
Zhvillimin e personelit			124 (79.5)	32 (20.5)
Rekrutimin dhe shkarkimin e personelit		57 (50.8)	35 (31.3)	20 (17.9)
Përmirësim të kujdesit dhe të shërbimit			71 (51.8)	66 (48.2)
Përmirësimin e mjedisit të punës			97 (62.2)	59 (37.8)
A janë urdhërat rezultat i një dialogu ndërmjet administratës të spitalit dhe shefave të njësive		35 (21.3)	72 (43.9)	57 (34.8)

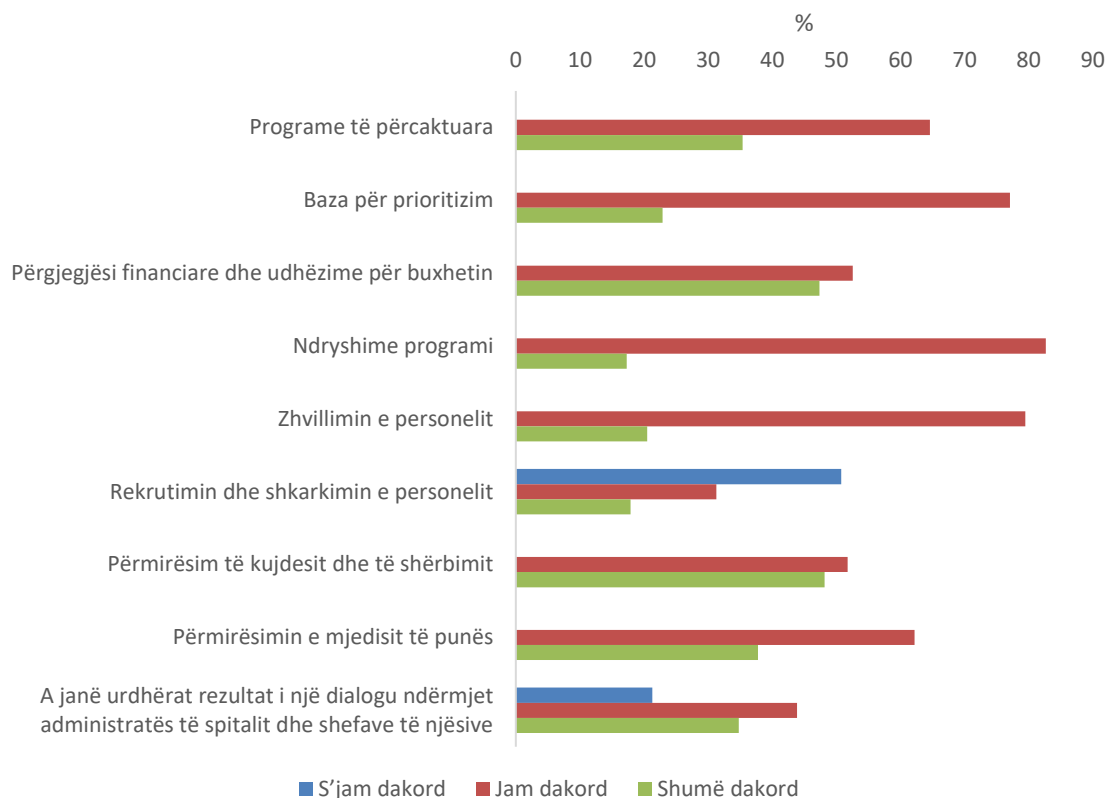


Figura 3. 7 Urdhërat e Administratës për shefat e pavioneve dhe njësive.

82 (64.6%), prej 127 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që urdhërat përfshijnë “programe të përcaktuara”, kundrejt 45 (35.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 108 (77.1%), prej 140 pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihen “baza për prioritizim”, kundrejt 32 (22.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 60 (52.6%), e pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihen “përgjegjësia financiare dhe udhëzime per buxhetin”, kundrejt 54 (47.4%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 86 (82.71%), prej 104 pjesëmarrësve janë dakord që përfshihen “Ndryshime programi”, kundrejt 18 (17.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 124 (79.5%), prej 156 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “Zhvillimin e personelit”, kundrejt 32 (20.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

35 (31.3%), prej 112 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “Rekrutimin dhe shkarkimin e personelit”, 20 (17.9%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 57 (50.8%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 71 (51.8%), prej 137 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “përmirësim të kujdesit dhe te shërbimit”, kundrejt 66 (48.2%) që referojnë “shumë dakord” pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 97 (62.2%), prej 156 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “Përmirësimin e mjedisit të punës”, kundrejt 59 (37.8%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (43.9%), prej 164 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat janë “rezultat i një dialogu ndërmjet administratës të spitalit dhe shefave të njësive”, 57 (34.8%) referojnë “shumë

dakord”, kundrejt 35 (21.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 6 A ka Administrata e spitalit një sistem gjithëpërfshirës për vlerësimin dhe raportimin?

	Aspak dakord	S’jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A përfshijnë këto:				
Rezultate-financiare		35 (25.2)	67 (48.2)	37 (26.6)
Vëllimin dhe koston e trajtimit dhe kujdesit			116 (78.4)	32 (21.6)
Cilësinë e trajtimit dhe kujdesit			76 (58.0)	55 (42.0)
Kohën e pritjes dhe radhët e gjata		8 (6.7)	71 (59.7)	40 (33.6)
A ka një vlerësim vjetor të:				
Moshës, gjinisë dhe diagnozave të pacientëve			97 (60.2)	64 (39.8)
Përgjigjes së pacientëve ndaj trajtimit dhe kujdesit të marrë			77 (53.8)	66 (46.2)
Rezultateve e vlerësimeve të njësive			54 (37.2)	91 (62.8)
A ka një raport vjetor?			108 (64.7)	59 (35.3)

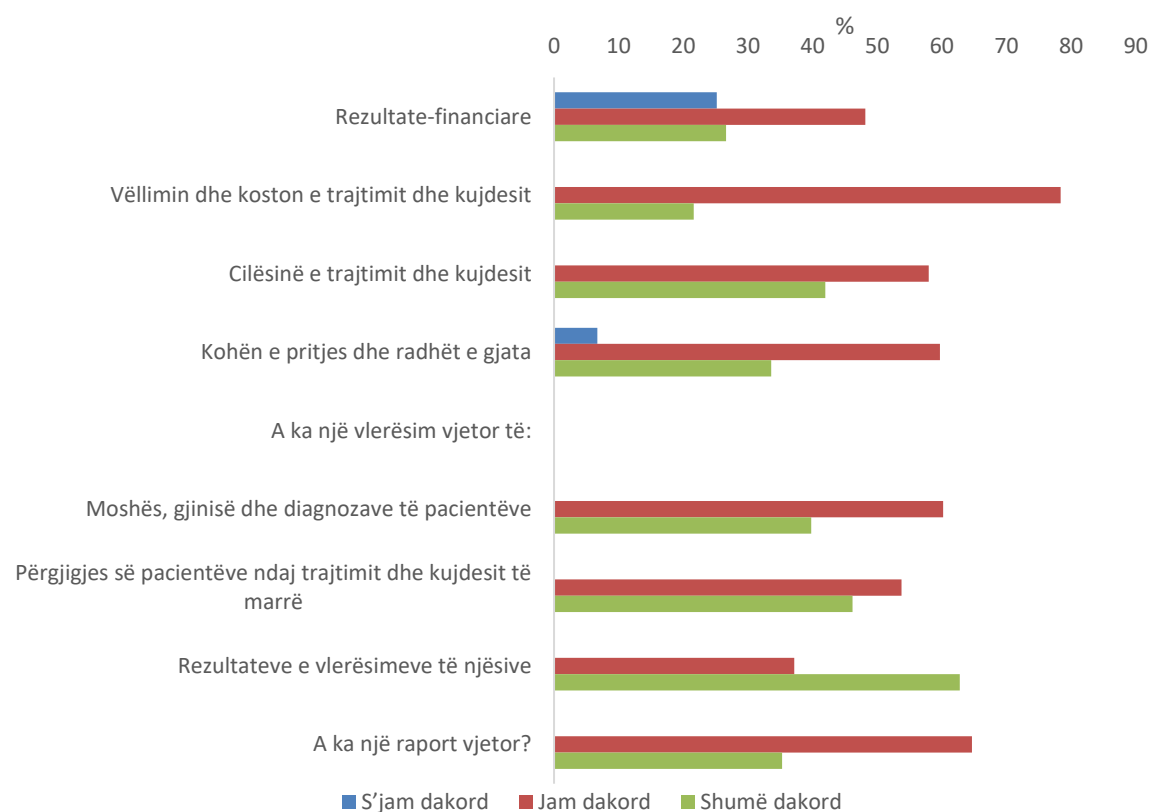


Figura 3. 8 Sistemi i vlerësimit dhe raportimit.

67 (48.2%), prej 198 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që sistemi i vlerësimit dhe raportimit përfshim “rezultate financiare”, 37 (26.6%) janë “shumë dakord”, kundrejt 35 (25.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 116 (78.4%), prej 142 pjesëmarrësve, janë dakord që sistemi përfshin “vëllimin dhe koston e trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 32 (21.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 76 (58.0%), prej 131 pjesëmarrësve, janë dakord që sistemi përfshin “cilësinë e trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 55 (42%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 71 (59.7%), prej 119 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që sistemi i vlerësimit dhe raportimit përfshim “kohën e pritjes dhe radhët e gjata”, 40 (33.6%) janë “shumë dakord”, kundrejt 8 (6.7%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 97 (60.2%), e pjesëmarrësve, janë dakord që ka një vlerësim vjetor të “moshës, gjinisë dhe diagnozave të pacientëve”, kundrejt 64 (39.8%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 77 (53.8%), e pjesëmarrësve, janë dakord që ka një vlerësim vjetor të “përgjigjes së pacientëve ndaj trajtimit dhe kujdesit të marrë”, kundrejt 66 (46.2%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 54 (37.2%), e pjesëmarrësve, janë dakord që ka një vlerësim vjetor përfshihen “rezultatet e vlerësimeve të njëjësive”, kundrejt 91 (62.8%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 108 (64.7%), e pjesëmarrësve, janë dakord që vlerësimi vjetor pasqyron “një pamje të plotë se deri në çfarë mase janë arritur qëllimet e programit”, kundrejt 59 (35.3%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 7 A ka udhëzime me shkrim për formën dhe përmbajtjen e raporteve të shefave të njësisë për Administratën?

	Aspak dakord	S' jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A përfshijnë këto raporte:				
Vlerësime periodike të punës së njësisë në krahasim me programin e planifikuar			76 (54.3)	64 (45.7)
Prognozë për përmbushjen e programit të vitit			94 (63.5)	54 (36.5)

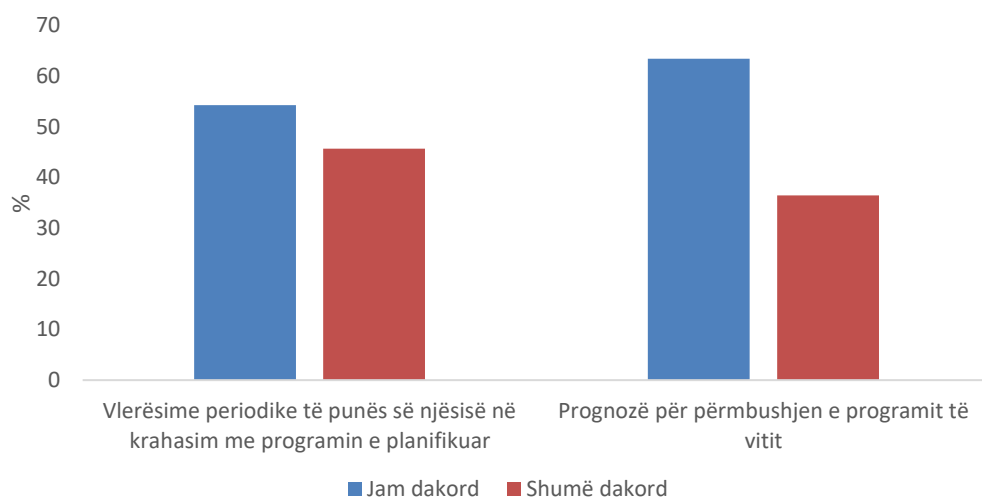


Figura 3.9 Raportet për Administratën

76 (54.3%), prej 140 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që raportet përfshijnë “vlerësime periodike të punës së njësisë në krahasim me programin e planifikuar”, kundrejt 64 (45.7%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

94 (63.5%), prej 148 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në raport përfshihet “prognozja për përmbushjen e programit të vitit”, kundrejt 54 (36.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3.8 A kryen Administrata e spitalit analiza të vazhdueshme mbi ndikimin në spital të ndryshimeve të nevojave të banorëve lokalë për kujdesin, si dhe të ndryshimeve të përgjegjësive të strukturave?

	Aspak dakord	S’jam dakord	Jam dakord	Shume dakord
A përfshin analiza:				
Ndryshimet demografike		7 (4.6)	109 (71.2)	37 (24.2)
Situatën epidemiologjike lokale		17 (12.5)	72 (52.9)	47 (34.6)
Ndryshimet në strukturat sociale lokale		15 (11.63)	92(71.3)	22 (17.1)
Ndryshimet në organizimin strukturor të kujdesit shëndetësor lokal dhe rishpërndrjen e përgjegjësive			72 (58.1)	52 (41.9)
A merret në konsideratë në analizë se si ndryshimet mund të ndikojnë në:				
Qëllimet e programit			94 (65.3)	50 (34.7)
Dimensionet e programit			79 (51.6)	74 (48.4)
Mundësitë për rritjen e efikasitetit			109 (67.7)	52 (32.3)

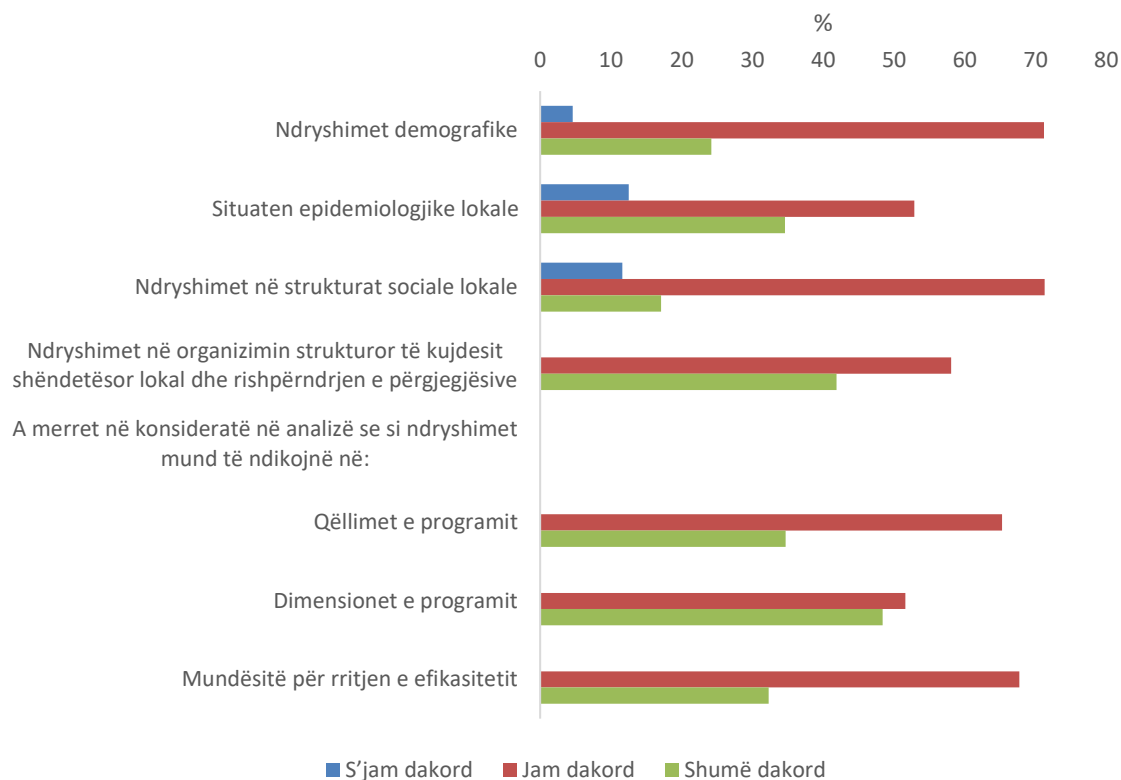


Figura 3. 10 Analizat e Administratës

109 (71.2%), prej 153 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet demografike” është një element që përfshihet në analizat e Administratës, 37 (24.2%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (12.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (52.9%), prej 136 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “situata epidemiologjike lokale” është një element që përfshihet në analizat e Administratës, 47 (34.6%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 17 (12.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 92 (71.3%), prej 129 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet në strukturat sociale lokale” përfshihen në analizat e Administratës, 22 (17.1%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 15 (11.63%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (58.1%), prej 124 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet në organizimin strukturor të kujdesit shëndetësor lokal dhe rishpërndarjen e përgjegjëseve” përfshihen në analizat e Administratës, kundrejt 52 (41.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 94 (65.3%), prej 144 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merret në konsideratë se si ndryshimet mund të ndikojnë në “qëllimet e programit”, kundrejt 50 (34.7%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 79 (451.6%), prej 153 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merret në konsideratë se si ndryshimet mund të ndikojnë në “dimensionet e programit”, kundrejt 74 (48.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

109 (67.7%), prej 161 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord qënë analizë merren në konsideratë “mundësitë për rritjen e efikasitetit”, kundrejt 52 (32.3%) që referojnë “shumë dakord”me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 9 A kryen spitali një analizë të vazhdueshme se si do të ndikojnë teknologjitë e reja në programin e spitalit?

