



MINISTRIA E SHËNDETËSISË

STRATEGJIA AFATGJATE E ZHVILLIMIT TE SISTEMIT SHENDETESOR SHQIPTAR Prill 2004

MBËSHTETUR NGA
ORGANIZATA BOTËRORE E SHËNDETËSISË – ZYRA E VENDIT – SHQIPËRI,
FINANCIUAR NGA DEPARTAMENTI PËR ZHVILLIM NDERKOMBËTAR I BRITANISË SË MADHE DHE QEVERIA ITALIANE



DFID
Department for
International
Development



Struktura e materialit

Mirenjohje.....	4
Parathenie.....	5
Hyrje.....	7
1. Drejtimi dhe rregullimi.....	8
1.1.1 Situata.....	8
1.1.2 Problemet.....	8
1.1.3 Objektivi.....	9
1.1.4 Strategjite.....	9
1.2 Akreditimi.....	11
1.2.1 Akreditimi institucional.....	11
1.2.2 Akreditimi individual.....	11
1.2.3 Situata e problemet.....	11
1.2.4 Objektivi.....	12
1.2.5 Strategjite.....	12
1.3 Organizatat partnere.....	12
1.3.1 Situata.....	12
1.3.2 Problemet.....	12
1.3.3 Objektivi.....	13
1.3.4 Strategjite.....	13
1.4 Aktiviteti i sektorit privat.....	13
1.4.1 Situata.....	13
1.4.2 Problemet.....	13
1.4.3 Objektivi.....	14
1.4.4 Strategjite.....	14
1.5 Roli i pacientit.....	14
1.5.1 Situata.....	14
1.5.2 Problemet.....	15
1.5.3 Objektivi.....	15
1.5.4 Strategjite.....	15
2. Organizimi dhe decentralizimi.....	15
2.1.1 Situata.....	15
2.1.2 Problemet.....	16
2.1.3 Objektivi.....	17
2.1.4 Strategjite.....	17
3. Burimet njerezore.....	18
3.1.1 Situata.....	18
3.1.2 Problemet.....	20

3.1.3	Objektivi.....	21
3.1.4	Strategjite.....	21
4.	Financimi.....	23
4.1.1	Situata.....	23
4.1.2	Problemet.....	25
4.1.3	Objektivi.....	25
4.1.4	Strategjite.....	25
5.	Menaxhimi.....	27
5.1.1	Situata.....	27
5.1.2	Problemet.....	29
5.1.3	Objektivi.....	30
5.1.4	Strategjite.....	30
6.	Sherbimet shendetesore.....	31
6.1	Shendetit publik.....	31
6.1.1	Situata.....	31
6.1.2	Problemet.....	32
6.1.3	Objektivi.....	32
6.1.4	Strategjite.....	32
6.2	Kujdesi shendetesor paresor.....	33
6.2.1	Situata	33
6.2.2	Problemet.....	34
6.2.3	Objektivi.....	36
6.3	Sherbimet e kujdesit shendetesor spitalor.....	38
6.3.1	Situata.....	38
6.3.2	Problemet.....	41
6.3.3	Objektivi.....	41
6.3.4	Strategjite.....	41
6.4	Sherbimi stomatologjik.....	44
6.4.1	Situata	44
6.4.2	Problemet.....	44
6.4.3	Zgjidhjet e propozuara:.....	45
6.5	Sherbimi farmaceutik.....	45
6.5.1	Situata.....	45
6.5.2	Problemet.....	46
6.5.3	Objektivi.....	47
6.5.4	Strategjite.....	47
7	Suksesi i reformes.....	47

Abbreviations and Acronyms

CEE	Central Eastern Europe
CPD	Continual Professional Development
EU	European Union
FD	Family Doctors
FM	Family Medicine
GoA	Government of Albania
GPs	General Practitioners
HI	Health Insurance
HII	Health Insurance Institute
HS	Hospital Service
LTSDAHS	Long Term Strategy for the Development of the Albanian Health System
MoES	Ministry of Educational Services
MoF	Ministry of Finance
MoH	Ministry of Health
NIS	New Independent States
NSSED	National Strategy for Socio-economic Development
OPA	Order of Physicians of Albania
PH	Public Health
PHC	Primary Health Care
PHRplus	Primary Healthcare Reform (USAID funded programme)
PS	Pharmaceutical Services
RHA	Regional Health Authority
SHC	Secondary Healthcare (hospital sector)
SI	Social Insurance
TRHA	Tirana Regional Health Authority
UoM	University of Medicine
USAID	USA International Development
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

Mirënjohje

Strategjia Afatgjate e Zhvillimit te Sistemit Shendetesor u pergatit nga Ministria e Shendetesise e Republikes se Shqiperise nen drejtimin e Zevendes Ministrit Dr. Eduart Hashorva.

Nje kontribut shume te rendesishem ne hartimin e ketij dokumenti ka dhene konsulenti i Bankes Boterore Dr. Besim Nuri.

Draft Dokumenti Strategjik i Reformes 10 vjecare te Zhvillimit te Sistemit Shendetesor hartuar nen drejtimin e konsulentit te EHO, Dr. Antonio Duran eshte perdorur si literature me mjaft vlere.

Me komentet, sugjerimet dhe inkurajimin e tyre, nje ndihmese te vecante kane dhene Organizata Boterore e Shendetesise (EHO) (Dr. S. Severon dhe Z. D. Teylor), Banka Boterore (EB) (Znj. M. Huppi dhe Z. N. Muhammed), dhe Projekti URC, Agjensia e Shteteve te Bashkuara per Zhvillimin Nderkombetar (USAID) (Dr. V. Boguslavsky, Dr. R. Rhyne, Znj. Ch. Hjortsberg, Dr. E. Dasho, Znj. F. Hobdari).

Nje numer profesionistesh te shendetesise moren pjese aktivisht ne procesin e hartimin dhe/ose diskutimit duke dhene nje kontribut me vlere ne permiresimin e kesaj strategjie:

Saemira Pino	– Zevendes Ministre e Shendetesise - Doktore e Shkencave
Dr. Petro Mersini	– Drejtor i Kabinetit te Ministrit te Shendetesise
Sokol Dedja	– Keshilltar i Ministrit te Shendetesise
Dr. Jeta Lakrori	– Keshilltare e Ministrit te Shendetesise
Lindita Backa	– Drejtore e Drejtorise se Politikave, MSh - MSc
Thanas Poci	– Drejtor i Drejtorise Ekonomike, MSh
Auron Cara	– Drejtor i Drejtorise se Burimeve Njerezore, MSh
Arjan Jaupllari	– Drejtor i Drejtorise Farmaceutike, MSh
Dr. Agim Shehi	– Drejtor i Drejtorise se KSh Paresor, MSh – Dr. i Shkencave
Dr. Fatmir Brahimi	– Drejtor i Drejtorise Spitalore, MSh
Durim Kraja	– Drejtor i Drejtorise se Auditimit, MSh
Dr. Nurie Caushi	– Drejtore e Drejtorise se Informacionit, MSh
Dr. Silva Bino	– Drejtore e Institutit te Shendetit Publik – PhD, MD
Dr. Enkejlada Pellumbi	– Shefe e Sektorit te Stomatologjise, MSh

Leonard Solis

Minister i Shendetesise se Republikes se Shqiperise
Tirane me 15/07/2004

Parathënie

Eshte nje kenaqesi e vecante per mua te prezantoj Strategjine Afatgjate te Zhvillimit te Sistemit Shendetesor Shqiptar, kete dokument te rendesishem qe i ka munguar kaq gjate Ministrise sone.

Ne kete dokument eshte analizuar ne menyre te permbledhur e te qarte situata aktuale e sistemit shendetesor dhe eshte shprehur vizioni yne per reformimin e tij te thelle, te bazuar ne modelet e pervojat e suksesshme bashkekohore. Zbatimi i ketyre modeleve kerkon ndryshimin e mekanizmave baze te organizimit, financimit e menaxhimit per te bere te mundur realizimin e objektivit tone final; “Sigurimin dhe permiresimin e vazhdueshem te kujdesit shendetesor per popullaten”.

Kjo strategji bashkohore e ambicioze paraqet sfidat qe duhen perballuar:

- Forcimi i kapaciteteve teknike te Ministrise se Shendetesise per hartimin e politikave, strategjive apo planeve kombetare te zhvillimit te sistemit shendetesor duke iu shmangur gradualisht rolit tradicional te menaxhimit direkt te sherbimeve shendetesore.
- Permiresimi i politikave stimuluese per sherbimin shendetesor privat, si dhe forcimi i ligjshmerise, standarteve, strukturave kontrolluese e monitoruese ndaj tij per te mbrojtur shendetin e popullates nga abuzimet e praktikat e demshme.
- Vendosja e pacientit ne qender te sistemit shendetesor si kusht thelbesor per sherbim cilesor e zhvillim.
- Decentralizimi i sistemit shendetesor me synim perfundimtar autonomine e tij, si zgjidhje optimale per miremenaxhim e ruajtje te integritetit te sistemit.
- Krijimi i nje sistemi kombetar te burimeve njerezore shendetesore - i afte te realizoje misionin e tij.
- Zgjerimi i bazes se burimeve financiare, rritja e mases se financimit dhe kosto-efektivitetit te perdorimit te tyre nepermjet shtimit te fondeve publike per shendetesine, zgjerimit dhe forcimit te skemes se sigurimeve shendetesore, permiresimit te mekanizmave te kontraktimit, permiresimit te menaxhimit etj.
- Forcimi i kapaciteteve menaxheriale te institucioneve shendetesore nepermjet krijimit te modeleve bashkekohore te menaxhimit te tyre, krijimit te profesionit te menaxhereve te shendetesise etj.

- Ruajtja dhe permiresimi i shendetit publik duke iu pershtatur ndryshimeve ekonomike, shoqerore dhe epidemiologjik te vendit.
- Forcimi e persosja e sherbimit shendetesor paresor duke e vleresuar ate si hallken kryesore te sherbimeve shendetesore.
- Krijimi i modelit te spitalit autonom me synim permiresimin e menaxhimit dhe rritjen e cilesise se sherbimit.
- Permiresimi rrenjesor i sherbimit dentar e farmaceutik me synim standartizimin e forcimin e strukturave monitoruese e kontrolluese.