	Aspak dakord	S’jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A përfshin analiza efektet e:				
Metodave të reja të diagnostikimit, trajtimit dhe kujdesit			113 (67.7)	54 (32.3)
Teknologjive të reja të informacionit dhe të komunikimit			89 (57.1)	67 (42.9)
A ka ndonjë studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin:				
Në spital, përmes braktisjes së metodave joefikase		3 (2.0)	92 (61.7)	54 (36.2)
Nëpërmjet riorganizimit të personelit		5 (3.1)	76 (46.6)	82 (50.3)

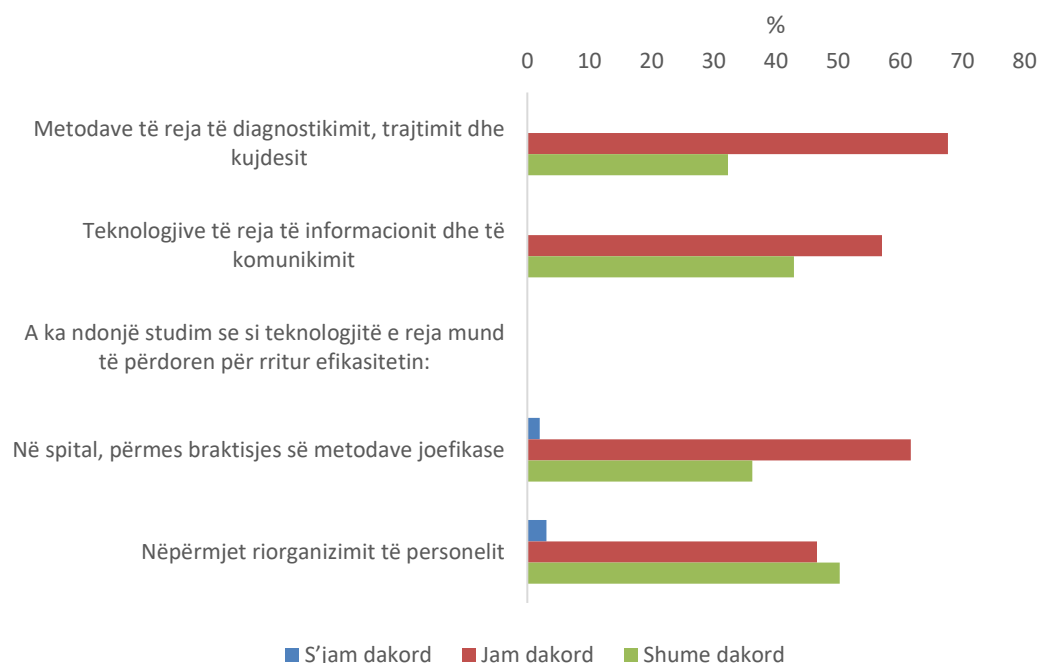


Figura 3. 11 Ndikimi i teknologjisë

113 (67.7%), prej 167 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizat e spitalit përfshihet ndikimi i “metodave të reja të diagnostikimit, trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 54 (32.3%) që referojnë “shumë dakord”me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 89 (57.1%), prej 156 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë

dakord që në analizat e spitalit përfshihet ndikimi i “teknologjive të reja të informacionit dhe të komunikimit”, kundrejt 67 (42.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 92 (61.7%), prej 149 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ka studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin në spital “përmes braktisjes së metodave joefikase”, 54 (36.2%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 3 (2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 76 (46.6%), prej 163 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ka studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin në spital “nëpërmjet riorganizimit të personelit”, 82 (50.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3.1%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 10 A ka Spitali organizimin, kompetencën, pajisjet dhe planin e duhur për trajtimin e emergjencave?

	Aspak dakord	S'jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A ka në spital një rregull të përcaktuar qartë nëse ndodh ndonjë katastrofë në komunitet?			76 (58.9)	53 (41.1)
A ka në spital një strukturë komandë për përballimin e një katastrofe?			54 (32.7)	111 (67.3)
A janë përcaktuar qartë në spital fushat e përgjegjësisë dhe detyrave për njësitë e saj të ndryshme, në rast të një katastrofe?		7 (4.3)	89 (54.6)	67 (41.1)
A kanë të gjithë anëtarët e ekipit të katastrofës si mjekët, infermierët dhe ndihmësit trajnimin e duhur?		5 (3.0)	106 (64.2)	54 (32.7)
A është struktura e organizuar për të bashkëpunuar me shërbimet e policisë dhe të shpëtimit?			45 (27.4)	119 (72.6)
A ka ekipi i emergjencës pajisjet e duhura për të bërë punën e tij?		7 (4.2)	108 (65.5)	50 (30.3)

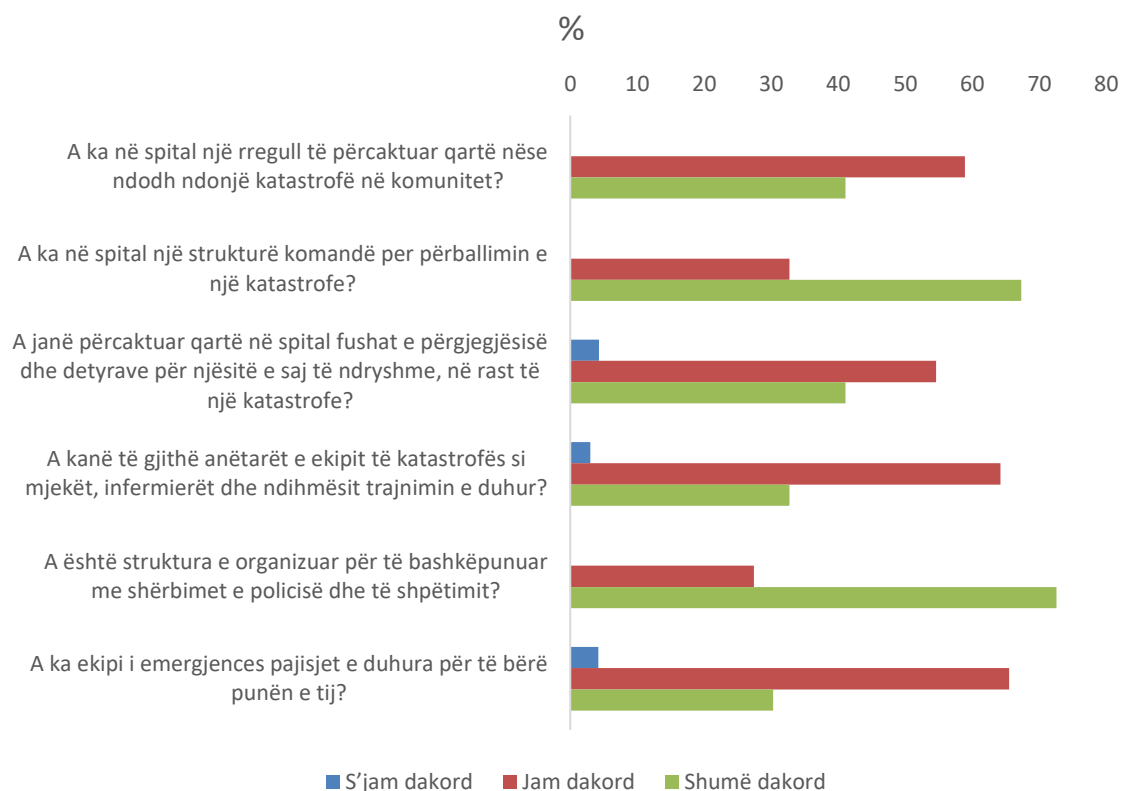


Figura 3. 12 Kapacitetet e Spitalit

76 (58.9%), prej 129 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital ka një rregull të përcaktuar qartë nëse ndodh ndonjë katastrofë në komunitet”, kundrejt 53 (41.1%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre; 54 (32.7%), prej 165 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital ka një strukturë komande për përballimin e një katastrofe”, kundrejt 111 (67.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre; 89 (54.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “janë përcaktuar qartë fushat e përgjegjësisë dhe detyrave për njësitë e saj të ndryshme, në rast të një katastrofe”, 67 (41.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre; 106 (64.2%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “anëtarët e ekipit të katastrofës si mjekët, infermierët dhe ndihmësit kanë trajnimin e duhur”, 54 (32.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre;

45 (27.4%), prej 164 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital struktura është e organizuar për të bashkëpunuar me shërbimet e policisë dhe të shpëtimit”, kundrejt 119 (72.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre; 108 (65.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “ekipi i emergjencës ka pajisjet e duhura për të bërë punën e tij”, 50 (30.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 11 A ka në Spital kanë një sistem që garanton që udhëzimet dhe instruksionet të perditesohen dhe personeli të jetë familjar me to?

	Aspak dakord	S'jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A ka në spital lista aktuale të:				
Ligjeve dhe statuteve		44 (26.3)	74 (44.3)	49 (29.3)
Të politikave të përgjithshme dhe rutine të spitalit, dhe udhëzimeve		30 (21.6)	72 (51.8)	37 (26.6)
A kanë akses personat që kanë nevojë tek ligjet, statutet dhe udhëzimet		37 (25.0)	59 (39.9)	52 (35.1)
A ka Administrata një procedurë për sigurimin e informatave mbi përmbajtjen e ligjeve, statuteve dhe udhëzimet për të gjithë ata që janë të prekur nga ato		52 (34.0)	69 (45.1)	32 (20.9)
A kryhet vlerësim i rregullt se si janë zbatuar udhëzimet		7 (4.6)	97 (63.4)	49 (32.0)

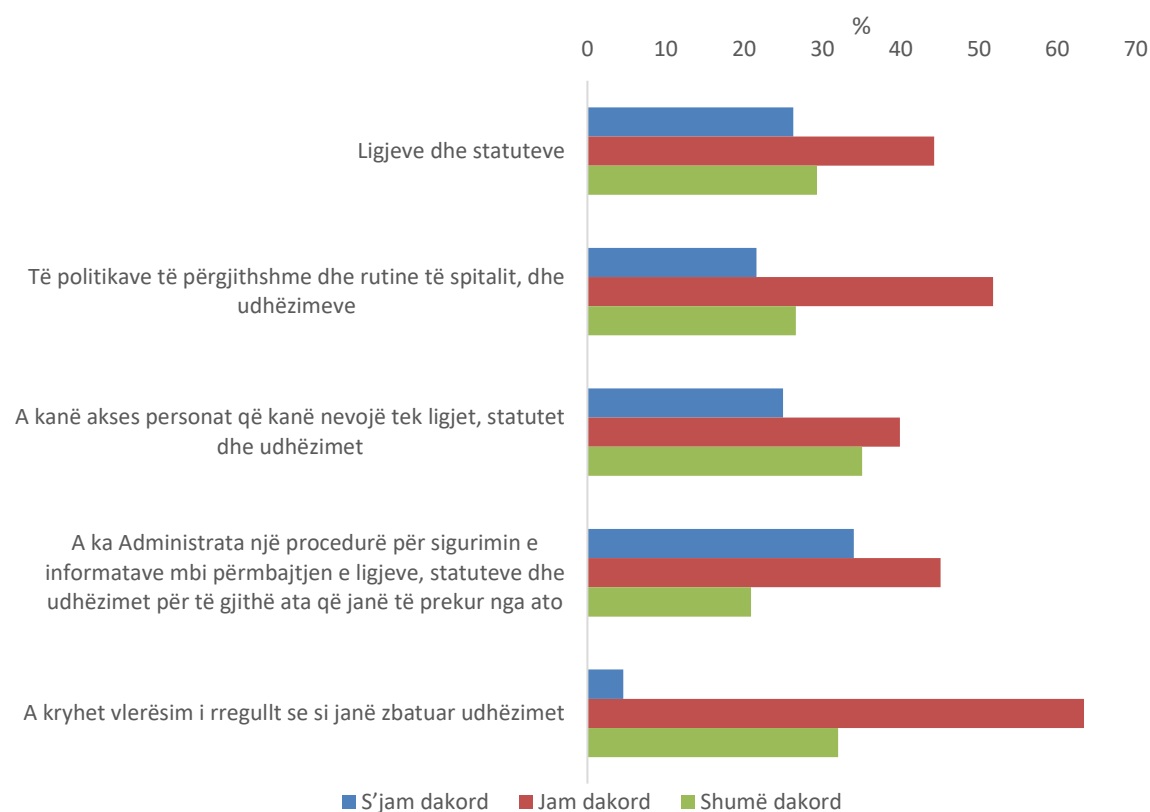


Figura 3. 13 Udhëzimet dhe Instruksionet

74 (44.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital ka lista aktuale të “ligjeve dhe statuteve”, 49 (29.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 44 (26.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (51.8%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital ka lista aktuale të “politikave të përgjithshme dhe rutine të spitalit, dhe udhëzimeve”, 37 (26.6%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 30 (21.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 59 (39.9%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “personat që kanë nevojë kanë akses tek ligjet, statutet dhe udhëzimet”, 52 (35.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 37 (25%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 69 (45.1%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “Administrata ka një procedurë për sigurimin e informatave mbi përmbajtjen e ligjeve, statuteve dhe udhëzimet për të gjithë ata që janë të prekur nga ato”, 32 (20.9%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52 (34%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 97 (63.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “kryhet vlerësim i rregullt se si janë zbatuar udhëzimet”, 49 (32%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 12 A ka Spitali udhëzime të përgjithshme për ato fusha janë të nevojshme për kujdes efektiv dhe të sigurtë?

	Aspak dakord	S'jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
Trajtimi i aksidenteve në punë		27 (40.4)	87 (52.5)	12 (7.1)
Masa për parandalimin e zjarrit, aksidentet, dhe kërcënimet e dhunës ndaj pacientëve ose personelit		10 (6.5)	131 (84.8)	13 (8.7)
Masa në raste ndërprerje të furnizimit me ujë ose energji elektrike			141 (93.4)	10 (6.6)
Depozitimi i mbetjeve të rrezikshme		42 (30.1)	66 (47.0)	32 (22.9)
Menaxhimi i përgjegjësisë		23 (24.5)	114 (72.3)	3 (3.2)
Trajtimin e incidenteve, përjashtimeve dhe ankesave		24 (19.2)	71 (57.5)	29 (23.3)
Dëgjimi komenteve dhe sugjerimeve te pacientëve		52 (43.7)	44 (36.6)	24 (19.7)

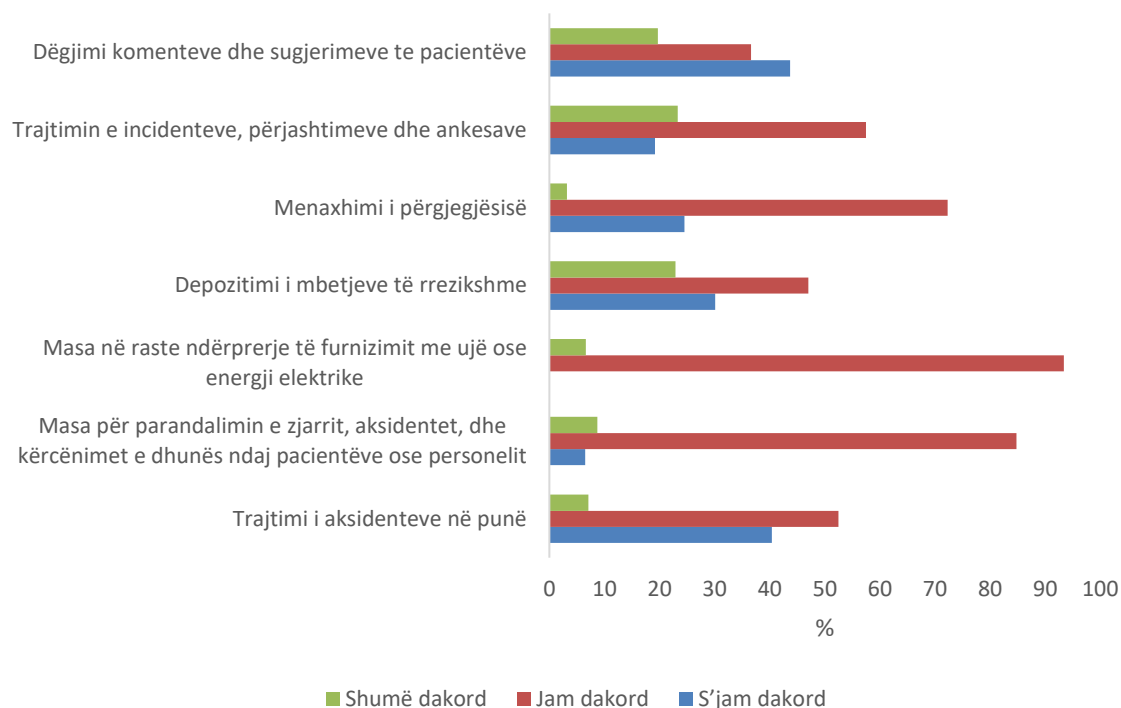


Figura 3. 14 Udhëzimet për fusha të ndryshme

87 (52.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka udhëzime të përgjithshme për “trajtimin e aksidenteve ne pune”, 12 (7.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 27 (40.4%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

131 (84.8%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka “masa për parandalimin e zjarrit, aksidentet, dhe kërcënimet e dhunës ndaj pacientëve ose personelit”, 13 (8.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 10 (6.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

141 (93.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka “masa në raste ndërprerje të furnizimit me ujë ose energji elektrike”, kundrejt 10 (6.6%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

66 (47%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “depozitimi i mbetjeve të rrezikshme”, 32 (22.9%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 42 (30.1%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

114 (72.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “menaxhimi i përgjegjësisë”, 3 (3.2%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 23 (24.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

71 (57.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “trajtimi i incidenteve, përjashtimeve dhe ankesave”, 29 (23.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 24 (19.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

44 (36.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “dëgjimi komenteve dhe sugjerimeve të pacientëve”, 24 (19.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52(43.7%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 13 A ka një ndarje të qartë të punës dhe përgjegjësisë ndërmjet Administrates, njësive bazë, si dhe shërbime të ndryshme të spitalit?