Shpreh bindjen qe zbatimi i sukseshem i kesaj strategjie do te permiresoje dukshem organizimin dhe funksionimin e sistemin tone shendetesor, duke e transformuar ate ne nje sistem bashkekohor te krahasueshem me ate te vendeve te zhvilluara europiane.

Suksesi i realizimit te reformes tashme te filluar, kerkon domosdoshmerisht jo vetem perkushtimin e profesionisteve te sistemit shendetesor, por edhe mirekuptimin dhe mbeshtetjen e popullates, konsensusin e gjere, vullnet te plote politik, vazhdimesine etj.

Leonard Solis
Minister i Shendetesise se Republikes se Shqiperise
Tirane me 15/07/2004

Ky dokument paraqet vizionin e Ministrise se Shendetesise te Republikes se Shqiperise per zhvillimin afatgjate te Sistemit Shendetesor te vendit dhe eshte ne harmoni te plote me objektivat sektoriale te “Strategjise Kombetare te Zhvillimit Ekonomik e Social” te Qeverise Shqiptare dhe Objektivat e Mijevjecarit.

Per hartimn e saj jane patur parasysh Komunikat e Komisionit te BE e dates 16 maj 2000, “Per Strategjine ne fushen e Shendetesise per Komunitetin European”, per zbatimin e parimeve te integritetit, qendrushmerise dhe perqendrimin ne problemet kryesore si edhe vendimi Nr. 1786/2002/KE date 23.11.2002 i Komisionit, Keshillit dhe Parlamenti i BE per miratimin e “Programit te Veprimit te Komunitetit ne fushen e Shendetit Publik”.

Hartimi i kesaj strategjia u mundesua nga asistenca teknike e ofruar nga Organizata Boterore e Shendetesise dhe Banka Boterore, si dy partneret kryesore te Ministrise se Shendetesise

Hyrje

Nje sistem shendetesor ideal do te ishte ai sistem qe eshte i afte te ofroje sherbimin shendetesor baze, lehtesisht te arritshem e cilesisht te pranueshem per popullaten dhe me eficiece te larte.

Synimi kryesor i kesaj strategjie eshte reformimi i thelle i sistemit shendetesor aktual duke u bazuar ne modelet e pervojat me te sukseshme bashkekohore, implementimi i te cilave kerkon ndryshimin e mekanizmat baze te organizimit, financimit e menaxhimit duke bere te mundur realizimin e objektivit final;

“SIGURIMIN DHE PERMIRESIMIN E VAZHDUESHEM TE KUJDESIT SHENDETESOR PER POPULLATEN”.

Teknikisht, analiza e sistemit shendetesor eshte realizuar nga dy kendveshtrime; horizontal ose sipas elementeve baze qe jane:

- Drejtimi dhe Rregullimi,
- Organizimi dhe Decentralizimi,
- Burimet Njerezore
- Financimi,
- Menaxhimi

dhe kendveshtrimi vertikal ose struktural, sipas sherbimeve funksionale te sistemit shendetesor qe jane:

- Shendetit Publik,
- Kujdesi Shendetesor Paresor,
- Kujdesi Shendetesor Spitalor,
- Sherbimi Dentar,
- Sherbimi Farmaceutik.

Kjo strategji sintetizon elementet baze te organizimit e funksionimit te sistemit shendetesor. Per te krijuar nje pamje me te thelluar ne drejtime te vecanta rekomandohen te konsultohen dokumentat strategjike te ketyre drejtimeve si:

“ Dokumenti i Politikes se Shendetit Mendor ne Shqiperi” - 2003,
“ Strategjia e Shendetit Publik dhe te Promocionit Shendetesor” – 2003, Ligji per Sherbimin Spitalor ne Republiken e Shqiperise – 2003,
“Strategjia Kombetare per Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS-it” – 2004, etj.

Drejtimi dhe 1 rregullimi

1.1.1 Situata

Synimi i ministrise se shendetesise ka qene orjentimi drejt funksionit te hartimit te politikave, strategjive dhe planeve kombetare te zhvillimit te sistemit shendetesor duke ju shmangur gradualisht rolit tradicional te “drejtorise se shendetesise” pra, menaxhimit direkt te sherbimeve shendetesore. Kjo materializohet edhe nga fakti i hartimit te nje sere dokumentash te rendesishme te politikave e strategjive kombetare te shendetit si:

Strategjia E Shendetit Mendor (2003),
Strategjia E Shendetit Publik Dhe E Promocionit Shendetesor (2003),
Masterplani I Zhvillimit Te Qendres Spitalore Universitare “Nene Tereza” Te Tiranës (2003),
Ligji Per Sherbimin Spitalor Ne Republiken E Shqiperise – 2003,
Strategjia Per Parandalimin Dhe Kontrollin E Hiv/aids (2004) Etj.

Ketij synimi i kane sherbyer edhe nje numer ndryshimesh te rendesishme ne strukturen organizative te ministrise se shendetesise si krijimi i

1. Drejtorise Se Politikave Dhe Planifikimit
2. Njesise Se Monitorimit Dhe Vleresimit Etj.

1.1.2 Problemet

Ministria e shendetesise zoteron kapacitete te kufizuara teknike per hartimin e politikave, strategjive apo planeve kombetare pasi politikat stimuluese te derisotme te terheqjes se profesionisteve te zote te ketyre fushave kane rezultuar joefektive.

Organizimi dhe struktura e ministrise se shendetesise kerkojne permiresim te metejshem per realizimin e pergjegjesive dhe detyrave te reja si;

- Ne fushen e politikave te skemave te sigurimeve shendetesore,
- Te shendetit mendor,
- Te menaxhimit shendetesor e kontrollit te cilesise se sherbimit,
- Te akreditimit,
- Te licensimit,
- Kontrollit e monitorimit te aktivitetit privat,
- Edukimit te vazhdueshem,
- Te standartizimit dhe mirembajtjes se aparaturave dhe pajisjeve mjekesore etj.

Te cilat pengohen me justifikimin e mosrritjes se numurit te personelit.

1.1.3 Objektivi

Do te forcojme kapacitetet per hartimin e politikave, strategjive dhe planeve kombetare te ministrise se shendetesise.

1.1.4 Strategjite

- Do te realizohet ristrukturimi i ministrise se shendetesise me synim forcimin e kapaciteteve politikberese duke krijuar e plotesuar strukturat e nevojshme ne fushen e politikave te sigurimeve shendetesore, te shendetit mendor, te menaxhimit shendetesor e kontrollit te cilesise se sherbimit, te akreditimit, te licensimit, kontrollit e monitorimit te aktivitetit privat, edukimit te vazhdueshem, te standartizimit dhe mirembajtjes se aparaturave dhe pajisjeve mjekesore etj.
- Do te fuqizohet njesia e monitorim/vleresimit, e cila do te jete syri vezhgues i zhvillimeve brenda sistemit shendetesor dhe do te kontribuojte ndjeshem ne orientimin e strategjive dhe aktiviteteve. Per kete qellim, do te perpunohet nje model funksionimi i njesise se monitorimit dhe vleresimit me ndihmen e partnereve te huaj (brenda vitit 2004).
- Do te forcohen kapacitetet per hartimin e planeve kombetare strategjike. Keto plane do te jene 3-vjecare dhe do te rishihen vit pas viti me qellim qe te shtohen elemente te rinj, te cilet te pasqyrojne ndryshimet e krijuara. Planet tre-vjecare do te sherbejne per disa qellime:
 - Te orientojne hartimin e planeve shendetesore ne nivel lokal (qarku);
 - Te orientojne sa me drejt investimet e medha ne sektorin e shendetesise, ne varesi te perparësive te percaktuara;
 - Te monitorojne e vleresojne prirjet e zhvillimeve si edhe zbatimin e programeve brenda sistemit shendetesor;
 - Te sigurojne nje zhvillim te matshem dhe te dukshem te sektorit shendetesor.
- Do te hartohet nje plan i pare kombetar tre-vjecar (2005-2008) i zhvillimit te sektorit te shendetesise, duke filluar nga viti 2005. Kjo do te beje te mundur ndertimin e nje modeli planifikimi shendetesor ne nivel kombetar. Hartimi i nje buxheti realist do te jete pjese e rendesishme perberese e procesit te planifikimit, me qellim qe te arrihet nje nderthurje racionale e objektivave shendetesore me burimet financiare. Pjese e rendesishme e planit do te jene gjithashtu edhe udhezuesit per hartimin e planeve shendetesore te qarqeve. Stafi teknik i ministrise se shendetesise do te trajnohet dhe do te aftesohet me qellim qe t'u jape mbeshetje teknike niveleve te qarkut per hartimin e planeve shendetesore te ketij niveli.
- Do te perfundoje plani kombetar i zhvillimit te spitaleve brenda vitit 2004, ne vijim te zbatimit te ligjit te ri te spitaleve. Ky plan do te percaktoje qarte se cilet do te jene spitalet e rretheve, cilet do te jene spitalet e qarqeve si edhe cfare sherbimesh do te ofroje secili prej ketyre niveleve spitalore, ne varesi te nevojave dhe perparësive te zonave gjeografike dhe popullsive qe do te mbulojne. Planit spitalor do te parashikojte gjithashtu edhe nevojat per investime kapitale, me synim zhvillimin e sherbimeve te

veçanta dytesore.

F. Do të fuqizohen sistemet e informacionit shëndetësor në nivel lokal dhe qendror. Njëkohësisht, do të krijohen kushtet për koordinimin e rrjeteve të ndryshme të informacionit. Në këtë kuader, një rendesi të vecantë marrin veprimet e mëposhtme:

1. Konceptimi dhe ngritja e një sistemi informacioni lidhur me shërbimet e nivelit shëndetësor përsos, me qëllim që të bëhet më i matshëm produktiviteti e të lehtësohen procedurat e financimit nga fondi i sigurimeve shëndetësore.
2. Ndërtimi i një sistemi informacioni spitalor (his) që do të bëjë të mundur monitorimin e performancës së aktivitetit spitalor në nivel kombëtar. Ky sistem do të ndihmojë ministrinë e shëndetësisë në vlerësimin e saktë të situatës dhe hartimin e politikave të drejta të sektorit spitalor si edhe do të përshpejtojë futjen e skemës së sigurimeve shëndetësore në spitale.
3. Do të fuqizohen kapacitetet e mbledhjes dhe përpunimit të informacionit shëndetësor në nivel kombëtar me qëllim që statistikën dhe treguesit të grumbullohen të botohen në kohën e duhur dhe të jenë të besueshme. Në këtë kuader do të mundësohet botimi i një periodiku statistikor nga ministria e shëndetësisë.
4. Do të ndërtohet një mekanizëm për koordinimin e të gjitha sistemeve të informacionit, të cilët i shërbejnë sistemit shëndetësor në Shqipëri. Në këtë drejtim, një kontribut të rëndësishëm do të japë njësia e monitorimit/vlerësimit të ministrisë së shëndetësisë.

1.2 Akreditimi

Akreditimi si sistem monitorimi e vlerësimi periodik, synon ruajtjen e standardeve të larta në dënie të shërbimit shëndetësor.

1.2.1 Akreditimi institucional

Akreditimi institucional kërkon që në një periudhë 2-3 vjeçare institucionet shëndetësore (ambulancat, qendrat shëndetësore, poliklinikat e spitalet e cdo kategorie) të vlerësohen nëse çështja e shërbimit që ato ofrojnë është e kënaqshme, kushtet ambientale e të punës janë të pranueshme e të sigurta, pajisjet e aparaturat janë sipas standardit që i takon, etj. Këto vlerësime kërkojnë sisteme të përparura e të besueshme informacioni e realizohen nga grupe ekspertesh të njohur të fushave. Rezultatet e gjetura ballafaqohen me standardet ose "benchmark-et" (standardet e përparura) kombëtare ose të huaja e bëhet vlerësimi i përshkallëzuar i institucionit me rekomandimet përkatëse për ministrinë e shëndetësisë. Mëqenëse nuk ka përvojë të traditës në këtë drejtim, shprehim vullnetin për ndërtimin e një procesi akreditimi gradual duke iu përshatur kushteve të vendit tonë për të cilin është e nevojshme edhe asistencë teknike e huaj.

1.2.2 Akreditimi individual

Akreditimi individual është monitorimi dhe vlerësimi periodik i aftësive profesionale të individëve (publike e private) që ushtrojnë aktivitetin e tyre në fushën e shëndetësisë. Ky proces është i lidhur ngushtësisht me proceset e edukimit të vazhdueshëm dhe licensimit profesional dhe është përgjegjësi e trefishtë e ministrisë së shëndetësisë, urdherave profesionale, (urdheri i mjekut, farmacistit), e shkollave universitare e pasuniversitare të mjekësisë. Edhe për këtë proces mungon tradita por ekziston vullneti e janë vendosur lidhjet për një asistencë teknike të huaj.

1.2.3 Situata e problemet

Ne shqiperi nuk ka tradite per sistemet e akreditimit. Kohet e fundit eshte rritur interesi per vleren e rendesishme te ketij procesi por ende nuk ka veprime konkrete.

1.2.4 Objektiv

Do te krijojme nje sistem kombetar te akreditimit te sherbimeve shendetesore ne shqiperi.

1.2.5 Strategjite

Do te kerkohet asistence e huaj teknike me synimin qe te krijohen strukturat dhe mekanizmat e nevojshme per realizimin e ketij procesi i cili do te zbatohet ne menyre graduale ne spitale te vecanta, per t'u shtrire ne nje periudhe afat-mesme/afat-gjate ne te gjithe spitalet e vendit.

1.3 Organizatat partnere

1.3.1 Situata

Urdherat dhe organizatat profesionale kane nje rendesi te vecante per rolin qe ato luajne ne:

- Mbrojtjen e profesionisteve e te publikut
- Ruajtjen e standardeve dhe pastertise se profesionit
- Vendosjen e rregullave per sjelljen e duhur profesionale te anetareve te tyre
- Vleresimin e kompetences per rregjistrimin dhe licensimin.

Nisur nga sa me siper, jane stimuluar e mbeshtetur krijimi i nje sere organizatash te tilla si urdheri i mjekut, urdheri i farmacistit, shoqatat profesionale te mjekeve, infermjereve, etj.

1.3.2 Problemet

- Pavaresisht se nga pikepamja strukturore jane bashkekohore jane ende larg rolit qe duhet te luajne edukimin, akreditimin, e licensimin e profesionisteve dhe ndeshkimin e abuzuesve dhe shkelesve te ligjit me bluze te bardhe.
- Jane ende larg krijimit te pavaresise financiare e cila eshte domosdoshmeri per te realizuar drejt e plotesisht funksionin e tyre.

1.3.3 Objektiv

Do te ndihmojme ne krijimin e konsolidimin e organizatave partnere, per t'i bere ato plotesisht te afta ne rolin e tyre.

1.3.4 Strategjite

- a. Ndhme metodike e financiare per organizatat qe funksionijne.
- b. Krijim i organizatave te reja aty ku mungojne.

1.4 Aktiviteti i sektorit privat

1.4.1 Situata

Ne sistemet ekonomiko-shoqerore qe bazohen ne ekonomine e tregut, egzistenca e tregut shendetesor privat krahas atij shteteror eshte domosdoshmeri per vlerat komplementare e konkurruese qe ai krijon. Nisur edhe nga mungesa e tradites, eshte nxitur, inkurajuar dhe mbeshtetur krijimi i tregut shendetesor privat ne shendetin paresor (klinika, laboratore, farmaci) e ne ate spitalor me ligjin e spitaleve. Por vihet re se ne praktike, shtrirja dhe zhvillimi i aktivitetit te sektorit privat ka ecur me hapa me te shpejta se ndertimi i kuadrit rregullator, duke sjelle per pasoje nje numer problemesh qe lidhen kryesisht me cilesine e sigurine e sherbimeve te ofruara.

1.4.2 Problemet

- Mungon pervoja per monitorimin dhe kontrollin e aktivitetit privat.
- Legjislacioni ne fuqi eshte jo i plote, me role ende te paqarta e masa penalizuese te jo efektive.
- Mungojne struktura te vecanta per monitorimin dhe kontrollin e cilesise se sherbimit e te aktivitetit te sektorit privat.
- Licensimi individual eshte diskriminues e ndonjehere kunderefektiv.
- Media vizive dhe e shkruar, jo rralle, luan nje rol negativ duke reklamuar edhe aktivite te palicensuara.
- Koordinimi me ministrine e financave nuk eshte ne nivelin e duhur.

1.4.3 Objektivi

Do te forcojme kapacitetet monitoruese dhe kontrolluese te aktivitetit privat ne shendetesi me synim mbrojtjen e shendetit te popullates nga abuzimet, e praktikat e demshme.

1.4.4 Strategjite

- A. Do te permiresojme legjislacionin (ligje, vkm e urdhera) duke u mbeshtetur ne legjislacionin e be.
- B. Do te permiresojme standardet e detyruara per sherbimin mjekesor ne te gjitha aktivitetet private si klinika, laboratore, klinika stomatologjike, spitale.
- C. Do te ngreme struktura specifike (inspektoriat) per monitorimin dhe kontrollin e aktivitetit privat me autoritetin e kompetencat e duhura.
- D. Do te koordinojme me mire me ministrine e financave (tatimet) per te ndeshkuar abuzuesit dhe shkelesit e ligjin.

1.5 Roli i pacientit

1.5.1 Situata

Sistemet shendetesore te perparuara kane ne qender te tyre pacientin. Megjithe perpjekjet e vazhdueshme per ta vendosur pacientin ne qender te sistemit shendetesor, jemi te vetedijshem se egzistojne probleme te ndryshme te cilat duhet te zgjidhen. Anketa dhe studime te kryera kohet e fundit kane treguar se pacientet shqiptare ne jo pak raste jane te pakenaqur nga niveli dhe cilesia e sherbimeve qe u ofron sistemi yne shendetesor. Kjo pakenaqesi spjegohet me:

- Cilesine e sherbimit qe ofrohet
- Mungesen e disa sherbimeve diagnostikuese e mjekuese
- Pagesat nen-dore per sherbimet diagnostike e kurative etj.

Keta faktore te kombinuar mund te shpjegojne se pse nje pjese e pacienteve shqiptare kerkojne sherbime diagnostikuese dhe mjekuese ne vende te ndryshme fqinje si turqia, italia apo greqia. Marrja e sherbimeve mjekesore ne vendet fqinje e shton barren e shpenzimeve mbi pacientet, te cilet duhet te paguajne teresisht

nga xhepi shpenzimet e ketyre sherbimeve, por gjithashtu edhe koston e udhetimit dhe te qendrimit ne keto vende.

Ne vendin tone nuk ka tradite dhe nuk jane perpunuar ende mekanizma efektive qe do te benin te mundur degjimin dhe marrjen parasysh te zerit te qytetareve ne proceset e formulimit te politikave shendetesore, te planeve kombetare apo te drejtimit te institucioneve shendetesore.

1.5.2 Problemet

- Pakenaqesia e popullates per cilesine e sherbimit qe u ofrohet;
- Pagesat informale;
- Mungesa e mekanizmave te terheqjes se mendimit te popullates/pacientit per politikat/cilesine e sherbimit shendetesor.

1.5.3 Objektivi

Do te forcojme rolin e pacientit ne vleresimin e nivelit te sherbimit shendetesor dhe hartimin e politikave shendetesore.

1.5.4 Strategjite

- Do te ngreme zyren e pacientit, per mbrojtjen e te drejtave te pacientit ne te gjitha institucionet shendetesore e ne ministrine e shendetesise brenda vitit 2004.
- Do te permiresojme “karten e pacientit” dhe mekanizmat per zbatimin e saj te plote.
- Do te institucionalizojme perfaqesimin e pacienteve ne bordet e spitaleve.