	Aspak dakord	S’jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A kanë administratorët e spitalit përgjegjësi të përcaktuara mirë			76 (45.5)	91 (54.5)
A janë shefat e njësive kryesore të vetëdijshëm për ato përgjegjësi		15 (9.0)	57 (34.3)	94 (56.6)
A vendosin vetë njësitë për formën e shërbimeve që ata kanë nevojë		45 (26.8)	69 (41.1)	54 (32.1)
A është e qartë se si përgjegjësia, autoriteti dhe detyrat janë të ndara ndërmjet:				
Drejtorit të spitalit, administratorëve të personelit, financës dhe shefave të njësive		39 (26.4)	74 (50.0)	35 (23.6)

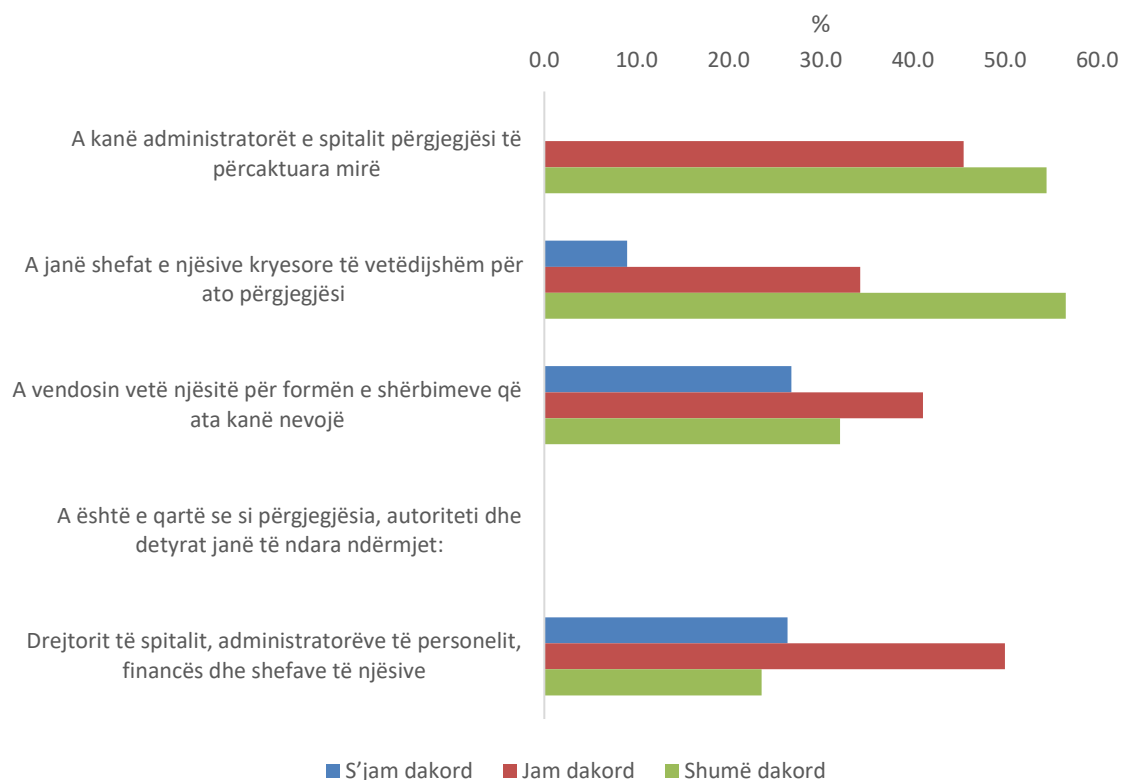


Figura 3. 15 Ndarja e punes dhe përgjegjësi

76 (45.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “administratorët e spitalit kanë përgjegjësi të përcaktuara mirë”, kundrejt 91 (54.5%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

57 (34.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “shefat e njësive kryesore të vetëdijshëm për ato përgjegjësi”, 94 (56.6%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 15 (9%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

69 (41.1%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “njësitë vendosin vetë për formën e shërbimeve që ata kanë nevojë”, 54 (32.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 45 (26.8%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

74 (50%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “përgjegjësia, autoriteti dhe detyrat janë të ndara ndërmjet drejtorit të spitalit, adminatratorëve të personelit, financës dhe shefave të njësive”, 35 (23.6%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 39 (26.4%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 14 A ka në Spital kanë plane afat-shkurtër dhe afat-gjatë për të siguruar që ai kapersonel të trajnuar dhe kompetent?

	Aspak dakord	S'jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A ka kompetenca të përcaktuara në lidhje me menaxhimin e aktivitetit mjekësor të infermierëve në ambjentet e pavionit, të urgjencës-renimacionit dhe të sallave operatore.		5 (3.0)	94 (57.0)	66 (40.0)
A bazohet zhvillimi profesional individual i punonjësve në bashkëpunim me shefat e njësive dhe përfaqësuesve të personelit		7 (4.3)	87 (52.7)	71 (43.0)
Udhëzime për kualifikimin e personave kyç në Menaxhim			108 (66.3)	55 (33.7)
Politika dhe rregulla për punësimin e personelit të ri ose largimin nga puna		25 (16.4)	92 (60.5)	35 (23.0)
A përshtaten burimet njerëzore në raport dhe në përputhje me riorganizimin e infrastrukturës së këtyre shërbimeve			106 (71.6)	42 (28.4)

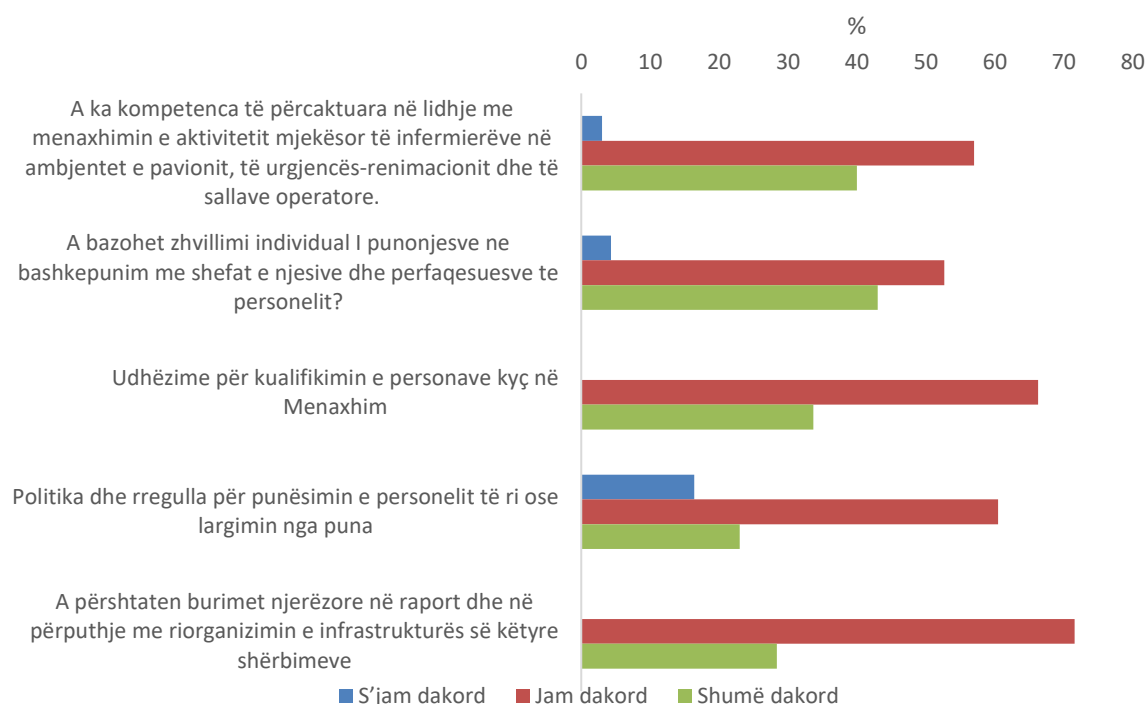


Figura 3. 16 Planet në lidhje me personelin

94 (57%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “ka kompetenca të përcaktuara në lidhje me menaxhimin e aktivitetit mjekësor të infermierëve në ambjentet e pavionit, të urgjencës-reanimacionit dhe të sallave operatore.”, 66 (40%),

referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

87 (52.7%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “zhvillimi profesional individual i punonjësve bazohet në bashkëpunim shëfat e njësisve dhe përfaqësuesve të personelit”, 71 (43%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

108 (66.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që ka udhëzime “për kualifikimin e personave kyç në Menaxhim”, kundrejt 55 (33.7%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

92 (60.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që egzistojnë “politika dhe rregulla për punësimin e personelit të ri ose pushimin nga puna”, 35 (23%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 25 (16.4%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

106 (71.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “burimet njerëzore përshtaten në raport dhe në përputhje me riorganizimin e infrastrukturës së këtyre shërbimeve”, kundrejt 42 (28.4%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 15 A i përshtaten ambientet nevojave të pacientëve?

	Aspak dakord	S’jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A janë siguruar:				
Udhëzime dhe informacione të qarta në rast emergjence			109 (65.7)	57 (34.3)
Udhëzimet dhe shenja për personat me shikim të dëmtuar		52 (33.3)	86 (55.1)	18 (11.5)
Akses për invalidët		8 (4.9)	114 (69.5)	42 (25.6)
Mundësi për prindërit të kujdesen për një fëmijë të sëmurë			45 (27.4)	119 (72.6)
Mundësi për të afërmit për tu kujdesur për një pacient		10 (6.2)	86 (53.1)	66 (40.7)
Mjedise parkimi		24 (14.7)	92 (56.4)	47 (28.8)

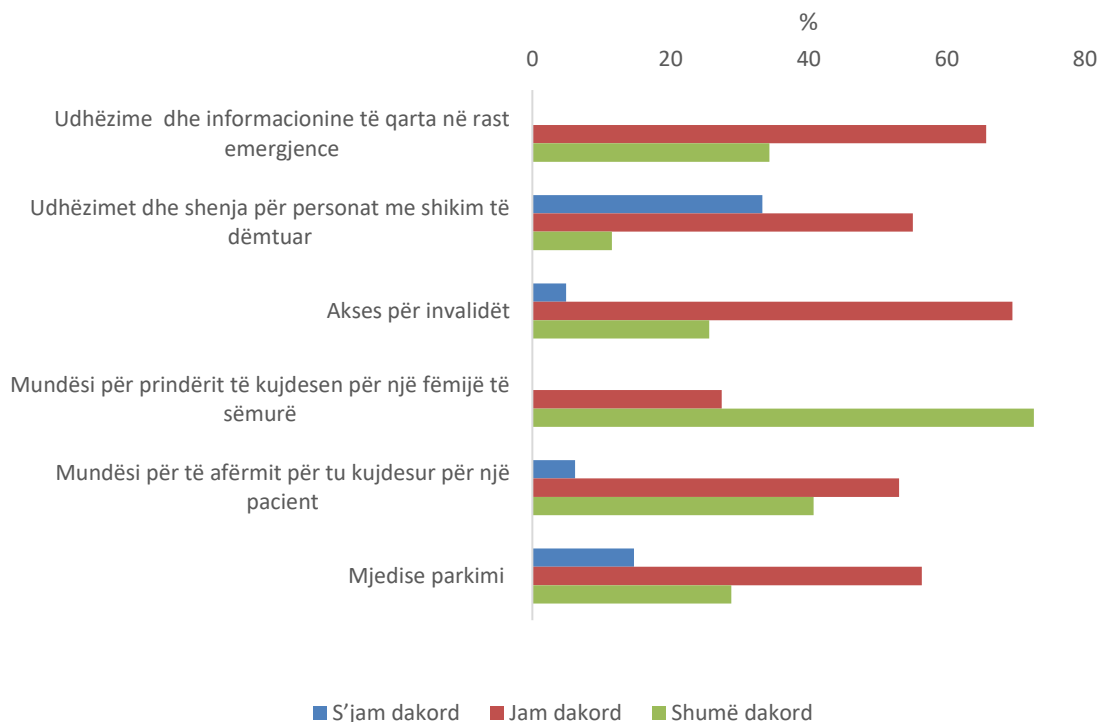


Figura 3. 17 Ambientet e spitalit

109 (65.7%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që janë siguruar “udhëzime dhe informacionine të qarta në rast emergjence”, kundrejt 57 (34.3%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 86 (55.1%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që janë siguruar “udhëzime dhe shenja për personat me shikim të dëmtuar”, 18 (11.5%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52 (33.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 114 (69.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që është siguruar “akses për invalidët”, 42 (25.6%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 8 (4.9%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 45 (27.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që është siguruar “mundësia për prindërit të kujdesen për një fëmijë të sëmurë”, kundrejt 119 (72.6%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 86 (53.1%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që është siguruar “mundësia për të afërmit për tu kujdesur për një pacient”, 66 (40.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 10 (6.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 92 (56.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që janë siguruar “Mjedise parkimi”, 47 (28.8%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 24 (14.7%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 16 A është Spitali i pajisur siç duhet dhe a ka plane për blerjen dhe mirëmbajtjen e pajisjeve?

	Aspak dakord	S'jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
A ka në spital pajisje cilësore të nevojshme për të kryer funksionin e tij?		8 (4.4)	113 (62.4)	60 (33.1)
A mbahet inventar i pajisjeve dhe gjendjes aktuale të tyre në njësi të ndryshme të tij?			54 (32.7)	111 (67.3)
A planifikon administrata e spitalit blerjen e pajisjeve të reja dhe zëvendësimin e pajisjeve defekte në njësitë kryesore?			82 (49.4)	84 (50.6)

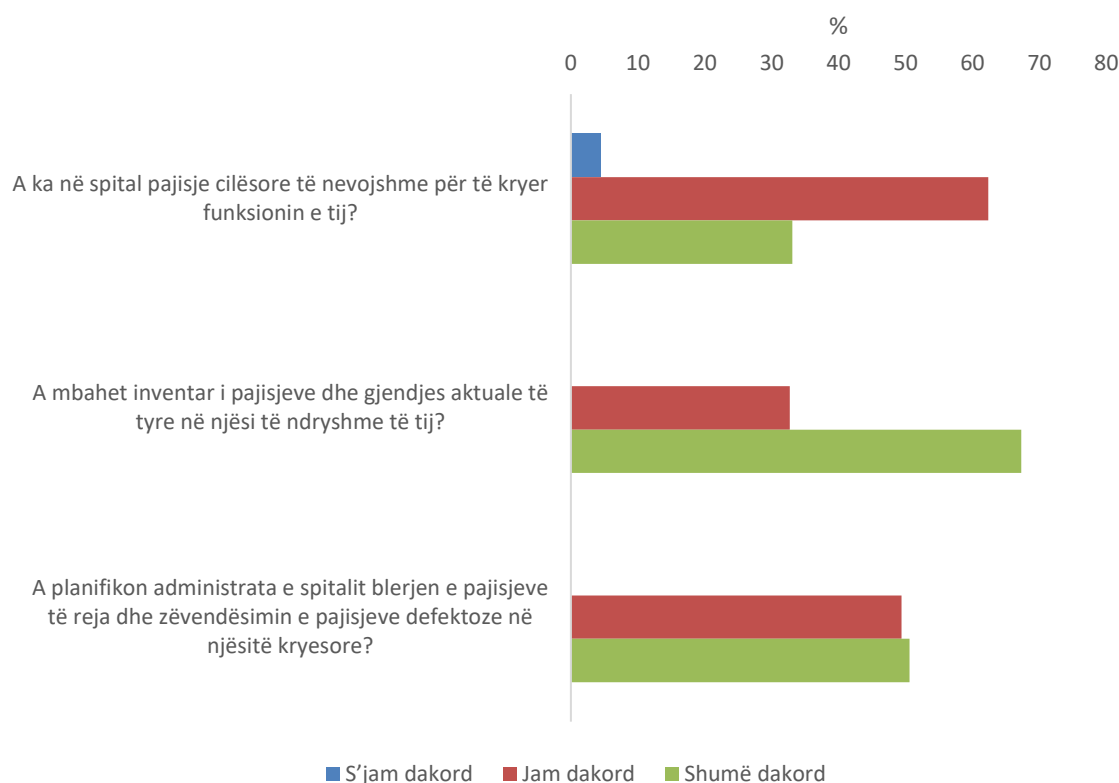


Figura 3. 18 Pajisjet e Spitalit

113 (62.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali “ka pajisje cilësore të nevojshme për të kryer funksionin e tij”, 60 (33.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 8 (4.4%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

54 (32.7%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që “mbahet inventar i pajisjeve dhe gjendjes aktuale të tyre në njësi të ndryshme të tij”, kundrejt 111 (67.3%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Tabela 3. 17 Sipas mendimit tuaj

	Aspak dakord	S'jam dakord	Jam dakord	Shumë dakord
Dokumenti i reformës është i qartë	16 (11.9)	30 (22.2)	86 (63.7)	3 (2.2)
Trajnimi mbi reformat është i mjaftueshëm	14 (8.8)	69 (43.1)	75 (46.9)	2 (1.3)
Më nevojitet më shumë trajnim për të kuptuar reformën			112 (82.4)	24 (17.6)
Më nevojitet më shumë trajnim për të zbatuar reformën			90 (80.4)	22 (19.6)
Me fillimin e reformës, metoda ime e punës ka ndryshuar			124 (78.0)	35 (22.0)
Me fillimin e reformës, unë jam i/e kënaqur me punën			117 (86.0)	19 (14.0)
Me fillimin e reformës, unë ndjehem më shumë i/e stresuar		28 (18.3)	98 (64.1)	27 (17.6)

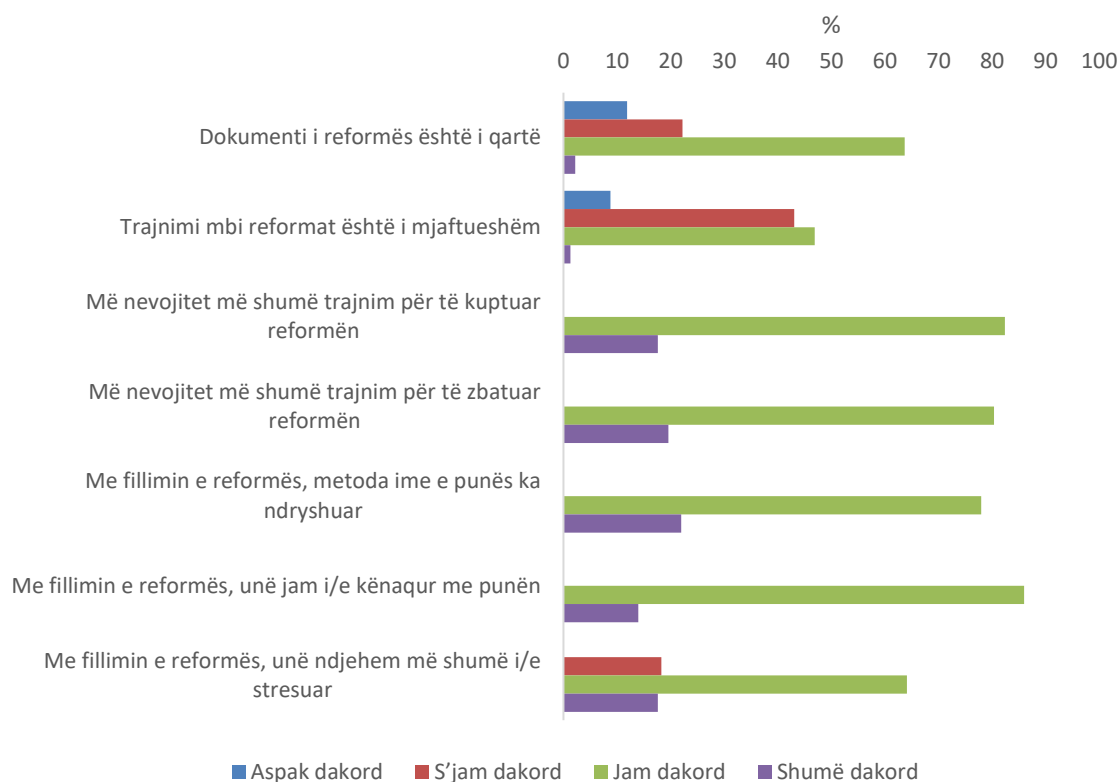


Figura 3. 19 Mendimi i mjekëve për reformën Spitalore

86 (63.7%), prej 135 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që dokumenti i reformës është i qartë, kundrejt 30 (22.2%) që nuk janë dakord dhe 16 (11.9%) që nuk janë aspak dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. 3 (2.2%) referojnë “shumë dakord”;