ORGANIZIMI DHE DECENTRALIZIMI 2

2.1.1 Situata

Decentralizimi si proces i delegimit te autoritetit nga niveli qendror ne nje nivel tjetër me te ulet, është i lidhur ngushte me kapacitetet menaxheriale te organeve rajonale e lokale.

Aktualisht, ka nje kontradikte ne procesin e decentralizimit ne fushen e shendetesise, pasi egziston prirja per te zbatuar paralelisht dy modele qe nuk perputhen krejtësisht me njeri tjetrin:

- Modeli i devoluimit te kompetencave dhe pronesise se institucioneve shendetesore drejt pushtetit te zgjedhur lokal. Nese ky koncept do te zbatohet plotësisht, do te sjelle si pasoje copetimin e piramides se sherbimeve shendetesore ne rreth 370 njesi administrative, aq sa është numri i pergjithshem i bashkive dhe komunave ne Shqiperi. Nje ndarje e tille rrezikon te sjelle nje perdorim jo-kosto efektiv te burimeve te pakta. Gjithashtu, ky model nuk perputhet me financimin e sherbimeve mjekesore nga sigurimet shendetesore.
- Modeli i autonomise se sherbimeve shendetesore. Ky model synon krijimin e sherbimeve shendetesore krejtësisht autonome, te kontraktuara dhe financuara nga fondi i sigurimeve shendetesore. Me qellim qe keto sherbime te ruajne nje logjike teknike racionale dhe te ofrohen sipas nevojave te popullsisve te zonave gjeografike te caktuara (psh. qarqet) është propozuar dhe ka filluar ne formen pilot ngritja dhe funksionimi i “autoriteteve shendetesore rajonale”, te cilat do te kene pergjegjesi per hartimin e planeve shendetesore rajonale si edhe menaxhimin e drejtperdrejte te programeve kombetare te shendetit publik. Ky model është mbeshtetur dhe po zbatohet si model pilot ne Tirane, ne kuadrin e nje projekti te financuar nga Banka Boterore.

Pervoja e devoluimit te pjesshem te kompetencave mbi sherbimet e kujdesit paresor drejt pushtetit te zgjedhur lokal nuk ka patur efekte pozitive mbi sherbimet shendetesore paresore, pasi shperndarja e burimeve financiare është realizuar ne menyre jo-efektive. Kjo mund te shpjegohet me paaftesine e deritanishme te organeve te pushtetit vendor per te menaxhuar sic duhet sherbimet shendetesore, te cilat jane te nderlikuara sepse nderthurin aspekte teknike dhe administrative.

Ministria e Shendetesise eshte e mendimit se modeli me i pershtatshem do te ishte ai i autonomise se sherbimeve shendetesore, pasi parashikon financimin e ketyre sherbimeve nga fondi i sigurimeve shendetesore. Gjithashtu, ky model ruan integritetin e piramides se sherbimeve shendetesore, permes planeve shendetesore rajonale qe do te hartohen nga “autoritetet shendetesore rajonale” ne nivel qarku.

2.1.2 Problemet

Cili model do te zbatohet; devoluimi apo autonomia?

2.1.3 Objektivi

Do te ndertojme nje sistem shendetesor te bazuar ne modelin e nje bleresi te vetem me ofrues autonom por qe perfshin planifikim te dekoncetruar dhe funksione te shendetit publik ne nivel qarku.

2.1.4 Strategjite

1. Ministria e Shendetesise do te nxise krijimin e sherbimeve shendetesore autonome (Sherbimet e Kujdesit Shendetesor Paresor dhe spitalet autonome) sherbimi i te cilave do te financohet permes skemes se sigurimeve shendetesore dhe do te respektojne standardet e parashikuara nga Ministria e Shendetesise dhe autoritetet shendetesore rajonale. Brenda vitit 2004 do te shqyrtohet baza ligjore dhe do te hartohet legjislacioni i ri qe do te mundesoje zbatimin ne praktike te reformes se propozuar.
2. Ministria e Shendetesise do te ndertoje autoritetet shendetesore rajonale, duke filluar nga viti 2004. Per kete qellim do te hartohen aktet e nevojshme ligjore mbi organizimin dhe decentralizimin e sistemit shendetesor, qe do te lejojne autonomizimin e sherbimeve shendetesore, si forma me e pershtatshme e decentralizimit ne shendetesi. Keto akte ligjore duhet te harmonizohen edhe me “Ligjin per Sherbimin Spitalor ne Republiken e Shqiperise”, i cili parashikon ngritjen e autoriteteve rajonale spitalore. Autoritetet shendetesore rajonale do te bejne te mundur zhvillimin e planifikuar dhe te koordinuar te sherbimeve shendetesore ne baze te njesive gjeografike qe do te mbulojne.
3. Veprimet konkrete per organizimin dhe decentralizimin e lartpermendur te sherbimeve shendetesore do te jene:
 - a. Do te formulohet, do te diskutohet dhe do te miratohet brenda vitit 2004, «Ligji baze i organizimit dhe funksionimit te sistemit shendetesor ne Shqiperi», si hap i rendesishem drejt autonomise se sherbimeve shendetesore si dhe krijimit te modeleve te decentralizimit brendainstitucional.
 - b. Do te fuqizohen kapacitetet e Autoritetit Shendetesor Rajonal te Tiranës lidhur me planifikimin e sherbimeve dhe menaxhimin e programeve rajonale te shendetit publik, si modeli i pare prej te cilit mund te nxirren mesime dhe perfundime te vlefshme mbi masat qe duhen marre apo veprimet qe duhen shmangur ne kete drejtim. Do te finalizohet plani i pare rajonal shendetesor i Tiranës (brenda vitit 2004).
 - c. Do te shtrihet pervoja e funksionimit te autoriteteve rajonale edhe ne zona te tjera gjeografike. Hapi i pare ne kete drejtim do te jete ngritja e Autoritetit Shendetesor Rajonal ne Berat me ndihmen e projektit PHR-plus. Ministria e Shendetesise do te pergatise kushtet per shtrirjen e « autoriteteve shendetesore rajonale » ne te gjithe vendin. Ne kete kuader do te merren masa per integrimin e funksioneve te planifikimit, standardizimit, rregullimit etj. te sherbimeve paresore, atyre te shendetit publik si edhe sherbimeve spitalore brenda te njejtës strukture rajonale (autoritetit shendetesor).
 - d. Do te fuqizohen “bordet rajonale” vendimmarrese, te cilat do te perçojne interesat e te gjithe aktoreve te interesuar per zhvillimin e sistemit shendetesor te njesive perkatese gjeografike.

e. Do të ruhet përgjegjësia për funksionet e shëndetit publik në nivel kombëtar dhe rajonal. Në këtë mënyrë do të shmanget decentralizimi i përgjegjësisë për zbatimin e programeve shëndetësore kombëtare poshtë nivelit të autoriteteve shëndetësore rajonale. Deri në krijimin e autoriteteve rajonale, këto përgjegjësi duhet të mbahen nga Ministria e Shëndetësisë dhe strukturat e saj periferike. Pushteti i zgjedhur vendor do t'i bente një shërbim të paçmuar shëndetit publik të komuniteteve, nëse do të ngarkohej me përgjegjësinë e zgjidhjes së problemeve sociale shëndetësore si kufizimi dhe kontrolli i agresionit të reklamave të duhanit apo produkteve alkoolike, prej të cilëve preken më tepër adoleshentët dhe të rinjtë; problemit të furnizimit me ujë të pijshëm higjienikisht të pastër; problemit të largimit dhe trajtimit të mbeturinave të ngurta; problemit madhor të evakuimit dhe perpunimit të ujërave të zeza e të bardha; problemit të krijimit dhe ruajtjes së mjediseve të shëndetshme urbane, me nivel të ulët ndotje të ajrit, me trafik të disiplinuar dhe të qetë, me hapësira të gjelbërta si edhe me nivel të ulët të zhurmave etj.

BURIMET

NJEREZORE

3

3.1.1 Situata

Sistemi yne shendetesor ka nje numer te kufizuar burimesh njerezore. Raporti i mjekeve shqiptare me popullsine eshte afersisht 1,36 per 1000 banore, ç'ka e rendit vendin tone nder nivelet me te ulta te rajonit european. Ndersa raporti i personelit te mesem mjekesor eshte afersisht 3.7 per 1000 banore, shifer e krahasueshme edhe me disa vende te Bashkimit European si Spanja dhe Portugalia.

Nje nga problemet e mprehta me te cilat po perballet aktualisht Ministria e Shendetesise eshte shperndarja jo e njetrajtshme e personelit mjekesor, gje qe sjell pamundesi per te mbuluar shume komunitete me sherbim mjekesor. Kjo vjen si pasoje e braktisjes nga ana e mjekeve te zonave te veshtira rurale si edhe per shkak te levizjeve te brendeshme migratore te popullsisë, qe e bejne te veshtire planifikimin e nevojave per sherbime mjekesore.

Ministria e Shendetesise ende nuk zoteron nje plan kombetar te plote te burimeve njerezore ne sektorin e shendetesise i cili te beje parashikime afatmesme e afatgjata mbi levizjet e largimet e mjekeve te pergjithshem apo specialistet e kategorive te ndryshme, daljet ne pension etj. qe jane te domosdoshme me qellim qe te ruhet ekuilibri midis “prodhimit” te burimeve te reja njerezore me keto levizje.

Sektori i shendetesise ne Shqiperi po perballet me humbjen e vazhdueshme te elites se tij profesionale per disa arsye:

1. largimit te specialisteve jashte vendit;
2. daljes graduale ne pension te specialisteve me ne ze te sherbimeve te specializuara universitare;
3. mos-terheqjes se klinicisteve te rinj
4. mungeses se specializimeve universitare afat-gjata ne vende me sistem mjekesor te zhvilluar.