75 (46.9%), prej 160 mjekëve, janë dakord që trajnimi mbi reformat është i mjaftueshëm, kundrejt 69 (43.1%) që nuk janë dakord dhe 14 (8.8%) që nuk janë aspak dakord, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. 2 (1.3%) referojnë “shumë dakord”;

112e pjesëmarrësve ose (82.4%), e tyre, janë dakord që nevojitet më shumë trajnim për të **kuptuar** reformën, kundrejt 24 (17.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 95%CI (34 - 49)

90 (80.4%), prej pjesëmarrësve, janë dakord që nevojitet më shumë trajnim për të **zbatuar** reformën, kundrejt 22 (19.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 95%CI (30 - 44)

124 prej pjesëmarrësve, ose (78%), e tyre, janë dakord që me fillimin e reformës, metoda e tyre e punës ka ndryshuar, kundrejt 35 (22%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 95%CI (51 – 66)

117 prej pjesëmarrësve ose (86%), e tyre, janë të kënaqur me fillimin e reformës, kundrejt 19 (14%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

98ose (64.1%), e totalit të pjesëmarrësve, janë dakord që me fillimin e reformës ndjehen më të stresuar, kundrejt 27 (17.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. 28 (18.3%) referojnë “shumë dakord”;

Tabela 3. 18 Përdorimet e Internetit për arsye të ndryshme

Përdorimet e Internetit	Po		Jo	
	N	(%)	N	(%)
A e keni përdorur internetin për të gjetur informacione shëndetësore?	30	17.9	138	82.1
A e keni përdorur internetin për të gjetur artikuj ose abstrakte online?	18	10.7	150	89.3
A e keni përdorur internetin për të dhënë këshilla shëndetësore?	8	4.8	160	95.2
A e keni përdorur internetin për të konsultuar një rast klinik?	16	8.8	166	85.7
A e keni përdorur internetin për të gjetur informacion të dobishëm për punën tuaj?	24	14.3	144	85.7

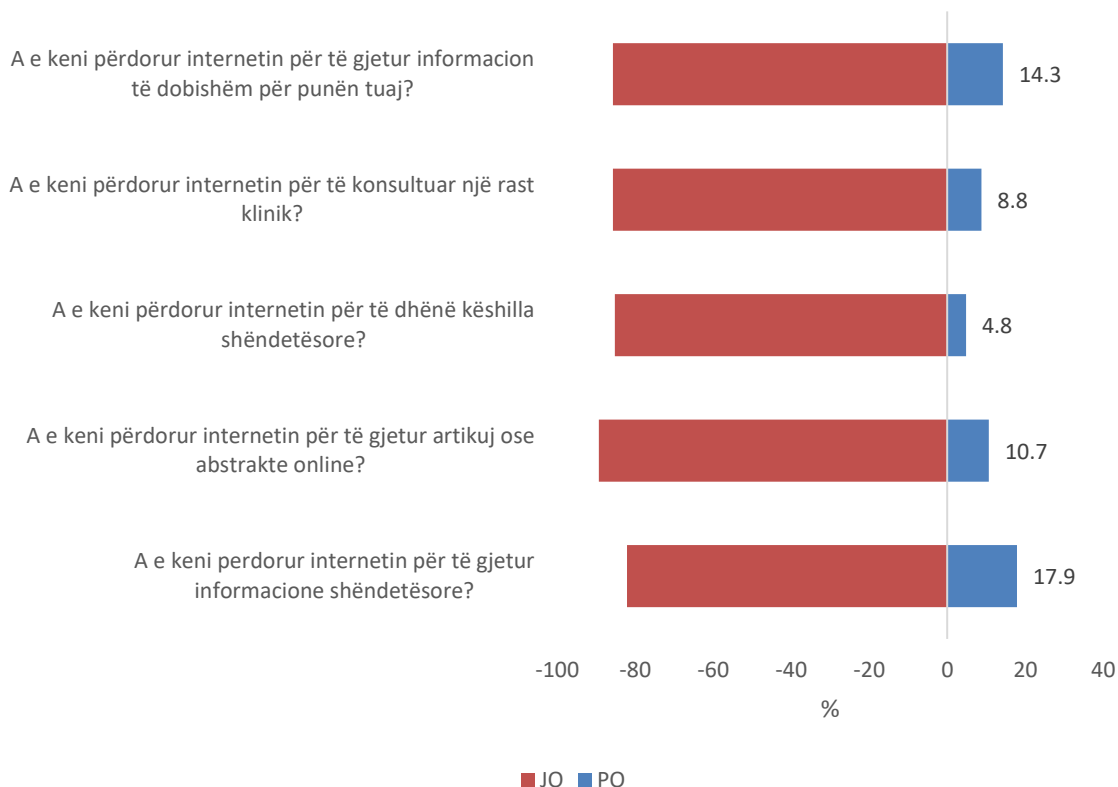


Figura 3. 20 Përdorimet e internetit.

30 (17.9%), prej 168 pjesëmarrësve që i janë përgjigjur pyetjes e përdorin internetin për të gjetur informacione shëndetësore, 138 (82.1%) referojnë “jo”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. ($P < 0.001$)

18 (10.7%), e pjesëmarrësve e përdorin internetin për të gjetur artikuj ose abstrakte online, 150 (89.3%) referojnë “jo”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

8 (4.8%), e pjesëmarrësve që i janë përgjigjur pyetjes e përdorin internetin për të dhënë këshilla shëndetësore, 160 (95.2%) referojnë “jo”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

16 (8.8%), e pjesëmarrësve e përdorin internetin për të konsultuar një rast klinik, 166 (85.7%) referojnë “jo”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

24 (14.3%), e pjesëmarrësve e kanë përdorur internetin për të gjetur informacion të dobishëm për punën e tyre, 144 (85.7%) referojnë “jo”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

Në shumicën e vendeve, sfida kryesore në shpërndarjen e shërbimit spitalor ka të bëjë me kontrollin e kostove, nëpërmjet përmirësimit të efikasitetit dhe kontrollit mbi shkallën e përdorimit (mbi shërbimet që i bëhen popullatës). Në Shqipëri, në këtë fazë, problemi qëndron në sigurimin e një përdorimi më të madh dhe eficient të shërbimeve, me qëllim që të plotësojnë nevojat e popullatës. Rritja e shërbimeve dhe efikasitetit nuk ka të bëjë aq shumë me mungësinë e fondeve, megjithëse është e qartë se nivelet e financimit janë të ulta, por ka të bëjë me përdorimin efektiv të fondeve të disponueshme. Kjo nuk do të thotë se nuk duhen kërkuar më shumë fonde, por detyra kryesore është të përmirësohet përdorimi i fondeve ekzistuese.

Tabela 3. 19 Spitali Rajonal Elbasan dhe spitalet bashkiake: Të dhënat në vitin 2011

Nr.	Spitali	Numri i Shtretërve	Numri i Pacienteve	Dite Qendrimi Mesatar	Totali i Dite Qendrimin	Xhiro Shtrati	Shfrytëzim Shtrati %	Nivelet e Buxhetit në	Numri i personelit		Popullsia e Rajonit
								Lek X ,000	Mjeke	Infermierë	
1	ELBASAN	415	12,483	4.1	51,180	30.08	33.79	558,267.27	88	307	278,124
2	Librazhd	158	3,793	6.8	25,792	24.01	44.72	179,485.89	18	114	75,383
3	Gramsh	115	2,592	6.2	16,070	22.54	38.29	145,023.66	14	92	35,950
4	Peqin	30	280	1.1	308	9.33	2.81	32,823.99	2	14	37,131

Tabela 3. 20 Krahasimi i buxhetit në spitalin Rajonal dhe Spitalet Bashkiake në vitin 2011 dhe vitin 2016

Spitali	Total 2011	Total 2016
Elbasan	558,267	685,129
Librazhd	179,485	186,988
Gramsh	145,023	148,865
Peqin	32,823	29,746
Rajoni	915,598	1,050,728

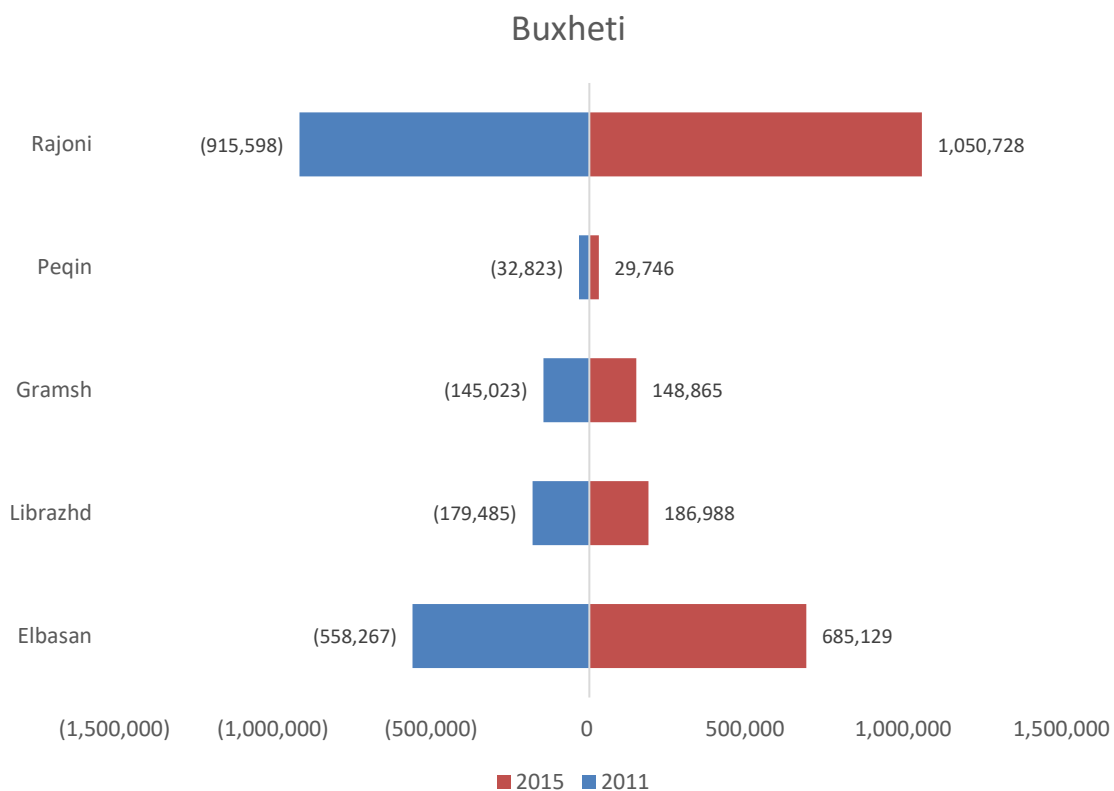


Figura 3. 21 Krahasimi i buxhetit në spitalin Rajonal dhe Spitalet Bashkiake në vitin 2011 dhe vitin 2015

Vërehet rritje e buxhetit nga krahasimi i dy periudhave.

Tabela 3. 21 Aktiviteti i Shërbimeve kryesore me Shtretër 2011 (Të Shtruar)

Nr	Spitali	Obsterik-Gjinek	Kirurgji	Pathollogji	Pediatri	TOTAL të Shtruar
1	ELBASAN	2,933	3,191	5,063	1,296	12,483
2	Librazhd	995	967	959	818	3,739
3	Gramsh	613	572	896	511	2,592
4	Peqin	94	0	100	86	280

Tabela 3. 22 Aktiviteti i Shërbimeve kryesore me Shtretër 2016 (Të Shtruar)

Nr	Spitali	Obsterik-Gjinek	Kirurgji	Pathollogji	Pediatri	TOTAL të Shtruar
1	ELBASAN	3,133	3,325	5,242	1,156	12,856
2	Librazhd	926	901	1215	963	4,005
3	Gramsh	596	506	1102	623	2,827
4	Peqin	104	0	203	116	423

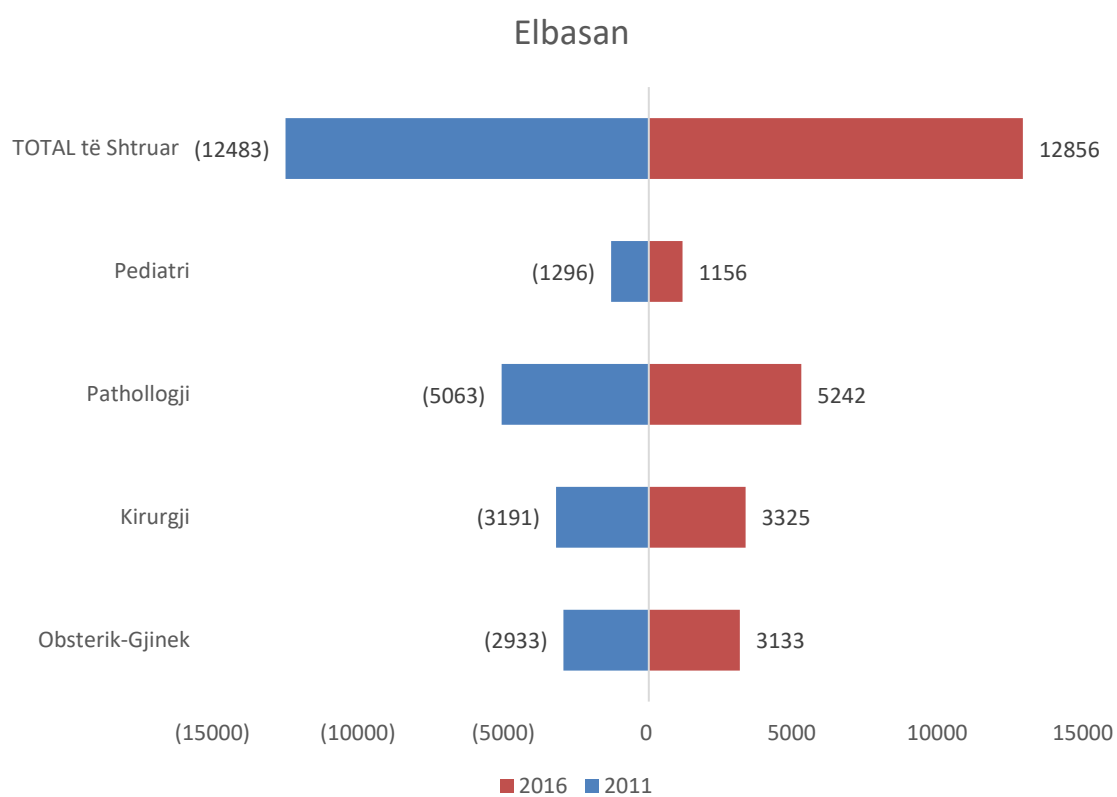


Figura 3. 22 Aktiviteti i Shërbimeve kryesore me Shtretër 2011 - 2016

Vërehet rritje e aktivitetit të shërbimeve nga krahasimi i dy periudhave.

Tabela 3. 23 Krahasimi i Vizitave në Kabinetet Spitalore Elbasan për vitet 2011 dhe 2016

Nr.	Shërbimi/Kabineti	2011	2016
1	Kardiologji	16859	17896
2	Endokrinologji	10968	11889
3	ORL	25891	26662
4	Okulistikë	26589	26861
5	Kirurgji	928	897
6	Ortopedi	2013	1997
7	Nefrologji	5986	6131
8	Pneumologji	7693	8201
9	Gastrologji	3698	4137
10	Reumatologj	8523	9175
11	Neurologji	6987	7823
12	Dermatologji	9650	10425
13	Hematologji	1028	1307
14	Kab.Fizioterapisë	987	1246
15	Onkologji	3002	3109
16	Alergologji	3908	4124
17	Pediatri	158	1140
18	Neuropediatri	998	1378
19	Infektiv	802	659
	TOTAL	137668	145057

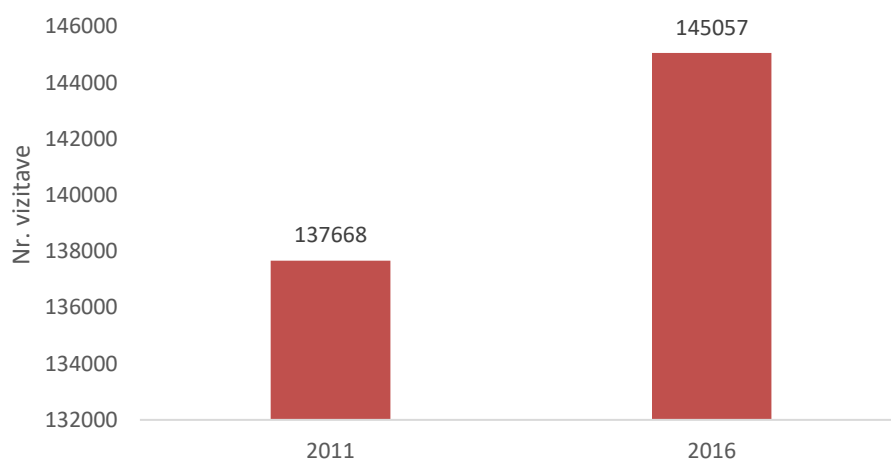


Figura 3. 23 Numri total i vizitave 2011 dhe 2016

Vërehet rritje e numrit total të vizitave spitalore nga krahasimi i dy periudhave.