Kjo mund te sjelle pasoja afatgjata lidhur me ofrimin e sherbimeve te specializuara ne nivelin dytesor dhe tretesor, duke patur vecanerisht impakt ne nivelin e mesimdhënies dhe te formimit te mjekeve te rinj nga Fakulteti i Mjekesise.

Shqipëria ka një numër të pamjaftueshëm mjekësh të familjes (rreth 0,5 mjekë për 1000 banorë). Specialiteti i mjekut të familjes është futur vetëm vitet e fundit dhe vazhdon të mbetet specialiteti më pak i dëshiruar dhe më i diskriminuar i mjekësisë. Gjithashtu, tek popullsia shqiptare mbisundon mentaliteti i nënvlefesimit të mjekëve të përgjithshëm, duke i dhënë përparësi mjekëve specialiste dhe shërbimeve të specializuara. Është tepër e rëndësishme krijimi dhe fuqizimi i mjekëve të familjes, nëpërmjet rritjes së aftësive të tyre teknike dhe përmirësimit të infrastruktures së kujdesit për të. Në këtë drejtim, është përparësore edhe ndryshimi i perceptimeve dhe qëndrimeve të popullsisë ndaj shërbimeve të ofruara nga mjekët e përgjithshëm apo mjekët e familjes.

Sektori i burimeve njerezore ka trashëguar mangësi tradicionale ekspertesh në fusha të caktuara si shëndeti publik, menaxhimi shëndetësor, ekonomia shëndetësore, promovimi shëndetësor, politikat dhe planifikimi i shëndetësisë etj. Kjo po sjell pengesa serioze veçanërisht në menaxhimin e institucioneve shëndetësore sipas koncepteve bashkëkohore. Rjedhimisht edhe vete menaxhimi i burimeve njerezore në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor po has në pengesa dhe vështirësi, të cilat shfaqen përmes mungesës së planeve të karrierës, mungesës së stimujve, paaftësisë për të krijuar mjedise pune që tërheqin me të aftët dhe nxisin produktivitetin e kuadrove, mungesës së trajnimeve të vazhduara dhe periodike etj.

Probleme të mëprehta egzistojnë edhe në fushën e infermieristikës, ku formimi profesional baze vazhdon të ketë lufatje dhe të jetë i pastandardizuar. Kjo kategori profesionale është tepër heterogjene për nga niveli i shkollimit dhe përvojës. Duhet përmendur se edhe personeli i mesëm mjekësor (infermjere/mami) po braktis vendin, si pasoje e krizës së këtij profesioni në vendet e Europës Perëndimore dhe i tërhequr nga njohja e diplomave dhe ofertat e punës nga këto vende (veçanërisht Italia). Rjedhimisht, Shqipëria investon për formimin dhe diplomimin e infermjereve dhe mamive, të cilat gjejnë vende pune në perëndim.

Sektori i shëndetësisë ende nuk ka ngritur një sistem të kreditimit për të gjitha kategoritë profesionale, ç'ka do të bente të mundur ruajtjen e standardeve profesionale si edhe do të lejonte futjen e kritereve të përcaktuara qartë lidhur me licensimin e profesioneve mjekësore.

Institucionalizimi i një sistemi të edukimit në vazhdimësi është domosdoshmeri për freskimin dhe përditësimin (update) e njohurive profesionale. Praktikisht, ky proces është i lidhur ngushtë me kreditimin dhe licensimin e detyrueshëm profesional e ndikon fuqishëm në përmirësimin e cilësisë së shërbimit.

3.1.2 Problemet

- Numri i kufizuar i burimeve njerezore shëndetësore,
- Shpërndarja jo e barabartë e personelit mjekësor,
- Mungesa e një plani kombëtar të burimeve njerezore,
- Pakesimi i elites profesionale,
- Numer i pamjaftueshëm mjekësh të përgjithshëm të familjes,
- Mangësi tradicionale ekspertesh në fusha të caktuara si shëndeti publik, menaxhimi shëndetësor, ekonomia shëndetësore, promovimi shëndetësor, politikat dhe planifikimi i shëndetësisë etj.,
- Formimi profesional baze në fushën e infermieristikës vazhdon të ketë lufatje dhe të jetë i pastandardizuar,
- Mungesa e sistemit të kreditimit profesional,
- Mungesa e një sistemi të edukimit të vazhdueshëm profesional

3.1.3 Objektivi

Do të krijojmë një sistem kombëtar të burimeve njerezore shëndetësore të plote e të aftë për të realizuar me sukses funksionet e tyre në ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit të popullatës.

3.1.4 Strategjite

- a. Brenda vitit 2005 do te hartohet nje plan kombetar te zhvillimit te burimeve njerezore ne sektorin e shendetesise, i cili do te parashikoje veprimet per zgjidhjen e pjeses me te madhe te ceshtjeve dhe problemeve te lartpermendura. Komponente te rendesishme te ketij plani do te jene;
 1. zevendesimi dhe formimi i specialisteve te sherbimeve dytesore dhe tretesore
 2. zhvillimi i specialiteteve te mangeta
 3. si edhe zhvillimi i profesioneve paramjekesore si infermieret, mamite e profesione te tjera.
- b. Do te permiresohet shperndarja gjeografike e personelit mjekesor nepermjet aplikimit te parimeve te tregut te punes:
 1. Financim publik – sherbim privat
 2. Shperblim i diferencuar ne vartesi te kerkese – ofertes
 3. Stimulim me bursa me kontrata me kushte detyruese ligjore per mbulimin e zonave te veshtira rurale.
- c. Do te permiresohen ndjeshem kontratat e punes me personelin duke i bere me pershkruese, me te pergjegjshme e dinamike.
- d. Do te zbatohen politika efektive te zgjedhjes se drejtuesve rajonale te shendetesise nepermjet konkurimit profesional.
- e. Do te pergatitet nje dokument politiko - strategjik mbi sherbimin infermieristik ne Shqiperi, i cili do te percaktoje standardet e organizimit e funksionimit te ketij sherbimi.
- f. Do te ngrihet nje Qender e Formimit te Vazhduar Profesional e cila do te kete nje fond e do te jete pergjegjese per koordinimin dhe organizimin e aktiviteteve te trajnimit te vazhduar per mjeket dhe infermieret e Shqiperise. Trajnimet do te jepen nepermjet mobilizimit te trajnereve/pedagogeve me te mire shqiptare ose te huaj, ne varesi te perpareseve dhe nevojave te vendit.
- g. Brenda vitit 2005 do te ngrihet Shkolla e Shendetit Publik dhe te Menaxhimit Shendetesor, si strukture e Fakultetit te Mjekesise te Universitetit te Tiranës. Do te krijohen kushtet ligjore dhe institucionale per ngritjen dhe funksionimin e sistemit te trajnimeve ne fushat e rendesishme te shendetit publik, menaxhimit shendetesor dhe nen-degeve te tyre. Shkolla e Shendetit Publik do te jete produkt i te gjitha burimeve njerezore egzistuese ne Shqiperi (Fak. i Mjekesise, Instituti i Shendetit Publik dhe specialiste te pavarur). Krijimi i kuadrit te nevojshem ligjor dhe institucional do te beje te mundur qe edhe iniciativat e asistences se donatoreve te huaj ne kete drejtim te jene me eficiente dhe me te koordinuara.
- h. Do te fuqizohet institucioni i mjekut te familjes permes:
 1. Rritjes se cilesise se formimit pas-universitar ne Fakultetin e Mjekesise. Mbeshtetja e universiteteve te huaja me tradite ne kete fushe do te konsiderohet si nje perparesi e rendesishme;
 2. Ngritjes dhe institucionalizimit brenda vitit 2006 te nje kursi formimi te vazhduar profesional ne mjekesine e familjes, me qellim qe te permiresohen ne menyre thelbesore njohurite, shprehite dhe praktika klinike e mjekeve te pergjithshem. Ky kurs do te institucionalizohet, me qellim qe te trajnohen te gjitha mjeket e pergjithshem qe praktikojne mjekesine e familjes. Meqenese ky projekt eshte ambicioz dhe afatgjate, do te jete e nevojshme qe kursi i trajnimit te ngrihet dhe te fuqizohet se pari ne Tirane e ne nje faze te dyte te decentralizohet dhe te ofrohet edhe ne zona te tjera gjeografike te vendit, me qellim qe te realizohet nje formim tip kaskade.
 3. Ndryshimit te imazhit te mjekut te familjes. Ky proces duhet te kaloje nepermjet permiresimit te praktikës klinike te kesaj kategorie profesionale si edhe permes nje filozofie te re te trajtimit te problemeve te individit dhe komunitetit. Permiresimi i praktikës se mjekesise se familjes do te beje te mundur zgjidhjen e nje pjese te mire te problemeve mjekesore ne kete nivel sherbimi, duke cliruar sherbimet e

specializuara nga barra e panevojshme e pacienteve. Nje rendesi te vecante ne kete drejtim do te kene edhe fushatat promovuese qe do te synojne sqarimin e rolit te rendesishem te mjekeve te familjes.

1. Do te ndertohet nje sistem i kreditimit te profesionisteve te kategorive te ndryshme te shendetesise. Ndertimi i ketij sistemi eshte i lidhur ngushte dhe mund te realizohet vetem ne prani te programeve te trajnimit te vazhduar qe duhet t'u ofrohen te gjitha profesionisteve te sektorit shendetesor kundrejt nje pagese te arsyeshme. Per kete eshte e nevojshme pervoja e asistenca teknike e huaj.

4.1.1 Situata

Financimi është një nga sfidat më të vështira që po përballon sistemi ynë shëndetësor sot. Shpenzimet publike të shëndetësisë kanë marrë rreth 2.7% të PBB-se gjatë vitit 2003. Kjo shifer supozohet se arrin deri në rreth 4% ose 5% të PBB-se, nëse këtu do të përfshiheshin edhe pagesat e drejtperdrejta të konsumatorëve për shërbime shëndetësore private apo pagesat nën-dore. Shpenzimet e sektorit të shëndetësisë në Shqipëri kanë qenë të ulta në krahasim me vendet e tjera europiane apo edhe me një pjesë të vendeve ish-socialiste të Europës Qendrore dhe Lindore. Trajtimi i sektorit të shëndetësisë si prioritar në Strategjinë Kombëtare të Zhvillimit Ekonomik e Social (SKZHES), parashikon shpenzimin e 3.2% të PBB për këtë sektor në vitin 2006.