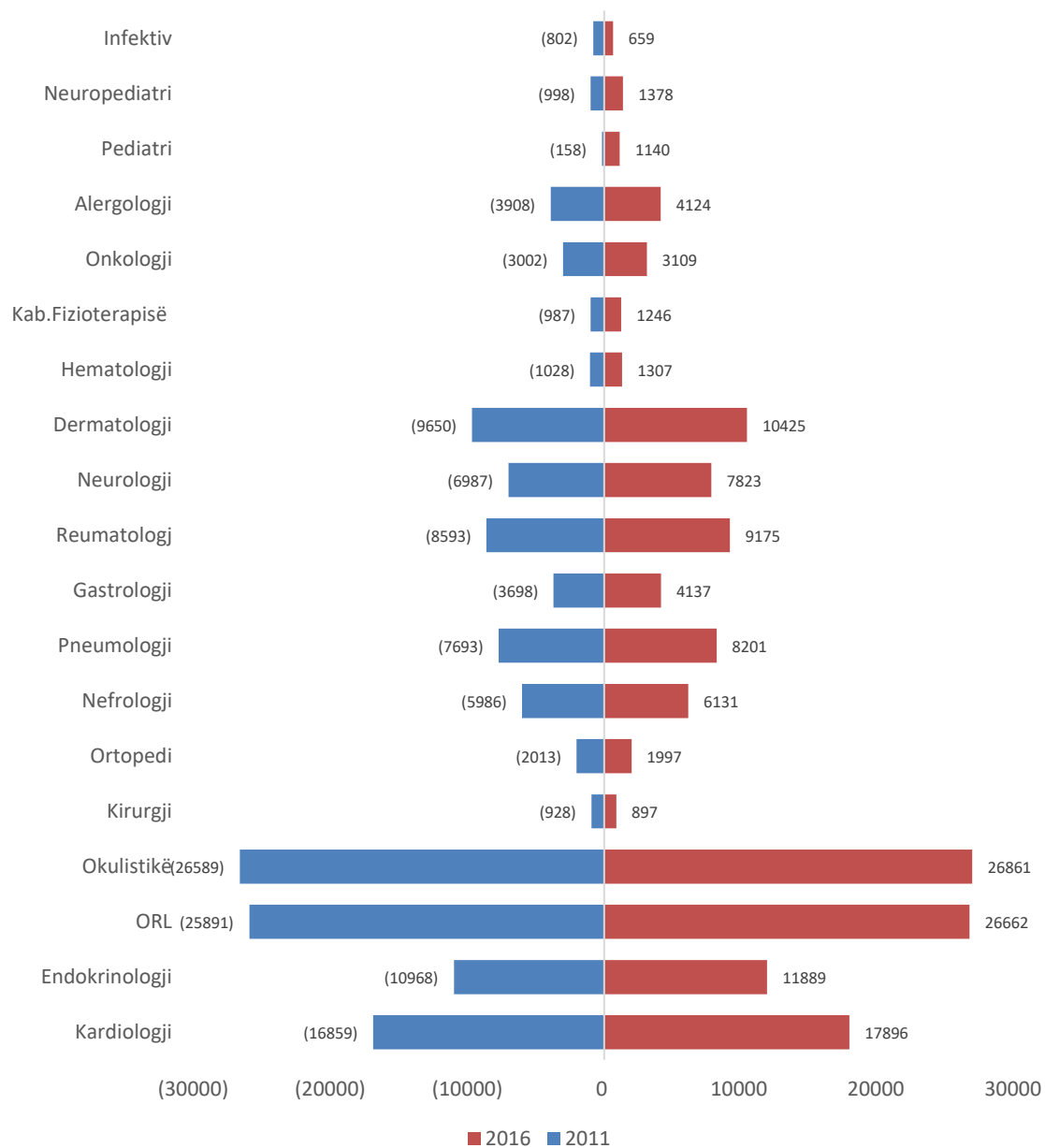


Figura 3. 24 Krahasimi i Vizitave ne Kabinetet Spitalore Elbasan për vitet 2011 dhe 2016

Vërehet rritje e numrit total të vizitave në kabinetet spitalore.

Tabela 3. 24 Numri i ndërhyrjeve kirurgjikale vitet 2011 dhe 2016

Nr	Spitali	2011	2016
1	Elbasan	2947	3318
2	Librazhd	897	901
3	Gramsh	221	231

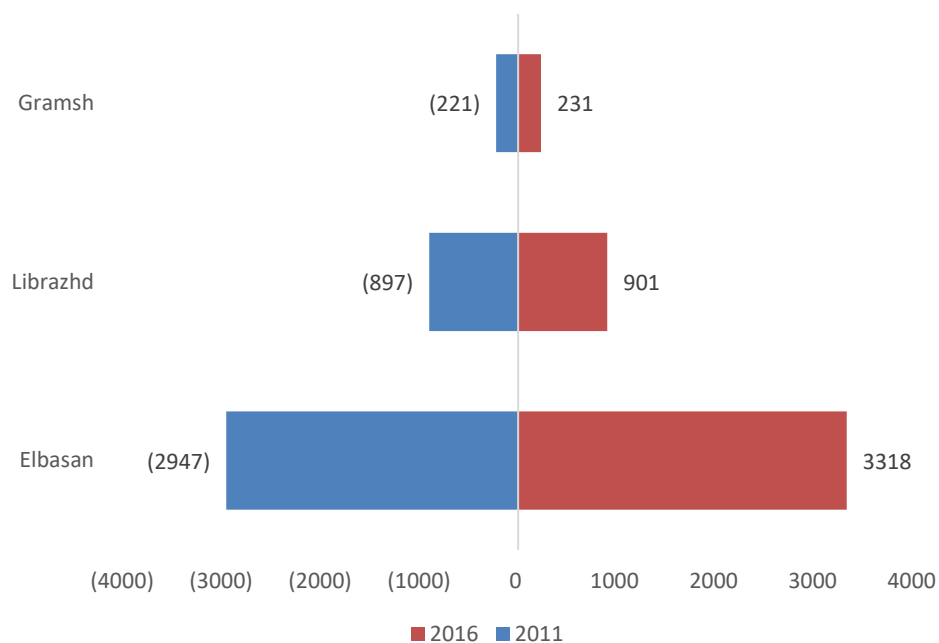


Figura 3. 25 Numri i ndërhyrjeve kirurgjikale vitet 2011 dhe 2016

Vërehet rritje e numrit të ndërhyrjeve kirurgjikale nga krahasimi i dy periudhave.

Tabela 3. 25 Aktiviteti i kabinetit të imazherisë në Spital Krahasimi 2010 me 2015

Ekzaminimi	2010	2015
Radiografi	12897	15362
Ro/Skopi	6254	6187
Skaner	0	4322
Eko Abdominale	11588	15289
Fibro-Gastroskopi	0	40
Fibro-Kolonoskopi	0	224
Mamografi	0	372
Total Ekzaminime	30739	36041

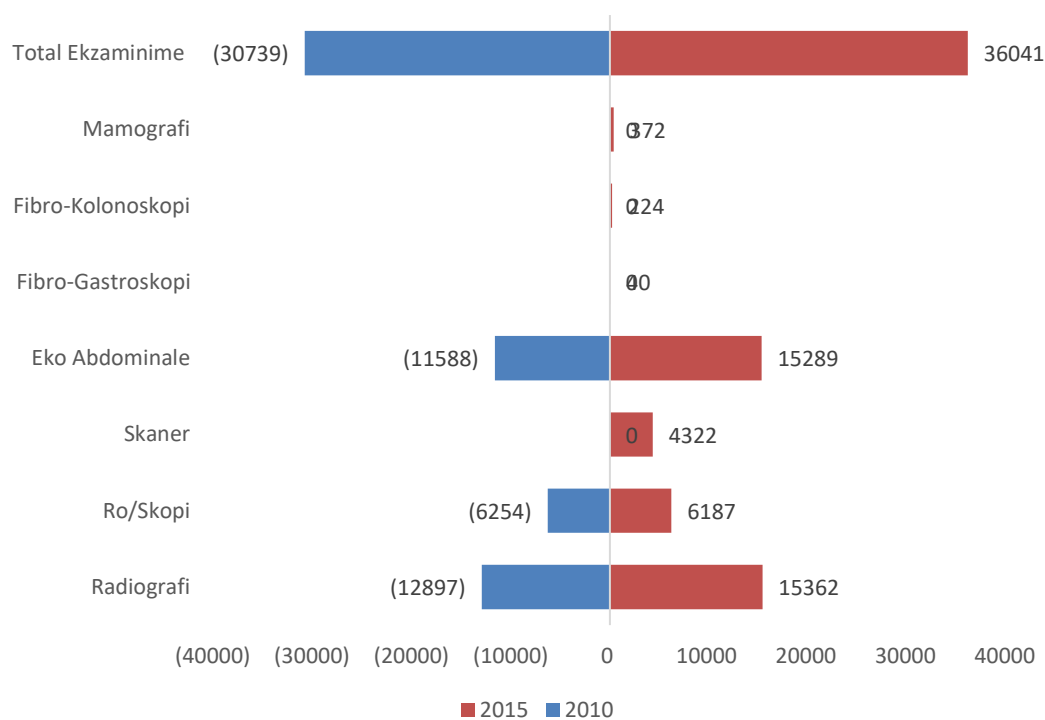


Figura 3. 26 Aktiviteti i kabinetit të imazherisë në Spital Krahasimi 2010 me 2015

Vërehet rritje e aktivitetit të shërbimit imazherik nga krahasimi i dy periudhave.

Tabela 3. 26 Shërbime të reja të shtuara gjatë viteve 2011-2017

Nr.	Shërbimet	Viti
1	Skaner (CT)	V. 2012
2	Shërbimi i Telemjekësisë	V. 2015
3	Audiograma	V. 2016
4	Shërbimi i Dializës (rritja e kapaciteteve)	V. 2017
5	Lapaparoskopi	V. 2018
6	Rezonanca Magnetike (MRI)	V. 2019
7	Kolposkopi	V. 2019

Tabela 3. 27 Kënaqësia e pacientëve sipas karakteristikave sociodemografike. Regresioni logistik multivariat

Variablat	OR	95%CI	P
Mosha			
≤50			
>50	1.62	1.2 - 3.2	<0.01
Gjinia			
Meshkuj			
Femra	1.23	0.89 - 2.3	0.2
V. banimi			
Rural			
Urban	1.11	0.79 - 1.61	0.6
Niveli arsimor			
8-vjeçar			
I mesëm	1.05	0.59 - 1.34	0.3
I lartë	1.22	0.61 - 1.72	0.8
Statusi i punësimit			
Pa punë			
Punësuar	1.61	1.1 - 3.2	0.03
Pension	1.73	1.2 - 3 .85	0.02
Student	0.88	0.60 - 1.93	0.5
Niveli ekonomik			
I ulët			
I mesëm	1.31	0.82 - 2.33	0.3
I lartë	1.24	0.79 - 1.87	0.4

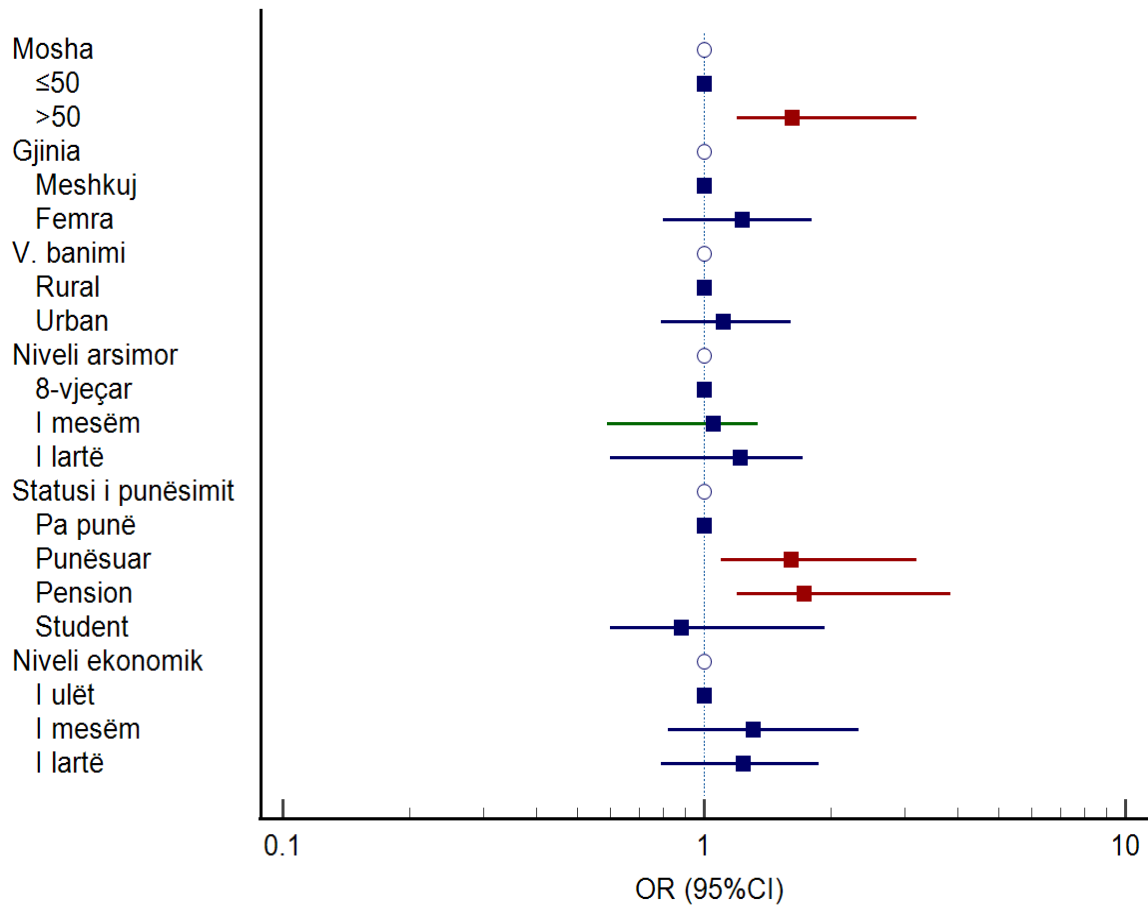


Figura 3. 27 Kënaqësia e pacientëve sipas karakteristikave sociodemografike

Të gjithë pacientët e intervistuar janë të kënaqur nga cilësia e shërbimit dhe mardhënia Mjek-pacient por ndryshim sinjifikant u gjet për:

- Mosha >50 vjeç
- Të punësuarit
- Pensionistët

IV DISKUTIM

Joefikasiteti është një problem i përhapur në sistemet shëndetësore. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) vlerëson se mesatarisht, 20%-40% e shpenzimeve totale globale shëndetësore janë të kota (36). Në vitin 2011, kostoja vjetore e mbetjeve për sistemin e kujdesit shëndetësor të SHBA-së u vlerësua midis një niveli të ulët prej 21% dhe një niveli të lartë prej 47% të shpenzimeve totale shëndetësore (37). Përmirësimi i efikasitetit të sistemeve shëndetësore ka fituar vëmendje të shtuar për shkak të rritjes së shpejtë të shpenzimeve shëndetësore të nxitura nga faktorë që përfshijnë ndryshimet demografike dhe epidemiologjike, rritjen e teknologjisë shëndetësore dhe rritjen e pritjeve të popullsisë (38). Deklarata e Astanës e 2018-ës për Kujdesin Parësor Shëndetësor thekson me vend se komuniteti global nuk mund të përballojë shpenzime për kujdesin shëndetësor për shkak të joefikasitetit nëse do të arrihen mbulimi shëndetësor universal dhe synimet e tjera shëndetësore dhe shëndetësore të Objektivave të Zhvillimit të Qëndrueshëm (39). Spitalet konsumojnë një pjesë të madhe të shpenzimeve totale shëndetësore.

Në vendet anëtare të Organizatës për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik (OECD), spitalet thithën mesatarisht rreth 38% të totalit të shpenzimeve shëndetësore në vitin 2016. Shifrat për disa nga vendet me të ardhura të larta të OECD gjatë së njëjtës periudhë përfshijnë Gjermaninë (29.1%), SHBA (34%), Kanada (29.3%), MB (41.7%), Itali (45.5%), Francë (38.4%) dhe Danimarkë (44.3%) (40). Në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, përqindja e shpenzimeve totale shëndetësore që i atribuohen spitaleve është edhe më e lartë - 51% në Afrikën e Jugut në 2013/2014 (41) dhe 53% në Malajzi në 2015 (42).

Për këtë arsye, vlerësimi i efikasitetit të spitaleve ka marrë vëmendjen më të madhe të politikëbërësve dhe menaxherëve, pasi spitalet efikase nënkuptojnë sisteme më të mira shëndetësore (43). Shumë studime kanë treguar se joefikasiteti teknik në spitale është i përhapur në vende në të gjitha fazat e zhvillimit ekonomik. Në nivel global rreth 300 miliardë dollarë humben çdo vit për shkak të joefikasitetit të lidhur me spitalin (44). Prandaj është e domosdoshme të kërkohen faktorët që ndikojnë në efikasitetin e spitalit dhe të propozohen ndërhyrje për të përmirësuar efikasitetin e spitalit dhe performancën e të gjithë sistemit shëndetësor. Ky punim ka objektiva të dyfishta. Së pari, informacioni mbi përcaktuesit kryesorë të efikasitetit të spitalit do të sintetizohet duke përdorur një kërkim në literaturë. Së dyti, një kuadër për adresimin e joefikasitetit spitalor do të propozohet bazuar në sintezën e problemeve. Joefikasiteti i spitalit ekziston në forma të ndryshme, duke përfshirë joefikasitetin teknik, alokues, shkallën, shtrirjen dhe koston (45). Një spital është teknikisht efikas kur maksimizon outputet për një nivel të caktuar inputesh ose burimesh, ose anasjelltas, kur minimizon inputet për një nivel të caktuar dhe zgjedhje të outputeve. Efikasiteti alokativ është kur një spital shpërndan dhe përdor kombinimin më pak të kushtueshëm të inputeve në prodhimin e outputeve të tij ose kur burimet spitalore angazhohen për të prodhuar produkte që janë prioritete për shoqërinë. Efikasiteti i shkallës ekziston kur madhësia e operacioneve të spitalit është optimale, kështu që çdo modifikim i madhësisë së tij do ta bëjë spitalin më pak efikas (46). Efikasiteti i fushëveprimit ndodh kur një spital zvogëlon koston e tij mesatare përmes përfitimit të prodhimit të disa rezultateve. Efikasiteti i koston matë koston mesatare të përdorur në prodhimin e produkteve në krahasim me një standard ose koston e përdorur nga ofruesit e tjerë.

Një spital është një institucion që ofron shtretër, vakte ushqimore dhe kujdes të vazhdueshëm infermieror për pacientët e tij gjatë kohës që ata i nënshtrohen terapisë

mjekësore në duart e një mjeku me objektivin për të rikthyer shëndetin e pacientit (47). Ky përkufizim mbulon atributet kryesore të një spitali. Megjithatë, spitalet janë entitete të ndryshme për nga struktura dhe organizimi i tyre. Ato variojnë nga një spital i vogël rural në një vend me të ardhura të ulëta, i cili ofron shërbime bazë në një spital të madh të specializuar urban në një vend me të ardhura të larta, i pajisur me teknologjinë më të fundit dhe fuqi punëtore shumë të kualifikuar. Funkcionet kryesore të spitaleve përfshijnë kujdesin ndaj pacientit, mësimdhënien, kërkimin dhe mbështetjen e sistemit shëndetësor (48). Megjithatë, shkalla në të cilën spitalet kryejnë disa nga këto funksione varet nga mënyra se si ato janë organizuar dhe klasifikuar. Këto pritet të kenë një efekt në efikasitetin e spitaleve dhe faktorët që ndikojnë në efikasitetin (49).

Gama e produkteve të ofruara nga një spital mund të ndikojë në efikasitetin. Megjithatë, drejtimi i ndikimit është i paparashikueshëm siç mund të konkludohet nga seksioni i rezultateve. Prodhimi me shumë prodhime ndonjëherë mundëson arritjen e ekonomive të shtrirjes dhe herë të tjera rezulton në disekonomi të fushëveprimit. Vendimet nëse do të bashkëvendosen ose jo funksione të ndryshme si kujdesi urgjent kundrejt spitalit ose ambulatorit kundrejt spitalit dhe specialiteteve të ndryshme klinike duhet të bazohen në një analizë të plotë të faktorëve kontekstualë që ka të ngjarë të ndikojnë në ekonomitë e fushës (50). Rritja e performancës menaxheriale dhe proceseve spitalore të cilat mund të arrihen përmes iniciativave të ndryshme duke filluar nga përdorimi i bonuseve si instrument për rregullimin e stimujve të punës për të ulur kostot e punës, deri te bashkimi i spitaleve ose ristrukturimi i tyre në klinika; Zëvendësimi i kontabilitetit total të buxhetit dhe futja e kontabilitetit të detajuar për shpenzime të ndryshme u konstatua se të gjitha përmirësonin efikasitetin. Për më tepër, futja dhe shtimi i indeksit të përzierjes së rasteve DRG në një analizë stokastike të efikasitetit të kufirit dhe faktorëve që ndikojnë në efikasitetin e spitalit rezultuan në një reduktim prej 50% të joefikasitetit (51). Ky studim u krye për të vlerësuar efikasitetin në kujdesin shëndetësor dytësor në rajonin Elbasan. Ky vlerësim do të krijojë mundësinë e identifikimit të arritjeve dhe mangësive të reformës për përmirësimin e mëtejshëm të saj (52,53).

Në studim morën pjesë 168 punonjës të spitalit rajonal Elbasan, 62 (37%) mjekë dhe 106 (63%) infermierë. Prej tyre 64 (38%) meshkuj dhe 104 (62%) femra. Vërehet që shumica e personelit në spital janë femra, me ndryshim sinjifikant me meshkujt.

Mosha mesatare e pjesëmarrësve në studim është 48 vjeç (95% CI 46.4 - 49.5) dhe i nënshtrohet shpërndarjes normale.

Vërehet mbizotërim i grupmoshës 46-55vje dhe 36-45vje, me përkatësisht 37% dhe 35% të rasteve ndjekur nga grupmosha 56-65 vjeç me 25% të totalit.

Shumica e pjesëmarrësve, 150 (92%), referojnë që janë të martuar.

60 (36%) e pjesëmarrësve kanë lindur në zonë rurale por aktualisht vetëm 7 (4%) e totalit të tyre banojnë aktualisht në zonë rurale.

Shumica e pjesëmarrësve në studim 116 (69%), referojnë që kanë një nivel ekonomik mesatar, ndjekur nga 32 (19%) që referojnë nivel ekonomik të mirë dhe 7 (4%) që referojnë nivel shumë të mirë. 13 (8%) referojnë një nivel të keq ekonomik. Ndryshimi është statistiki i rëndësishëm ($P < 0.01$) (54).

Shumica e pjesëmarrësve në studim 122 (75.8%), nuk kanë marrë pjesë në serinë e seminareve të edukimit të vazhdueshëm gjatë tre viteve të fundit kundrejt 39 (24.2%) që referojnë që kanë marrë pjesë. Ndryshimi është statistiki i rëndësishëm ($P < 0.01$) Shumica e pjesëmarrësve 90 (56.3%), nga 160 pjesëmarrës që i janë përgjigjur pyetjes nuk kanë marrë pjesë në ndonjë trajnim (organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike etj) gjatë tre viteve të fundit kundrejt 70 (43.8%) që referojnë që kanë marrë pjesë me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre. ($P = 0.04$)

Vërehet që 79 (52%), prej 152 pjesëmarrësve që i janë përgjigjur pyetjes nuk kanë marrë pjesë në ndonjë konferencë shkencore gjatë tre viteve të fundit kundrejt 73 (48%) që referojnë që kanë marrë pjesë. Ndryshimi nuk është statistiki i rëndësishëm ($P > 0.05$) (55,56).

Vërehet që 97 (63%), prej 154 pjesëmarrësve që i janë përgjigjur pyetjes nuk kanë botuar ndonjë artikull në një revistë shencore gjatë tre viteve të fundit kundrejt 57 (37%) që referojnë që kanë botuar. Ndryshimi është statistiki i rëndësishëm ($P < 0.01$)

84 (55.6%), prej 151 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “kompetenca” është një element që përfshihet në kriteret e kujdesit, kundrejt 67 (44.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 60 (38.5%), prej 156 pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihet “informimi dhe sensibiliteti”, kundrejt 96 (61.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 77 (48.7%), e pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihet “disponueshmëria”, kundrejt 81 (51.3%) që janë shumë dakord me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre (57).

82 (64.6%), prej 127 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që urdhërat përfshijnë “programe të përcaktuara”, kundrejt 45 (35.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 108 (77.1%), prej 140 pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihen “baza për prioritizim”, kundrejt 32 (22.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 60 (52.6%), e pjesëmarrësve, janë dakord që përfshihen “përgjegjësia financiare dhe udhëzime për buxhetin”, kundrejt 54 (47.4%) që janë shumë dakord me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 86 (82.71%), prej 104 pjesëmarrësve janë dakord që përfshihen “Ndryshime programi”, kundrejt 18 (17.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 124 (79.5%), prej 156 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “Zhvillimin e personelit”, kundrejt 32 (20.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre (58-60).

35 (31.3%), prej 112 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “Rekrutimin dhe shkarkimin e personelit”, 20 (17.9%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 57 (50.8%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 71 (51.8%), prej 137 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “përmirësim të kujdesit dhe të shërbimit”, kundrejt 66 (48.2%) që referojnë “shumë dakord” pa ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 97 (62.2%), prej 156 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat përfshijnë “Përmirësimin e mjedisit të punës”, kundrejt 59 (37.8%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (43.9%), prej 164 pjesëmarrësve janë dakord që urdhërat janë “rezultat i një dialogu ndërmjet administratës të spitalit dhe shefave të njësisë”, 57 (34.8%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 35 (21.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre (61).

67 (48.2%), prej 198 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që sistemi i vlerësimit dhe raportimit përfshim “rezultate financiare”, 37 (26.6%) janë “shumë dakord”, kundrejt 35 (25.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre; 116 (78.4%), prej 142 pjesëmarrësve, janë dakord që sistemi përfshin “vëllimin dhe koston e trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 32 (21.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre (62,63). 76 (58.0%), prej 131 pjesëmarrësve, janë dakord që sistemi përfshin “cilësinë e trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 55 (42%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistiki të rëndësishëm ndërmjet tyre (64-66).

71 (59.7%), prej 119 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që sistemi i vlerësimit dhe raportimit përfshim “kohën e pritjes dhe radhët e gjata”, 40 (33.6%) janë “shumë dakord”, kundrejt 8 (6.7%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

97 (60.2%), e pjesëmarrësve, janë dakord që ka një vlerësim vjetor të “moshës, gjinisë dhe diagnozave të pacientëve”, kundrejt 64 (39.8%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

77 (53.8%), e pjesëmarrësve, janë dakord që ka një vlerësim vjetor të “përgjigjes së pacientëve ndaj trajtimit dhe kujdesit të marrë”, kundrejt 66 (46.2%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

54 (37.2%), e pjesëmarrësve, janë dakord që ka një vlerësim vjetor përfshihen “rezultatet e vlerësimeve të njëjësive”, kundrejt 91 (62.8%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre(67).

108 (64.7%), e pjesëmarrësve, janë dakord që vlerësimi vjetor pasqyron “një pamje të plotë se deri në çfarë mase janë arritur qëllimet e programit”, kundrejt 59 (35.3%) që janë shumë dakord me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

76 (54.3%), prej 140 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që raportet përfshijnë “vlerësime periodike të punës së njësisë në krahasim me programin e planifikuar”, kundrejt 64 (45.7%) që referojnë “shumë dakord”me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre (68-70).

94 (63.5%), prej 148 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ne raport përfshihet “progoza për përmbushjen e programit të vitit”, kundrejt 54 (36.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

109 (71.2%), prej 153 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet demografike” është një element që përfshihet në analizat e Administratës, 37 (24.2%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (12.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

72 (52.9%), prej 136 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “situata epidemiologjike lokale” është një element që përfshihet në analizat e Administratës, 47 (34.6%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 17 (12.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

92 (71.3%), prej 129 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet në strukturat sociale lokale” përfshihen në analizat e Administratës, 22 (17.1%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 15 (11.63%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

72 (58.1%), prej 124 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet në organizimin strukturor të kujdesit shëndetësor lokal dhe rishpërndarjen e përgjegjësive” përfshihen në analizat e Administratës, kundrejt 52 (41.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

94 (65.3%), prej 144 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merret në konsideratë se si ndryshimet mund të ndikojnë në “qëllimet e programit”, kundrejt 50 (34.7%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

79 (45.6%), prej 153 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merret në konsideratë se si ndryshimet mund të ndikojnë në “dimensionet e programit”, kundrejt 74 (48.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre (71-73).

109 (67.7%), prej 161 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merren në konsideratë “mundësitë për rritjen e efikasitetit”, kundrejt 52 (32.3%) që referojnë “shumë dakord”me ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm ndërmjet tyre;

113 (67.7%), prej 167 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizat e spitalit përfshihet ndikimi i “metodave të reja të diagnostikimit, trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 54 (32.3%) që referojnë “shumë dakord”me ndryshim statistikiqsh të

rëndësishëm ndërmjet tyre; 89 (57.1%), prej 156 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizat e spitalit përfshihet ndikimi i “teknologjive të reja të informacionit dhe të komunikimit”, kundrejt 67 (42.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 92 (61.7%), prej 149 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ka studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin në spital “përmes braktisjes së metodave joefikase”, 54 (36.2%), referojnë “shume dakord”, kundrejt 3 (2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 76 (46.6%), prej 163 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ka studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin në spital “nëpërmjet riorganizimit të personelit”, 82 (50.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3.1%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre(74,75).

76 (58.9%), prej 129 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital kanë rregull të përcaktuar qartë nëse ndodh ndonjë katastrofë në komunitet”, kundrejt 53 (41.1%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 54 (32.7%), prej 165 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital ka një strukturë komande për përballimin e një katastrofe”, kundrejt 111 (67.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 89 (54.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “janë përcaktuar qartë fushat e përgjegjësisë dhe detyrave për njësitë e saj të ndryshme, në rast të një katastrofe”, 67 (41.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 106 (64.2%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “anëtarët e ekipit të katastrofës si mjekët, infermierët dhe ndihmësit kanë trajnimin e duhur”, 54 (32.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (76,77).

45 (27.4%), prej 164 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital struktura është e organizuar për të bashkëpunuar me shërbimet e policisë dhe të shpëtimit”, kundrejt 119 (72.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 108 (65.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “ekipi i emergjencës ka pajisjet e duhura për të bërë punën e tij”, 50 (30.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (78).

74 (44.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital ka lista aktuale të “ligjeve dhe statuteve”, 49 (29.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 44 (26.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (51.8%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital ka lista aktuale të “politikave të përgjithshme dhe rutine të spitalit, dhe udhëzimeve”, 37 (26.6%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 30 (21.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 59 (39.9%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “personat që kanë nevojë kanë akses tek ligjet, statutet dhe udhëzimet”, 52 (35.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 37 (25%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 69 (45.1%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “Administrata ka një procedurë për sigurimin e informatave mbi përmbajtjen e ligjeve, statuteve dhe udhëzimet për të gjithë ata që janë të prekur nga ato”, 32 (20.9%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52 (34%) që nuk janë dakord, (79) me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre; 97 (63.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “kryhet vlerësim i rregullt se si janë zbatuar udhëzimet”, 49 (32%),

referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (80).

87 (52.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka udhëzime të përgjithshme për “trajtimin e aksidenteve në punë”, 12 (7.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 27 (40.4%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (81).

131 (84.8%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka “masa për parandalimin e zjarrit, aksidentet, dhe kërcënimet e dhunës ndaj pacientëve ose personelit”, 13 (8.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 10 (6.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

141 (93.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka “masa në raste ndërprerje të furnizimit me ujë ose energji elektrike”, kundrejt 10 (6.6%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

66 (47%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “depozitimi i mbetjeve të rrezikshme”, 32 (22.9%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 42 (30.1%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (82).

114 (72.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “menaxhimi i përgjegjësive”, 3 (3.2%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 23 (24.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

71 (57.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “trajtimi i incidenteve, përjashtimeve dhe ankesave”, 29 (23.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 24 (19.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (83).

44 (36.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “dëgjimi komenteve dhe sugjerimeve të pacientëve”, 24 (19.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52 (43.7%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

76 (54.3%), prej 140 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që raportet përfshijnë “vlerësime periodike të punës së njësisë në krahasim me programin e planifikuar”, kundrejt 64 (45.7%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre (84).

94 (63.5%), prej 148 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ne raport përfshihet “prognoza për përmbushjen e programit të vitit”, kundrejt 54 (36.5%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

109 (71.2%), prej 153 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet demografike” është një element që përfshihet në analizat e Administratës, 37 (24.2%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (12.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

72 (52.9%), prej 136 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “situata epidemiologjike lokale” është një element që përfshihet në analizat e Administratës, 47 (34.6%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 17 (12.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

92 (71.3%), prej 129 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet në strukturat sociale lokale” përfshihen në analizat e Administratës, 22 (17.1%) referojnë “shumë dakord”, kundrejt 15 (11.63%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm ndërmjet tyre;

72 (58.1%), prej 124 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “ndryshimet në organizimin strukturor të kujdesit shëndetësor lokal dhe rishpërndarjen e përgjegjësive” përfshihen në analizat e Administratës, kundrejt 52 (41.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqst të rëndësishëm

ndërmjet tyre; 94 (65.3%), prej 144 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merret në konsideratë se si ndryshimet mund të ndikojnë në “qëllimet e programit”, kundrejt 50 (34.7%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 79 (451.6%), prej 153 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merret në konsideratë se si ndryshimet mund të ndikojnë në “dimensionet e programit”, kundrejt 74 (48.4%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (85).

109 (67.7%), prej 161 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizë merren në konsideratë “mundësitë për rritjen e efikasitetit”, kundrejt 52 (32.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (86).

113 (67.7%), prej 167 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizat e spitalit përfshihet ndikimi i “metodave të reja të diagnostikimit, trajtimit dhe kujdesit”, kundrejt 54 (32.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 89 (57.1%), prej 156 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në analizat e spitalit përfshihet ndikimi i “teknologjive të reja të informacionit dhe të komunikimit”, kundrejt 67 (42.9%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 92 (61.7%), prej 149 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ka studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin në spital “përmes braktisjes së metodave joefikase”, 54 (36.2%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 3 (2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 76 (46.6%), prej 163 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që ka studim se si teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin në spital “nëpërmjet riorganizimit të personelit”, 82 (50.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3.1%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (87).

76 (58.9%), prej 129 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital ka një rregull të përcaktuar qartë nëse ndodh ndonjë katastrofë në komunitet”, kundrejt 53 (41.1%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 54 (32.7%), prej 165 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital ka një strukturë komande për përballimin e një katastrofe”, kundrejt 111 (67.3%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 89 (54.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “janë përcaktuar qartë fushat e përgjegjësisë dhe detyrave për njësitë e saj të ndryshme, në rast të një katastrofe”, 67 (41.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 106 (64.2%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “anëtarët e ekipit të katastrofës si mjekët, infermierët dhe ndihmësit kanë trajnimin e duhur”, 54 (32.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 5 (3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (88).

45 (27.4%), prej 164 pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që “në spital struktura është e organizuar për të bashkëpunuar me shërbimet e policisë dhe të shpëtimit”, kundrejt 119 (72.6%) që referojnë “shumë dakord” me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 108 (65.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “ekipi i emergjencës ka pajisjet e duhura për të bërë punën e tij”, 50 (30.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (89).