Shqipëria e ka përcaktuar skemën kombëtare të sigurimit si financuesen e shërbimeve shëndetësore të të gjitha llojeve e bindur nga përparësitë që ka kjo e fundit. Aktualisht, skema e sigurimeve mbulon vetëm pagat e mjekëve të familjes si edhe një pjesë të kostos së barnave të përfshira në listën e barnave esenciale. Ministria e Shëndetësisë dhe Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor kanë bërë përpjekje për avancimin e mëtejshëm të kësaj skeme nëpërmjet financimit të shërbimeve shëndetësore shtesë, duke përfshirë në këtë mbulim edhe financimin e kujdesit shëndetësor paesor në rajonin e Tiranës si edhe financimin e spitalit rajonal të Durrësit. Megjithatë, ritmet e shtrirjes së skemës së sigurimeve shëndetësore për mbulimin dhe financimin e shërbimeve të tjera mjekësore kanë qenë të ngadalshme.

Skema e sigurimeve shëndetësore në Shqipëri është ndeshur me një sërë vështirësish dhe problemesh, të cilat kanë ndikuar në procesin e shtrirjes dhe funksionimit të saj. Kështu, kontributet nga të vetëpunësuarit dhe sektori privat janë grumbulluar në një masë të vogël dhe të pamjaftueshme, si pasojë e mungesës së informacionit dhe të ndergjegjesimit të këtyre kategorive të popullsisë për përfitimet që vijnë nga sigurimet shëndetësore. Efekt negativ në grumbullimin e paket të kontributeve ka patur edhe vjelja e tyre nga rrjeti i një institucioni tjetër, që është ai i sigurimeve shoqërore. Instituti i Sigurimit të Kujdesit

Shendetesor e konsideron perqindjen e kontributeve mbi te ardhurat si te paket dhe te pamjaftueshme per te sjelle ndryshime te rendesishme ne financimin e sherbimeve mjekesore. Per kete arsye eshte hedhur mendimi i shtimit te mases se kontributeve individuale (shtimi i kontributit si perqindje mbi te ardhurat), gje qe pritet te rrise fondin ne dispozicion te sigurimeve shendetesore.

Megjithë perpjekjet e bera si edhe asistencen teknike qe ka marre, Instituti i Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor ka ende kapacitete te kufizuara lidhur me perpunimin dhe zbatimin e mekanizmeve te financimit te sherbimeve mjekesore, vecanerisht te sherbimeve te specializuara spitalore. Keshtu, edhe ne financimin e spitalit te Durrësit, skema e sigurimeve nuk ka aplikuar ndonje mekanizem te qarte kontraktimi dhe financimi, por eshte bere nje transferuese e thjeshte e buxhetit te spitalit, te alokuar nga Ministria e Financave.

Financimi i shendetesise ne Shqiperi karakterizohet nga pamjaftueshmeria e fondeve publike per te mbuluar ne menyre te kenaqshme sherbimet shendetesore. Nga ana tjeter, pacientet shqiptare paguajne shuma te rendesishme ne klinikat private jashte vendit, vecanerisht per sigurimin e sherbimeve te specializuara diagnostiko-kurative, sidomos te atyre qe kerkojne teknologji te avancuara. Gjithashtu, pacientet paguajne ne menyre informale per nje pjese te sherbimeve qe u ofrohen ne spitalet dhe klinikat publike. Natyrisht, te gjitha keto shuma shkojne ne xhepat e mjekeve dhe te personelit tjeter shendetesor, nderkohe qe pagesat e ligjshme jane pothuajse te pakonsiderueshme. Neqoftese keto pagesa do te vilesnin nga sherbimet shendetesore publike dhe do te perdoreshin me efektivitet, do te ndikonin ne permiresimin e cilesise se ketyre sherbimeve.

Ministria e Shendetesise po ben perpjekje per te bere nje planifikim sa me racional te zhvillimit te sherbimeve shendetesore ne nivel kombetar, perfshire ketu edhe nje proces alokimi sa me te arsyeshem te buxhetit te shendetesise. Por ne kete drejtim po hasen veshtiresi per arsye te kapaciteteve te pamjaftueshme teknike dhe pengesave strukturore, qe e mbajne te ndare funksionin e planifikimit te sherbimeve nga funksioni i planifikimit te buxhetit. Aktualisht, alokim i fondeve realizohet mbi baza historike, mbeshtetur kryesisht ne shpenzimet dhe kapacitetet e institucioneve dhe jo mbi nevojat dhe perparësite reale te popullsisë, sidomos te atyre me te varfera dhe me te privuara nga sherbimet. Ende nuk egziston asnje mekanizem i percaktuar dhe standart per alokimin e buxhetit te shendetesise nga qendra drejt periferise. Nje ndihme te konsiderueshme ne kete drejtim do t'i jepnin ministrise autoritetet shendetesore rajonale nepermjet hartimit te planeve dhe buxheteve rajonale.

4.1.2 Problemet

- Pamjaftueshmeri e financimit ne shendetesi,
- Skema kombetare e sigurimeve shendetesore eshte ende e pakonsoliduar dhe e kufizuar,
- Planifikimi e buxhetimi jo te bashkerenduara,
- Menaxhim jo eficient i burimeve financiare.

4.1.3 Objektivi

Te zgjerojme bazen e burimeve financiare, masen e financimit dhe kosto-efektivitetin e perdorimit te tyre.

4.1.4 Strategjite

1. Do te permiresohet legjislacioni per financimin e sistemit shendetesor me hartimin e “Ligjit te Financimit te Shendetesise” (Qershor 2004) dhe permiresimin e ligjit mbi Sigurimet Shendetesore, brenda vitit 2004 qe do te bejne te mundur menjanimin e pengesave dhe veshtiresive ne zbatimin e shtrirjes se sigurimeve shendetesore per te mbuluar sherbimet spitalore. Kjo po realizohet permes nje pakete asistence teknike, ne mbeshtetje te grupeve te eksperteve teknike dhe ligjore te Ministrise se Shendetesise, Ministrise se Financave dhe te Institutit te Sigurimit te Kujdesit Shendetesor.
2. Do te shtohen fondet publike ne dispozicion te sektorit te shendetesise. Kjo do te beje te mundur nje financim me te mire te sherbimeve shendetesore dhe rrjedhimisht nje permiresim te cilesise se

sherbimeve si edhe te treguesve shendetesore te popullsisë. Ne te njejten kohe, do te mbrohen fondet e alokuara per shendetesine duke nderthurur zgjerimin dhe permiresimin e mekanizmeve te decentralizimit (autonomia e sherbimeve mjekesore dhe ngritja e Autoriteteve Shendetesore Rajonale) me financimin e sherbimeve nga skema e sigurimeve shendetesore.

3. Do te zgjerohet skema e sigurimeve shendetesore duke u shtrire drejt:
 - a. financimit te sherbimeve te praktikës klinike te mjekeve te familjes, permes kontraktimit te drejtperdrejte te ketyre sherbimeve me grupe te praktikës autonome apo mjekeve te familjes qe ushtrojne profesionin ne menyre individuale;
 - b. financimit te mjekeve specialiste qe ofrojne sherbime te specializuara ambulatorne ne poliklinika dhe spitale publike apo ne qendra private;
 - c. financimit te metejsheem te sherbimeve te specializuara spitalore nga kjo skeme. Ne kete kuader do te permiresohen dhe konsolidohen mekanizmat kontraktuese dhe financuese ne projektin pilot te spitalit te Durrësit. Njekohesisht, do te filloje kontraktimi edhe i spitaleve te tjera duke sjelle nje zgjerim gradual te skemes drejt spitaleve te niveleve te ndryshme dhe ne zona gjeografike me karakteristika te ndryshme.
4. Do te filloje kontraktimi i drejtperdrejte i ofruesve te sherbimit te kujdesit shendetesor paresor qe punojne ne grupe ose individeve (mjeke te pergjithshem/familjes). Kontraktimi do te behet ne baze te paketave te sherbimeve. Paketat e sherbimeve duhet te percaktohen nga Ministria e Shendetesise ne perputhje me nevojat dhe planifikimin e sherbimeve ne nivel qarku. Projekti pilot i Tiranës dhe modeli qe po aplikohet ne Berat do te zhvillohet me tej.
5. Do te perpunohen mekanizma financimi te sherbimeve shendetesore paresore (nga grupi apo mjeku individual i familjes), me qellim qe te shtohet produktiviteti dhe cilesia e sherbimeve dhe te permiresohen treguesit shendetesore. Fondi i sigurimeve duhet te mbuloje teresisht koston e paketes se sherbimeve, c'ka perfshin pagen e mjekeve, pagen e personelit jo-mjekesor si edhe koston e shpenzimeve operative. Do te percaktohet qarte modeli i pageses se mjekeve te familjes. Nje zgjidhje e pershtatshme mund te ishte adoptimi i nje modeli te kombinuar te pageses per fryme (per capita) me pagesen per sherbim (fee-for-service), ne menyre qe te shmangen efektet negative te nje forme pagese te vetme. Per percaktimin e sakte te mekanizmeve te kontraktimit dhe pageses me sherbimet mjekesore autonome te kujdesit paresor eshte e nevojshme asistence e huaj teknike nga vende qe kane pervojte te gjate me mekanizma te tille financimi dhe modele te ngjashme te praktikës se mjekesise se familjes.
6. Do te perpunohen mekanizma racionale te kontraktimit te sherbimeve spitalore ne spitalin e Durrësit, me qellim qe ky model te sherbeje edhe ne spitale te tjera te vendit. Kjo do te menjanoje improvizimet dhe mungesen e profesionalizmit ne kete drejtim. Do te perfshihet edhe nje ose me shume spitale rrethi ne skeme, duke aplikuar modelet e reja te menaxhimit dhe te financimit. Edhe per kete nderhyrje teper te rendesishme dhe te veshtire eshte e nevojshme asistence e huaj me qellim qe te perpunohen me saktesi mekanizmat kontraktues dhe financues te sherbimeve spitalore nga sigurimet shendetesore.
7. Do te ndertohen mekanizma te matjes se kosto-efektivitetit te sherbimeve shendetesore, vecanerisht atyre dytesore dhe tretesore te cilat jane me te kushtueshme (sisteme te menaxhimit te informacionit). Kjo do te krijojte kushtet per permiresimin e alokimit dhe shperndarjes se fondeve drejt sherbimeve me kosto-efektive dhe me cilesi me te larte. Njekohesisht, keto informacione do te ndihmojne dukshem ne alokimin e fondeve spitalore bazuar ne performancen e seicilit spital si edhe per te krahasuar spitalet e ndryshme. Nje rol te rendesishem ne kete drejtim do te luajne autoritetet shendetesore rajonale te cilat do te grumbullojne dhe perpunojne informacione te nevojshme per krijimin e kushteve te transparences ne drejtim te aktivitetit te sektorit spitalor ne Shqiperi. Keshtu, nje nga mekanizmat do te jete edhe matja e performances spitalore permes krijimit te nje serie treguesish te produktivitetit, cilesise se sherbimeve, rezultateve te nderhyrjeve, kenaqjes se pacienteve etj. OBSH-ja po jep asistence ne kete drejtim.