74 (44.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital ka lista aktuale të “ligjeve dhe statuteve”, 49 (29.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 44 (26.3%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikiqisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 72 (51.8%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital ka lista aktuale

të “politikave të përgjithshme dhe rutine të spitalit, dhe udhëzimeve”, 37 (26.6%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 30 (21.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 59 (39.9%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “personat që kanë nevojë kanë akses tek ligjet, statutet dhe udhëzimet”, 52 (35.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 37 (25%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 69 (45.1%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “Administrata ka një procedurë për sigurimin e informatave mbi përmbajtjen e ligjeve, statuteve dhe udhëzimet për të gjithë ata që janë të prekur nga ato”, 32 (20.9%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52 (34%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre; 97 (63.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur, janë dakord që në spital “kryhet vlerësim i rregullt se si janë zbatuar udhëzimet”, 49 (32%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 7 (4.6%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (90).

87 (52.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka udhëzime të përgjithshme për “trajtimin e aksidenteve në punë”, 12 (7.1%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 27 (40.4%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

131 (84.8%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka “masa për parandalimin e zjarrit, aksidentet, dhe kërcënimet e dhunës ndaj pacientëve ose personelit”, 13 (8.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 10 (6.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre(91).

141 (93.4%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që Spitali ka “masa në raste ndërprerje të furnizimit me ujë ose energji elektrike”, kundrejt 10 (6.6%), që referojnë “shumë dakord”, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre;

66 (47%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “depozitimi i mbetjeve të rrezikshme”, 32 (22.9%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 42 (30.1%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (92).

114 (72.3%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “menaxhimi i përgjegjësive”, 3 (3.2%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 23 (24.5%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (93). 71 (57.5%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “trajtimi i incidenteve, përjashtimeve dhe ankesave”, 29 (23.3%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 24 (19.2%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (94).

44 (36.6%), prej pjesëmarrësve që janë përgjigjur janë dakord që në udhëzimet e Spitalit përfshihet “dëgjimi komenteve dhe sugjerimeve të pacientëve”, 24 (19.7%), referojnë “shumë dakord”, kundrejt 52 (43.7%) që nuk janë dakord, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (95). Nga krahasimi i dy periudhave u vërejt rritje e buxhetit, rritje e aktivitetit të shërbimeve, rritje e numrit total të vizitave spitalore, rritje e numrit total të vizitave në kabinetet spitalore, rritje e numrit të ndërhyrjeve kirurgjikale, rritje e aktivitetit të shërbimit imazherik (96). Të gjithë pacientët e intervistuar janë të keënaqur nga cilësia e shërbimit dhe mardhënia Mjek-pacient por ndryshim sinjifikant u gjet për:- Mosha >50 vjeç; -Të punësuarit; -Pensionistet.

Gjetjet e studimit tonë janë të ngjashme me gjetjet në studime të tjera në literaturë (97).

V PËRFUNDIME

Nivel shume i lartë i pranimi të reformës dhe vlerësim i rolit të saj në ndryshimin e metodave të punës dhe në përmirësimin e cilësisë së kujdesit në Spital.

Spitali ka organizimin, kompetencën, personelin, ambientet, pajisjet dhe planin e duhur për sigurimin e shërbimeve me cilësi maksimale.

Pjesëmarrje e ulët në seminare të edukimit të vazhdueshëm gjatë tre viteve të fundit kundrejt trajnimeve të organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike etj. Pjesëmarrje relativisht e ulët në konferenca shkencore.

Akses i ulët, në përdorimin e kompjuterit. Nivel i ulët i përdorimit të internetit.

Rritje e financimit buxhetor, e aktivitetit dhe numrit të shërbimeve të reja spitalore.

Pacientët të kënaqur nga cilësia e ofrimit të shërbimit dhe qëndrimi i personelit.

VI REKOMANDIME

Indikatorët e performancës së spitalit duhet të vazhdojnë të zhvillohen dhe përmirësohen, me qëllim që të mbështesin më tej monitorimin dhe financimin nga ISKSH-ja.

Të ruhet në vazhdimësi statusi i Akreditimit të marrë nga Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QKCSAISH).

Spitalet bashkiake me numër minimal shtretërisht, përqindje të ulët shfrytëzimi dhe staf të pamjaftueshëm duhet të ristrukturohen për të shërbyer si qendra diagnostifikimi dhe trajtimi, ose si qendra shëndetësore komunitare.

Organizim më i shpeshtë i seminareve të edukimit të vazhdueshëm dhe i konferencave shkencore.

Trajnime të detyrueshme dhe të vazhdueshme mbi përdorimin e kompjuterit dhe rritje e aksesit dhe përdorimit të internetit si burim informacioni dhe mjet i nevojshëm për përballimin e sfidave bashkëkohore.

VIII SHTOJCA

PYETËSOR I VLERËSIMIT TË MENAXHIMIT SPITALOR

Informacion personal dhe trajnimet e kryera

1. Gjinia: M F
2. Viti i lindjes _____
3. Gjendja civile: I martuar | bashkëjeton 4. A keni fëmijë: Po Jo
2. i /e pamartuar
3. i /e divocuar
4. i / e ve

5. Si e vlerësoni gjendjen tuaj ekonomike

1. E keqe

2. Mesatare

3. E mirë

4. Shumë e mirë

6. Gjatë tre viteve të fundit keni marrë pjesë në serinë e seminareve të edukimit të vazhdueshëm?

Po Jo

7. Gjatë tre viteve të fundit keni marrë pjesë në ndonjë trajnim (organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike etj)?

Po Jo

8. Gjatë tre viteve të fundit a keni botuar ndonjë artikull në një revistë shkencore?

Po Jo

9. Gjatë tre viteve të fundit a keni marrë pjesë në ndonjë konferencë shkencore?

Po Jo

Planifikimi Operacional dhe Vazhdimësia

Programe dhe udhëzime

Organizimi i punës

Personeli

Ambientet

Pajisjet

Sistemi i Informacionit: përdorimi i Internetit

Moduli 1. Planifikimi Operacional dhe Vazhdimësia

10. A siguron Administrata e spitalit kritere për trajtimin dhe kujdesin për pacientët?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A përfshihen këtu:
 - Kompetenca
 - Informimi dhe sensibiliteti
 - Disponueshmëria
- A është personeli në dijeni të këtyre kritereve

11. A nxjerr Administrata e spitalit urdhëra të qarta për shefat e pavioneve dhe njësi?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A përfshijnë keto urdhëra:
 - Programe të përcaktuara
 - Baza për prioritizim
 - Përgjegjësi financiare dhe udhëzime për buxhetin
 - Ndryshime programi
 - Zhvillimin e personelit
 - Rekrutimin dhe shkarkimin e personelit
 - Përmirësim të kujdesit dhe të shërbimit
 - Përmirësimin e mjedisit të punës
- A janë urdhërat rezultat i një dialogu ndërmjet administratës të spitalit dhe shefave të njësi

12. A ka Administrata e spitalit një sistem gjithëpërfshirës për vlerësimin dhe raportimin?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A përfshijnë keto:
 - Rezultate-financiare
 - Vëllimin dhe koston e trajtimit dhe kujdesit
 - Cilësinë e trajtimit dhe kujdesit
 - Kohën e pritjes dhe radhët e gjata
- A ka një vlerësim vjetor të
 - Moshës, gjinisë dhe diagnozave të pacientëve
 - Përgjigjen e pacientëve ndaj trajtimit dhe kujdesit të marrë
 - Rezultatet e vlerësimeve të njësi
 - Incidente, ankesa, dhe mospërputhje
- A jep vlerësimi një pamje të plotë të deri në çfarë mase janë arritur qëllimet e programit
- A ka një raport vjetor?

13. A ka udhëzime me shkrim për formën dhe përmbajtjen e raporteve të shefave të njësisë për Administratën?

Aspak	S' jam	Jam	Shumë
dakord	dakord	dakord	dakord

- A përfshijnë keto raporte:
 - Vlerësime periodike të punës së njësisë në krahasim me programin e planifikuar
 - Prognozë për përmbushjen e programit të vitit

14. A kryen Administratae spitalit analiza të vazhdueshme mbi ndikimin në spital të ndryshimeve të nevojave të banorëve lokalë për kujdesin, si dhe të ndryshimeve të përgjegjësive të strukturave?

Aspak	S' jam	Jam	Shumë
dakord	dakord	dakord	dakord

- A përfshin analiza:
 - Ndryshimet demografike
 - Situatën epidemiologjike lokale
 - Ndryshimet në strukturat sociale lokale
 - Ndryshimet në organizimin strukturor të kujdesit shëndetësor lokal dhe rishpërndarjen e përgjegjësive
- A merret në konsideratë në analizë se si ndryshimet mund të ndikojnë në:
 - Qëllimet e programit
 - Dimensionet e programit
 - Mundësite për rritjen e efikasitetit

15. A kryen spitali një analizë të vazhdueshme se si do të ndikojnë teknologjitë e reja në programin e spitalit?

Aspak	S' jam	Jam	Shumë
dakord	dakord	dakord	dakord

- A përfshin analiza efektet e:
 - Metodave te reja të, diagnostikimit, trajtimit dhe kujdesit
 - Teknologjive të reja të informacionit dhe të komunikimit
- A ka ndonjë studim sesi teknologjitë e reja mund të përdoren për rritur efikasitetin më të madh
 - Në spital, përmes braktisjes së metodave joefikase
 - Nëpërmjet riorganizimit të personelit

16. A ka Spitali organizimin, kompetencën, pajisjet dhe planin e duhur për trajtimin e emergjencave?

Aspak	S' jam	Jam	Shumë
dakord	dakord	dakord	dakord

- A ka në spital një rregull të përcaktuar qartë nëse ndodh ndonjë katastrofë në komunitet?
- A ka në spital një strukturë komande për përballimin e një katastrofe?
- A janë përcaktuar qartë në spital fushat e përgjegjësive dhe detyrave për njësitë e saj të ndryshme, në rast të një katastrofe?

- A kanë të gjithë anëtarët e ekipit të katastrofës si mjekët, infermierët dhe ndihmësit trajnimin e duhur?
- A është struktura e organizuar për të bashkëpunuar me shërbimet e policisë dhe të shpëtimit?
- A ka ekipi i emergjencës pajisjet e duhura për të bërë punën e tij?

17. A ka në Spital kanë një sistem që garanton që udhëzimet dhe instruksionet të përditësohen dhe personeli të jetë familjar me to?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A ka në spital lista aktuale të:
 - Ligjeve dhe statuteve
 - Të politikave të përgjithshme dhe rutinë të spitalit, dhe udhëzimeve
- A kanë akses personat që kanë nevojë tek ligjet, statutet dhe udhëzimet
- A ka Menaxhimi një procedurë për sigurimin e informatave mbi përmbajtjen e ligjeve, statuteve dhe udhëzimet për të gjithë ata që janë të prekur nga ato
- A kryhet vlerësim i rregullt se si janë zbatuar udhëzimet

18. A ka Spitali udhëzime të përgjithshme për ato fusha janë të nevojshme për kujdes efektiv dhe të sigurte?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- Siguria e përgjithshme
 - Trajtimi i rrezikut
 - Çfarë duhet të raportohet Menaxhimit të spitalit
 - Masa për parandalimin e zjarrit, aksidentet, dhe kërcënimet e dhunës ndaj pacientëve ose personelit
 - Masa në raste ndërprerje të furnizimit me ujë ose energji elektrike
 - Masa në rast aksidenti
- Hulumtime, zhvillim dhe mësimdhënie
 - Qëllimi dhe fusha e kërkimit dhe zhvillimit
 - Bashkëpunimi me shkollat
- Ambientet e spitalit
 - Pastrimi dhe rregullimi i mjediseve
 - Depozitimi i mbetjeve të rrezikshme
- Kudesi
 - Menaxhimi i përgjegjësive
 - Trajtimin e incidenteve, përjashtimeve dhe ankesave
 - Trajtimi i emergjencave të zemrës dhe të mushkërive
 - Trajtimi i dietës
 - Dhënia e ilaçeve
 - Higjiena e Spitalit
 - Dëgjimi komenteve dhe sugjerimeve të pacientëve
 - Dokumentimi i kujdesit

19. A ka një ndarje të qartë të punës dhe përgjegjësisë ndërmjet Administratës, njësive bazë, si dhe shërbime të ndryshme të spitalit?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A kanë administratorët e spitalit përgjegjësi të përcaktuara mirë
- A janë shefat e njësive kryesore të vetëdijshëm për ato përgjegjësi
- A vendosin vetë njësitë për formën e shërbimeve që ata kanë nevojë
- A është e qartë se si përgjegjësia, autoriteti dhe detyrat janë të ndara ndërmjet:
-Drejtorit të spitalit, adminatratorëve të personelit, financës dhe shefave të njësive

20. A ka në Spital kanë plane afat-shkurtër dhe afat-gjatë për të siguruar që ai ka personel të trajnuar dhe kompetent?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A ka kompetenca të përcaktuara në lidhje me menaxhimin e aktivitetit mjekesor të infermierëve në ambjentet e pavionit, të urgjencës-renimacionit dhe të sallave operatore.
- A bazohet zhvillimit profesional individual i punonjësve në bashkëpunim shefat e njësive dhe përfaqësuesve të personelit
- Udhëzime për kualifikimin e personave kyç në Menaxhim
- Politika dhe rregulla për punësimin e personelit të ri ose pushimin nga puna të personelit
- A përshtaten burimet njerëzore në raport dhe në përputhje me riorganizimin e infrastrukturës së këtyre shërbimeve.
- A përshtaten burimet njerëzore në raport dhe në përputhje me riorganizimin e infrastrukturës së këtyre shërbimeve.

21. A i përshtaten ambientet nevojave të pacientëve?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A janë siguruar:
-Udhëzime dhe informacione të qarta në rast emergjence
-Udhëzimet dhe shenja për personat me shikim të dëmtuar
-Akses për invalidët
-Mundësi për prindërit të kujdesen për një fëmijë të sëmurë
-Mundësi për të afërmit për tu kujdesur për një pacient
-Mjedise parkimi

22. A është Spitali i pajisur siç duhet dhe a ka plane për blerjen dhe mirëmbajtjen e pajisjeve?

Aspak S' jam Jam Shumë
dakord dakord dakord dakord

- A ka në spital pajisje cilësore të nevojshme për të kryer funksionin e tij?

- A mbahet inventar i pajisjeve dhe gjendjes aktuale të tyre në njësi të ndryshme të saj?
- A dokumentohet në mënyrë të qartë përgjegjësia për mirëmbajtjen e pajisjeve?
- A planifikon administrata e spitalit blerjen e pajisjeve të reja dhe zëvendësimin e pajisjeve defektoze në njësitë kryesore?

PYETESORI I VLERESIMIT TË KENAQËSISË SË PACIENTËVE

Nr.ipyetësorit: _____

Mosha _____

Gjinia: F M

Niveli arsimor: I ulët I mesëm I lartë

Gjendja ekonomike: E ulët E mesme E lartë

Profesioni: _____

Cili është mendimi i juaj për mjekun familjar apo institucionin shëndetësor në 12 muajt e fundit në lidhje me:

1. Ju bën të ndiheni se keni kohe të mjaftueshme gjatë vizitës?

1 2 3 4 5

2. Tregon interes për gjendjen tuaj personale?

1 2 3 4 5

3. Jua lehtëson juve që ti tregoni për problemet e juaja personale?

1 2 3 4 5

4. Ju përfshin juve në marrjen e vendimeve për kujdesin mjekësor ndaj jush?

1 2 3 4 5

5. Ju dëgjon vërtet ato që i thoni?

1 2 3 4 5

6. Ruan konfidencialitetin e të dhënave tuaja?

- 1 2 3 4 5
7. Ju çliron shpejt nga simptomat?
- 1 2 3 4 5
8. Ju ndihmon të ndjeheni mirë kështu që ju mund të kryeni aktivitete të përditshme?
- 1 2 3 4 5
9. Shqyrton në detaje problemet tuaja?
- 1 2 3 4 5
10. Ju thotë mjaftueshëm për simptomat dhe/ose sëmundjen tuaj?
- 1 2 3 4 5
11. Ju ndihmon të ballafaqoheni me problemet emocionale që vijnë si pasojë e gjendjes suaj shëndetësore?
- 1 2 3 4 5
12. Ju ndihmon që të kuptoni rëndësinë e ndjekjes së këshillave të mjekut?
- 1 2 3 4 5
13. Është në dijeni të asaj që është bërë apo thënë gjatë vizitave të mëparshme?
- 1 2 3 4 5
14. Mundësia për të folur në telefon me mjekun?
- 1 2 3 4 5
15. Koha e pritjes për kryerjen e vizitës?
- 1 2 3 4 5
16. Ofron shërbime të shpejta për probleme shëndetësore urgjente?
- 1 2 3 4 5

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Chawla and Govindaraj. Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy: implementation guidelines. Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health. August, 1996.
2. Council of Europe Development Bank (2005). Social challenges in South East Europe. Paris, France.
3. Decree of Council of Ministers of Republic of Albania: No. 560, dated 23-12-2000: On approving the pilot project for including Elbasan Hospital in the scheme of health care insurance.
4. Food and Agriculture Organization (2001). FAOSTAT database. Available at: <http://apps.fao.org>.
5. Govindaraj and Chawla. Recent experiences with hospital autonomy in developing countries what can we learn? Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health. September, 1996.
6. Gjonca A, Wilson C, Falkingham J. Paradoxes of health transition in Europe's poorest country: Albania 1950-1990. *Popul Develop Rev* 1997; 23:585-609.
7. Gjonca A, Bobak M. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle? *Lancet* 1997; 350:1815-1817.
8. Hospital Sector Management: Final Report. Ministry of Health, Republic of Albania. November, 2004.
9. Institute of Statistics of Albania. Health indicators for years 1994-1998. Tirana: INSTAT, 2001.
10. Institute of Statistics of Albania. Causes of deaths for the year 2000. Tirana: INSTAT.
11. <http://managementhelp.org/boards/index.htm#anchor97797>
12. Institute of Statistics of Albania (2005). Albania in figures. Tirana: INSTAT.
13. Institute of Statistics of Albania (2001). Preliminary results of the population and housing census. Tirana: INSTAT.
14. Ministry of Health of the Republic of Albania (2004). Public Health and Health Promotion Strategy: Towards a healthy country with healthy people. Tirana, Albania.
15. Nuri B, Tragakes E (2002). Health care systems in transition: Albania. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
16. Potter and Brough. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy and Planning* 19 (5): 336-345. Oxford University Press, 2004.
17. Abdullah and Shaw. A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan. *International Journal of Health Planning and Management*. 22: 45-62. September, 2006.
18. Quality of hospital services in Albania: Achievements of the 2-year project of the performance indicators and quality standards for accreditation. Tirana, 2005.
19. Rechel, B. and McKee, M. (2003). Healing the crisis: a prescription for public health action in South Eastern Europe. New York, USA: Open Society Institute Press.
20. United Nations Development Program (2000). Albanian human development report 2000. Tirana, Albania: www.al.undp.org/download/pdf/nhdr2000.pdf.

21. World Health Organization (2000). European Public Health Information Network for Eastern Europe. WHO, Copenhagen, Denmark. Available at: <http://www.euphin.dk/hfa>.
22. Canadian Institute for Health Information (CIHI): Canadian Patient Cost Database: Technical Document: Management Information System Patient Costing Methodology, November 2011 http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/MIS_PATIENT_COST_METH_EN http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/MIS_PATIENT_COST_METH_EN
23. Euro Observer Newsletters describing the DRG applications and more specific detail on France, Austria and Spain.
http://www.cihiconferences.ca/HSFF2010/downloads/EuroObs_win09_v11n04.pdf
On-line, free board governance and management guide
24. <http://managementhelp.org/boards/index.htm#anchor97797>
25. Article from York University on Activity Based Funding in Scandinavian countries, Australia, UK.
http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp30_introducing_activity-based_financing.pdf
26. University of British Columbia Health care funding web site, with many resources. United Kingdom National Health Service: <http://www.ic.nhs.uk/>
27. <https://shendetesia.gov.al/situata-financiare-ne-sherbimin-spitalor/>
28. Astrit Beci, Agron Belishova, Etiola Kola, Kush Pagan. Financimi i shërbimeve shëndetësore në Shqipëri, 2015
29. <https://elbasaniflash.al/elbasan-dyfishohen-kapacitetet-e-reanimacionit-ne-spitalin-rajonal/>
30. Euro Observer Newsletters describing the development, advantages and disadvantages of DRG systems followed by descriptions of Germany, Netherlands, Finland experiences in introducing DRG systems. Includes a chart showing experience of more countries.
http://www.cihiconferences.ca/HSFF2010/downloads/EuroObs_aut10_v12n03.
31. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. NATIONAL ACADEMY PRESS. Washington, D.C. 2001.
32. Tiemann O, Schreyögg J. Changes in hospital efficiency after privatization. *Health Care Manag Sci.* 2012; 15: 310-326. PMID:2
33. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search. *PLoS ONE.* 2017; 12(3): e0174533. PMID:28355255. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>
34. Colombi R, Martini G, Vittadini G. Determinants of transient and persistent hospital efficiency: the case of Italy. *Health Economics.* 2017; 26: 5-22. PMID:28940917. <https://doi.org/10.1002/hec.3557>
35. Castelli A, Street A, Verzulli R, et al. Examining variations in hospital productivity in the English NHS. *Eur J Health Econ.* 2015; 16(3): 243-254. PMID:24566702. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0569-5>
36. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
37. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA.* 2012; 307(14): 1513-1516. PMID:22419800. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.362>

38. OECD. Value for money in health spending. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2010.
39. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global Conference on Primary Health Care: Declaration of Astana. Astana, Kazakhstan; 25-26 October 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (accessed 28 October 2018).
40. OECD. Health expenditure and financing. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (Accessed 25 Sep 2018).
41. National Department of Health. National health accounts estimates for South Africa 2013/2014 - towards national health insurance and the 2030 National Development Plan. Pretoria, South Africa; 2017.
42. Ministry of Health Malaysia. Malaysia national health accounts: health expenditure report 1997-2015. Putrajaya, Malaysia; 2017.
43. Xenos P, Yfantopoulos J, Nektarios M, et al. Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009-2012. *Cost Eff Resour Alloc.* 2017; 15: 6. PMID:28450811. <https://doi.org/10.1186/s12962-017-0068-5>
44. WHO. WHO global health expenditure atlas. Geneva: World Health Organization; 2014.
45. Rosko MD. Impact of internal and external environmental pressures on hospital inefficiency. *Health Care Management Science.* 1999; 2(2): 63-74. PMID:10916603. <https://doi.org/10.1023/A:1019031610741>
46. Miller TS. The birth of hospitals in the Byzantine Empire. In McKee M, Healey J (Eds.). *Hospitals in a changing Europe.* World Health Organization: European Observatory of Health Care Systems; 2002.
47. Healey J, McKee M. The role and function of hospitals. In McKee M, Healey J (Eds.). *Hospitals in a changing Europe.* World Health Organization: European Observatory of Health Care Systems; 2002.
48. Liu X, Mills A. In Preker AS, Liu X, Velenyi EV, Baris E (Eds.). *Public ends, private means: strategic purchasing of health services.* Washington, DC: The World Bank; 2007.
49. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. How to make sense of health system efficiency comparisons. World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 27; 2017. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/362912/policy-brief-27-eng.pdf?ua=1
50. Coelli TJ, Prasada Rao DS, O'Donnell CJ, et al. *An Introduction to efficiency and productivity analysis.* New York: Springer Science; 2005.
51. Zere E, Mbeeli T, Shangula K, et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2006; 4: 5. PMID:16566818. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-4-5>
52. Zere E. Hospital efficiency in Sub-Saharan Africa: evidence from South Africa. United Nations University: World Institute for Development Economics Research,

- Working Papers No. 187; 2000. Available from: <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/wp187.pdf>
53. Dervaux B, Ferrier GD, Leleu H, et al. Comparing French and US hospital technologies: a directional input distance function approach. *Applied Economics*. 2004; 36(10): 065-1081. <https://doi.org/10.1080/0003684042000246786>
 54. Rosko MD, Mutter RL. Stochastic frontier analysis of hospital inefficiency: a review of empirical issues and an assessment of robustness. *Medical Care Research and Review*. 2008; 65(2): 131-166. PMID:18045984. <https://doi.org/10.1177/1077558707307580>
 55. Rosko MD, Mutter RL. Inefficiency differences between critical access hospitals and prospectively paid rural hospitals. *J Health Polit Policy Law*. 2010; 35(1): 95-126. PMID:20159848. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-042>
 56. Ozcan YA, Luke RD. A national study of the efficiency of hospitals in urban markets. *Health Serv Res*. 1993; 27(6): 719-739.
 57. Jehu-Appiah C, Sekidde S, Adjuik M, et al. Ownership and technical efficiency of hospitals: evidence from Ghana using data envelopment analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2014; 12(1): 9. PMID:24708886. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-12-9>
 58. Rosko MD, Goddard J, Al-Amin M, et al. Predictors of Hospital Profitability: A Panel Study Including the Early Years of the ACA. *Journal of Health Care Finance*. 2018; 44: 3.
 59. Hadley J, Zuckerman S, Iezzoni LI. Financial pressure and competition: changes in hospital efficiency and cost-shifting behavior. *Med Care*. 1996; 30(3): 205-219. PMID:8628041. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00002>
 60. Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, et al. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *Int J Health Plann Mgmt*. 2018; 33: e434-e453. PMID:29498430. <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>
 61. Posnett J. Are bigger hospitals better? In McKee M, Healy J (Eds.). *Hospitals in a changing Europe*. World Health Organization: European Observatory of Health Care Systems series; 2002.
 62. Goudie R, Goddard M. Review of evidence on what drives economies of scope and scale in the provision of NHS services, focusing on A&E and associated hospital services. Centre for Health Economics, University of York: A report for the OHE Commission on Competition in the NHS; 2011.
 63. Athanassopoulos A, Gounaris C. Assessing the technical and allocative efficiency of hospital operations in Greece and its resource allocation implications. *European Journal of Operational Research*. 2001; 133(2): 416-431. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(00\)00180-6](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(00)00180-6)
 64. Gok MS, Sezen B. Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey. *Health policy*. 2013; 111(3): 290-300. PMID:23769176. <https://doi.org/10.1016/j.healthpo.2013.05.010>
 65. Roh CY, Jae Moon M, Jung C. Measuring performance of US nonprofit hospitals: do size and location matter? *Public Performance & Management Review*. 2010; 34(1): 22-37. <https://doi.org/10.2753/PMR1530-9576340102>

66. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search. *PLoS ONE*. 2017; 12(3): e0174533. PMID:28355255. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>
67. Carey K, Burgess JF, Young GJ. Specialty and full-service hospitals: a comparative cost analysis. *Health Serv Res*. 2008; 43(5 Pt 2): 1869-1887. PMID:18662170. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00881.x>
68. Freeman M, Savva N, Scholtes S. Economies of scale and scope in hospitals. Cambridge: Judge Business School, University of Cambridge, Working Paper; 2016. Available from: https://www.jbs.cam.ac.uk/fileadmin/user_upload/research/centres/health/downloads/160629_economiesofscalenscope.pdf (accessed 20 Sept. 2019).
69. Weaver M, Deolalikar A. Economies of scale and scope in Vietnamese hospitals. *Soc Sci Med*. 2004; 59(1): 199-208.
70. Grosskopf S, Margaritis D, Valdmanis V. Comparing teaching and non-teaching hospitals: a frontier approach (teaching vs. nonteaching hospitals). *Health Care Management Science*. 2001; 4(2): 83-90. PMID:11393745. <https://doi.org/10.1023/A:1011449425940>
71. Grosskopf S, Margaritis D, Valdmanis V. The effects of teaching on hospital productivity. *Socio-Economic Planning Sciences*. 2001; 35(3): 189-204. [https://doi.org/10.1016/S0038-0121\(01\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S0038-0121(01)00006-4)
72. Yildiz MS, Heboyan V, Khan MM. Estimating technical efficiency of Turkish hospitals: implications for hospital reform initiatives. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1): 401. PMID:29866154. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3239-y>
73. Ermann D, Gabel J. The changing face of American health care: Multihospital systems, emergency centers, and surgery centers. *Medical Care*. 1985; 23(5): 401-420. PMID:3892180. <https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00006>
74. Rosko MD, Wong HS, Mutter R. Characteristics of High-and LowEfficiency Hospitals. *Med Care Res Rev*. 2017; 75(4): 454-478. PMID:29148325. <https://doi.org/10.1177/1077558716689197>
75. Rosko MD, Proenca J, Zinn JS, et al. Hospital inefficiency: what is the impact of membership in different types of systems? *Inquiry*. 2007; 44(3): 335-349. PMID:18038868. https://doi.org/10.5034/inquiryjrn1_44.3.335
76. Besstremyannaya G. Managerial performance and cost efficiency of Japanese local public hospitals: A latent class stochastic frontier model. *Health Economics*. 2011; 20(Suppl 1): 19-34. PMID:21809411. <https://doi.org/10.1002/hec.1769>
77. Mujasi PN, Asbu EZ, Puig-Junoy J. How efficient are referral hospitals in Uganda? A data envelopment analysis and tobit regression approach. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16: 230. PMID:27391312. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1472-9>
78. Xenos P, Nektarios M, Constantopoulos A, et al. Two-stage hospital efficiency analysis including qualitative evidence: A Greek case. *Journal of Hospital Administration*. 2016; 5: 3. <https://doi.org/10.5430/jha.v5n3p1>
79. OECD. *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris: OECD Publishing; 2012.
80. OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2018.

81. Morrill RL, Symons J. Efficiency and equity aspects of optimum location. *Geographical Analysis*. 1977; 9(3): 215-225. <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1977.tb00575.x>
82. Rezaee MJ, Karimjadi A. Do geographical locations affect in hospitals performance? A multi-group data envelopment analysis. *J Med Syst*. 2015; 39(9): 85. PMID:26208596. <https://doi.org/10.1007/s10916-015-0278-3>
83. Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Death by market power: reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2013; 5(4): 134-66. <https://doi.org/10.1257/pol.5.4.134>
84. Goddard M. Competition in healthcare: Good, bad or ugly? *Int J Health Policy Manag*. 2015; 4(9): 567-569. PMID:26340484. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.144>
85. Siciliani L, Chalkley M, Gravelle H. Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*. 2017; 121(2): 103-110. PMID:27956096. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.011>
86. Lee KH, Park J, Lim S, et al. Has competition increased hospital technical efficiency? *Health Care Manag*. 2015; 34(2): 106-112. PMID:25909397. <https://doi.org/10.1097/HCM.00000000000000061>
87. Narci HÖ, Ozcan YA, Sahin I, et al. An examination of competition and efficiency for hospital industry in Turkey. *Health Care Manag Sci*. 2015; 18(4): 407-418. PMID:25515038. <https://doi.org/10.1007/s10729-014-9315-x>
88. Chang CF, Troyer JL. The impact of TennCare on hospital efficiency. *Health Care Manag Sci*. 2009; 12(3): 201-216. PMID:19739355. <https://doi.org/10.1007/s10729-008-9084-5>
89. Biørn E, Hagen TP, Iversen T, et al. How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing. *Health Care Manag Sci*. 2010; 13(1): 1- 16. PMID:20402278. <https://doi.org/10.1007/s10729-009-9106-y>
90. Dismuke CE, Sena V. Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health Care Manag Sci*. 1999; 2(2): 107-116. PMID:10916607. <https://doi.org/10.1023/A:1019027509833>
91. Linna M. Health care financing reform and the productivity change in Finnish hospitals. *J Health Care Finance*. 2000; 26(3): 83-100.
92. McKee M, Healey J. The significance of hospitals: an introduction. In McKee M, Healey J (Eds.). *Hospitals in a changing Europe*. World Health Organization: European Observatory of Health Care Systems; 2002.
93. Chalkley M, Sussex J. Private provision of publicly funded health care: the economics of ownership. OHE Briefing, London: Office of Health Economics; 2018. Available from: <https://www.ohe.org/publications/private-provision-publicly-funded-health-care-economics-ownership> (accessed 14 February 2019).
94. Herrera CA, Rada G, Kuhn-Barrientos G, et al. Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private

- not-for-profit and public healthcare providers. *PLoS One*. 2014; 9(12): e93456. PMID:25437212. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093456>
95. Charlesworth A, Or Z, Pencelayh E. Efficiency measurement for policy formation and evaluation. In Cylus J, Papanicolas I, Smith PC (Eds.). *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. WHO: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Policy Series 46; 2016.
96. Rosko MD, Chilingirian JA. Estimating hospital inefficiency: does case mix matter? *Med Syst*. 1999; 23(1): 57-71. PMID:10321380. <https://doi.org/10.1023/A:1020823612156>
97. Hollingsworth B, Street A. The market for efficiency analysis of health care organisations. *Health Econ*. 2006; 15(10): 1055-1059. PMID:16991208. <https://doi.org/10.1002/heh.1169>

Abstrakt

Hyrje: Sistemi shëndetësor në Shqipëri është një sistem që siguron një mbulim universal me kujdes shëndetësor me anë të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme dhe kontributit të shtetit për popullsinë jo aktive, si për kujdesin shëndetësor parësor ashtu dhe për atë spitalor.

Qëllimi: Vlerësimi i efikasitetit në kujdesin shëndetësor dytësor në rajonin Elbasan.

Ky vlerësim do të krijojë mundësinë e identifikimit të arritjeve dhe mangësive të reformës për përmirësimin e mëtejshëm të saj.

Materiali dhe metoda: Studimi është i tipi deskriptiv i kryer në periudhën 2011-2016 i realizuar me anë të një pyetësi të vetë administruar të përbërë nga variablat sociodemografikë, variablat e vlerësimit të elementëve të reformës. Në studim u përfshinë mjekët dhe infermierët e Spitalit Rajonal Elbasan. Për vlerësimin e kënaqësisë së pacientëve u intervistuan 104 pacientë me anë të një pyetësi.

Rezultatet: Nivel shumë i lartë i pranimit të reformës dhe vlerësimi i rolit të saj në ndryshimin e metodave të punës dhe në përmirësimin e cilësisë së kujdesit në Spital. Spitali ka organizimin, kompetencën, personelin, ambientet, pajisjet dhe planin e duhur për sigurimin e shërbimeve me cilësi maksimale. Pjesëmarrje e ulët në seminare të edukimit të vazhdueshëm gjatë tre viteve të fundit kundrejt trajnimeve të organizuar nga shoqata, kompani farmaceutike etj. Pjesëmarrje relativisht e ulët në konferenca shkencore. Akses i ulët, në përdorimin e kompjuterit. Nivel i ulët i përdorimit të internetit. Ritje e financimit buxhetor, e aktivitetit dhe numrit të shërbimeve të reja spitalore. Pacientet të kënaqur nga cilësia e ofrimit të shërbimit dhe qëndrimi i personelit.

Konkluzion: Indikatorët e performancës së spitalit duhet të vazhdojnë të zhvillohen dhe përmirësohen, me qëllim që të mbështesin më tej monitorimin dhe financimin nga ISKSH-ja

Fjalë kyçe: reformë, efikasitet, spital, menaxhim, personel

Abstract

Introduction: The health system in Albania is a system that provides universal health care coverage through mandatory health insurance and state contribution for the inactive population, both for primary and hospital health care.

Purpose: Evaluation of efficiency in secondary health care in the Elbasan region.

This evaluation will create the possibility of identifying the achievements and shortcomings of the reform for its further improvement.

Material and method: This is a descriptive study conducted in the period 2011-2016, carried out by means of a self-administered questionnaire consisting of sociodemographic variables, evaluation variables of the elements of the reform. The doctors and nurses of Elbasan Regional Hospital were included in the study. For the assessment of patient satisfaction, 104 patients were interviewed by means of a questionnaire.

Results: Very high level of acceptance of the reform and assessment of its role in changing work methods and improving the quality of care in the Hospital. The hospital has the right organization, competence, personnel, premises, equipment and plan to provide services of the highest quality. Low participation in continuing education seminars during the last three years compared to trainings organized by associations, pharmaceutical companies, etc. Relatively low participation in scientific conferences. Low access to computer use. Low level of internet usage. Increase in budget funding, activity and the number of new hospital services. Patients satisfied with the quality of service provision and the attitude of the staff.

Conclusion: Hospital performance indicators should continue to be developed and improved, in order to further support monitoring and funding by HIS.

Keywords: reform, efficiency, hospital, management, personnel