8. Do të studiohet dhe aplikohet bashkëpagesa në disa shërbime diagnostike dhe kurative si një masë shumë e rëndësishme mbi të gjitha për të shmangur abuzimet e burimeve në shëndetësi.
9. Do të fuqizohen kapacitetet për zhvillimin e një sistemi të Llogaritë Kombëtare të Shëndetësisë. Për këtë qëllim Ministria e Shëndetësisë do të bashkëpunojë ngushtë me Ministrinë e Financave si edhe me konsulentë të huaj që kanë përvojë në këtë drejtim.
10. Financimi i Shëndetit Publik do të jetë përgjegjësi e shtetit.

5.1.1 Situata

Sistemi ynë shëndetësor zoteron kapacitete të pakta në fushën e menaxhimit shëndetësor. Egziston një numër tepër i kufizuar specialistesh të formuar (jashtë vendit) në teknikat e menaxhimit të shërbimeve shëndetësore dhe një pjesë e tyre punojnë jashtë sektorit publik të tërhequr nga pagat e larta.

Strukturat organizative të institucioneve shëndetësore janë të njëanshme me komponentin klinik të zhvilluar mirë e komponentin menaxherial të atrofizuar ku menaxhereve nuk u është lënë hapësira e nevojshme për të realizuar funksionin e tyre.

Në drejtimin dhe menaxhimin e institucioneve shëndetësore, trashëgojmë një prirje të theksuar centralizuese. “Njëshi” i institucionit vendos për gjithshka; pranimin e largimin nga puna të stafit të të gjitha niveleve, menaxhimin e buxhetit e deri të elementeve më periferike e të përndësishme. Drejtuesit e niveleve më të ulta janë formale e pa asnjë kompetencë. Kjo i bën këta të fundit të jenë indiferente e të painteresuar për rezultatet e punës pasi nuk ndjehen pjesëtarë të suksesit a përgjegjës të deshtimit. Edhe përpjekjet e këtyre viteve për krijimin e bordeve a këshillave drejtuese kanë rezultuar jo efektive pasi përgjithësisht këto borde janë formale e nuk e kryejnë funksionin për të cilin janë krijuar.

Tradicionalisht, në rolin e menaxhereve të institucioneve tona shëndetësore janë angazhuar klinikistë të shquar (kirurge, kardiologë etj.) të cilëve, shpesh, u kanë munguar edhe konceptet bazë të menaxhimit. Përkundrazi, në parim kjo zgjidhje ka konflikt interesi pasi një klinikist është i interesuar më shumë për ecurinë e të semurit e më pak për menaxhimin e rreptë. Nga ana tjetër, angazhimi i tij është gjithmone i mangët (part-time) pasi puna në klinike i merr kohë të konsiderueshme. Ministria e Shëndetësisë po përparon një reformë të thellë në këtë drejtim për zëvendësimin e të gjithë drejtuesve të institucioneve shëndetësore me menaxhere të trajnuar.

Sektori i shëndetësisë ende nuk ka përpunuar modele bashkëkohore të drejtimit dhe menaxhimit të

spitaleve, poliklinikave si edhe te sherbimeve te kujdesit shendetesor paresor. Nuk egzistojne standarte te menaxhimit modern mbi te cilat te mbeshtetet praktika e menaxhimit te sherbimeve shendetesore, vecanerisht sherbimeve spitalore, te cilat jane komplekse dhe te kushtueshme.

Sistemet e informacionit klinik e financiar jane pak te zhvilluara dhe kjo veshtireson futjen e praktikave te perparuara te menaxhimit modern. Edhe ai informacion qe mblidhet nuk shfrytezohet sa e si duhet per miremenaxhimin e institucioneve. Jane te pakot specialistet e fushes se menaxhimit te informacionit shendetesor. Bashkepunimi i nisur me Agjensine Suedeze te Zhvillimit Nderkombetar (SIDA) eshte shume premtues ne kete drejtim.

Mungon institucionalizimi i "prodhimit" te menaxhereve ne vend. Nuk egziston ende nje shkolle menaxhimi shendetesor apo shendetit publik. Departamenti i Shendetit Publik i Fakultetit te Mjekesise u ofron elemente baze te menaxhimit shendetesor studenteve te ciklit te ulet universitar, por akoma nuk eshte ngritur nje program post-universitar per formimin e kuadrove ne kete fushë. Megjithë perpjekjet e bera, sidomos keto vitet e fundit, kapacitetet mesimdhënëse dhe pedagogjike te ketij departamenti jane te kufizuara. Nga ana tjetër, egzistojne veshtiresi serioze institucionale ne drejtim te trajnimit ne menaxhim shendetesor. Ministria e Shendetesise eshte institucioni me i interesuar per te patur sa me teper njerez te formuar, me qellim qe te rrisë dhe te permiresoje kapacitetet menaxheriale te sherbimeve shendetesore spitalore apo paresore. Por ne baze te legjislacionit shqiptar, vetem Ministria e Aresimit dhe e Skences dhe universitetet kane te drejte te organizojne formime pas-universitare apo trajnime afat-gjata ne fusha te ndryshme, perfshire edhe fushen e menaxhimit shendetesor. Mungesa e nje institucioni apo shkolle te mirefillte formimi ne fushen e menaxhimit shendetesor e veshtireson se tepermi ngritjen dhe vijueshmerine e programeve trajnuese ne fushen e drejtimit dhe te menaxhimit shendetesor.

Krahas rritjes se kapaciteteve per formimin afatgjate post-universitar ne menaxhim shendetesor, nje nga perparimet e sektorit shendetesor eshte edhe ndertimi i kurseve afatshkurtera formuese ne parimet dhe praktikat e menaxhimit modern te organizatave dhe sherbimeve shendetesore. Organizimi i ketyre kurseve, megjithese te pakot ne numer, ka sjelle nje impakt pozitiv ne njohjen me parimet baze te menaxhimit me drejtues te shendetesise. Keto kurse duhet te ofrohen ne menyre te vazhduar me qellim qe te mbulohen sa me teper nevojat e vendit. Qendra e edukimit te vazhdueshem te burimeve njerezore duhet te jape nje kontribut te rendesishem ne kete drejtim.

Krijimi i sherbimeve shendetesore autonome do ta shtonte se tepermi nevojën per te patur sa me teper menaxhere profesioniste apo personel me trajnimin e domosdoshem per realizimin sa me profesional te funksioneve administrative dhe menaxheriale pasi autonomia ne thelb ka rritjen e kontrollit mbi fondet e burimet njerezore.

5.1.2 Problemet

- Shqiperia zoteron kapacitete te dobëta e te pakta ne fushen e menaxhimit shendetesor,
- Struktura organizative deficiente e te njeanshme te institucioneve shendetesore,
- Decentralizim i mangët brendainstitucional,
- Angazhim i klincistëve (pa trainimin e duhur menaxherial) ne rolin e menaxhereve te institucioneve,
- Mungojne modele te menaxhimit modern te institucioneve shendetesore,
- Sistemet e informacionit klinik e financiar jane pak te zhvilluara,
- Mungesa e institucionalizimit "te prodhimit" te menaxhereve ne vend,
- Mungesa e kurseve afatshkurtera te menaxhimit,

5.1.3 Objektivi

Do te fuqizohen kapacitetet menaxheriale ne te gjitha nivelet e sistemit shendetesor, me qellim qe te zevendesohen praktikat e vjeteruara me praktika, standarde dhe modele sa me profesionale dhe bashkekohore.

5.1.4 Strategjite

- a. Do të krijohet profesioni i menaxherit të shëndetësisë nëpërmjet këtyre rrugëve :
1. Stimulimi dhe thithja e profesionistëve të formuar jashtë vendit në pozicione drejtuese e që aktualisht punojnë jashtë sistemit shëndetësor shtetëror
 2. Shtimi i numrit të kadrovë të formuar jashtë me kontrata detyruese për të kthyer e shërbyer në vend.
 3. Përgatitja e menaxhereve nga Shkolla e Shëndetit Publik dhe e Menaxhimit Shëndetësor, që do të krijohet në vend.
- b. Do të forcohen kapacitetet menaxheriale të mjekëve të kujdesit shëndetësor paësor. Profesionistët e kujdesit paësor duhet të mesojnë nocionet baze të menaxhimit të njerezve, financave dhe të shërbimeve. Për këtë qëllim do të ndërtohen dhe do të institucionalizohen kurse trajnimi me teknikat e mikro-menaxhimit të shërbimeve të kujdesit paësor, për t'iu përgjigjur nevojave konkrete të këtyre shërbimeve në Shqipëri. Kurset e trajnimit do të vihen në jetë, së pari në rajonin e Tiranës, ku projekti i Bankës Botërore po jep ndihmë në këtë drejtim. Më pas, do të institucionalizohet me qëllim që të ofrohet në vazhdimësi në të gjithë territorin e vendit.
- c. Do të forcohen kapacitetet menaxheriale të drejtuesve të shëndetësisë në nivele të ndryshme si psh. Autoritetet shëndetësore rajonale, drejtuesit në nivel rrethi apo qarku, institucionet shëndetësore kombëtare etj.
- d. Do të forcohen kapacitetet menaxhuese spitalore përmes këtyre masave:
- i. Përpunimi i një modeli të ri të « spitalit autonom » brenda vitit 2005. Ky model do të përpunohet dhe do të zbatohet fillimisht në spitalin rajonal të Durrësit, duke çuar me tej inisiativën e filluar. Do të përpunohen edhe mekanizmat e autonomisë spitalore për t'u zbatuar në Qendren Spitalore Universitare të Tiranës.
 2. Përpunimi i një « modeli të ri të menaxhimit spitalor », të përshtatur për kushtet e spitaleve të Shqipërisë. Ky model do të përfshijë:
 - Struktura organizative të ekuilibruar me 2 pole, mjekësor dhe menaxherial. Drejtori mjekësor me stafin e tij do të zgjidhë problemet teknike ndërsa Menaxheri me stafin e tij do të menaxhojë burimet financiare.
 - Decentralizim funksional brendaspitalor, ku çdo shërbim të ketë autonomi në menaxhimin e të gjitha burimeve (edhe financiare).
 - Ngritja e sistemeve bashkëkohore të informacionit klinik e financiar si kërkesa të domosdoshme për një menaxhim efektiv.
 - Vendimmarrje kolektive duke i bërë funksionale e të përgjegjshëm borde drejtuese të spitaleve.
- e. Do të ngrihet Shkolla e Shëndetit Publik dhe e Menaxhimit Shëndetësor, e cila do të bëjë të mundur edukimin në vazhdimësi të kadrovë të reja në fushat e menaxhimit të shërbimeve shëndetësore.

6.1 SHENDETIT PUBLIK

6.1.1 Situata

Sherbimi i Shendetit Publik eshte sherbimi shendetesor me i konsoliduar ne vend. Harmonizimi i drejte i nderhyrjeve vertikale me programe kombetare si ai i imunizimit, i shendetit riprodhues, surveillances epidemiologjike etj. me rrjetin higjieno – sanitar e epidemiologjik lokal ka sjelle rezultate te kenaqshme ne mbrojtjen e shendetit te popullates. Ketu ka ndikuar jo vetem ruajtja e sistemit te trashегuar por edhe asistenca e fuqishme teknike e OBSH dhe shume organizmave e institucioneve respektive te shteteve te zhvilluara sidomos gjate e pas ngjarjeve te Kosoves te vitit 1999. Praktikisht vleresohet qe Shqiperia te kete nje nga sistemet e surveillances epidemiologjike me te mire ne Ballkan. Situata e shendetit publik ne Shqiperi po ndjek ne menyre te pashmangshme kurben e tranzicionit epidemiologjik. Ne kete kuader po vihet re nje rritje e theksuar e risqeve te lidhura me menyren e re te jeteses, c'ka sjell nje dominim te semundshmerise dhe vdekshmerise se lidhur me semundjet kronike jo-infektive, si semundjet kardio-vaskulare dhe kanceri. Gjithashtu, aksidentet automobilistike dhe traumat po behen dalengadale nje nga shkaqet kryesore te vdekjeve tek shqiptaret. Edhe vdekjet dhe lendimet nga aktet e dhunshme ne shoqeri dhe brenda familjes kane nje efekt negativ mbi statusin shendetesor te popullsisе shqiptare. Se fundi, semundjet ngjitese vazhdojne te mbeten ende nje shqetesim serioz per shkak te infrastruktures se varfer higjieno-shendetesore (uji i pijshem, mbeturinat, pakesimi i siperfaqeve te gjelberta etj.).

6.1.2 Problemet

Ne menyre te permbledhur sfidat e shendetit publik shqiptar sot jane:

- Semundjet kardiovaskulare te zemres dhe kanceret
- Aksidentet e trafikut ne rritje te shpejte
- Dhuna ne shoqeri e brenda familjes
- Shendetit Mendor – vetevrasjet, perdorimi i drogave dhe alkoolit
- Semundjet ngjitese perfshi HIV/AIDS, semundjet seksualisht te transmentueshme, semundjet diarreike etj.

6.1.3 Objektiv

Te ruajme e te permiresojme shendetin publik te popullates nepermjet zbatimit te masave me efekt te pergjithshem.

6.1.4 Strategjite

- a. Do te zhvillojme fushata “agresive” te promocionit shendetesor te fokusuara vecanerisht ne permiresimin e stilit te jetes, parandalimit te aksidenteve automobilistike e akteve te dhunes, drogave, alkoolit etj.
- b. Do te fuqizojme kapacitetet kombetare ne fushen e promocionit shendetesor te cilat jane ende te dobeta. Kontributi i Shkolles se Shendetit Publik dhe Menaxhimit Shendetesor me kurrikulat perkatese ne kete fushe do te jete i rendesishem ne kete drejtim.
- c. Nga pikepamja organizative, pergjegjesia e funksioneve te shendetit publik do te mbahet ne nivel qendror/rajonal te cilat sigurojne implementimin e programeve kombetare te shendetit. Organet e zgjedhura lokale i sherbejne shendetit te komunitetit qe qeverisin, duke zgjidhur problemet e:
 1. sigurimit te ujit te pijshem e higjienikisht te paster
 2. largimit dhe perpunimit te mbeturinave te ngurta,
 3. evakuimit dhe trajtimit te ujrave te zeza dhe te bardha,
 4. ndotjes se mjediseve urbane dhe rurale
 5. krijimit te siperfaqeve te gjelberta
 6. si edhe duke ndikuar ne problemet sociomjekesore si duhanpirja, alkolizmi, perdorimi i drogave etj.

6.2 KUJDESI SHENDETESOR PARESOR

6.2.1 Situata

Sherbimet e Kujdesit Shendetesor Paresor, duke qene pika e pare e kontaktit te pacientit me sherbimin shendetesor, jane baza mbi te cilat mbeshtetet sistemi shendetesor. Ne vendet e zhvilluara te botes ku ky model funksionon mire, keto sherbime zgjidhin deri ne 90% te problemeve shendetesore te popullates. Kujdesi paresor ne Shqiperi ofrohet permes nje rrjeti ekstensiv te perbere nga qendra shendetesore urbane dhe rurale si edhe nga ambulanca fshatrash. Ky rrjet ofron sherbimet e kujdesit mjekesor baze si edhe nje pakete programesh parandaluese, vecanerisht ato te imunizimit dhe te shendetit riprodhues. Sherbimet e kujdesit paresor sigurohen nga rreth 1500 mjeke te familjes dhe pediater si edhe nga nje numer me i madh infermjeresh dhe mamish. Numuri i mjekeve te familjes per 1000 banore ne vendin tone (1.3) eshte mjaft me i ulet jo vetem ne krahasim me vendet e Komunitetit European (3.9) por edhe me vendet ish – socialiste (2.5).

Ministria e Shendetesise e ka konsideruar me perparesi sektorin e sherbimeve te kujdesit paresor dhe reforma e derimesotme shendetesore ka synuar mbrojtjen dhe fuqizimin e ketyre sherbimeve. Keshtu, perfshirja e mjekeve te pergjithshem, qe ofrojne sherbime ne kete nivel, ne skemen e sigurimeve te

kujdesit shendetesor synonte pikerisht krijimin e stimujve per te permiresuar aksesibilitetin si edhe per te rritur cilesine e ketyre sherbimeve. Nga ana tjeter, investimet e Qeverise se Shqiperise nga buxheti i shtetit si edhe nga fondet e donatoreve te rendesishem ne infrastrukturen e ketyre sherbimeve kane qene te rendesishme dhe kane sjelle padyshim impaktin e vet ne kujdesin shendetesor paresor. Sherbimi shendetesor paresor, megjithe veshtiresite, ka treguar dinamizem ne zbatimin e programeve shendetesore egzistuese, si psh programin e imunizimit, apo edhe ne futjen e programeve te reja si psh programin e planifikimit familjar apo programin pilot te shendetit mendor.

Pavaresisht nga rritja e ndjeshme e te ardhurave te mjekeve te pergjithshem, nuk eshte zgjidhur ceshtja e aksesit gjeografik per sherbimet mjekesore baze. Vazhdon te kete zona dhe fshatra, vecanerisht ne veri dhe veri-lindje te vendit, te cilat nuk e kane te siguar sherbimin e nevojshem mjekesor. Jemi te vetedijshme se rritja e te ardhurave te mjekeve nuk eshte faktori i vetem, qe do te mund te zgjidhte problemin e mbulimit me personel mjekesor te zonave te thella rurale.

Nga informacionet qe ka Ministria e Shendetesise si edhe nga anketat e realizuara ne zona te ndryshme te vendit, rezulton se nje pjese e popullise, nuk eshte e kenaqur me cilesine e sherbimeve mjekesore qe ofrohen ne kete nivel, vecanerisht komunitetet e zonave rurale. Kjo lidhet me mungesat ne pajisjet dhe materialet mjekesore diagnostike dhe kurative, me mungesen e sherbimit 24-oresh te urgjences, si edhe me pagesat qe nje pjese e njerezve jane te shtrenguar te kryejne ne menyre informale. Gjithashtu, megjithe investimet e kryera ne infrastrukturen e qendrave shendetesore, perseri funksionimi i tyre mbetet problematik per shkak te mungesave ne furnizimin me uje dhe energji elektrike, sistemet e mangeta te kanalizimeve apo demtimet e aparaturave te pakta mjekesore.

Tradicionalisht ne Shqiperi sherbimi shendetesor eshte dominuar nga sherbimi spitalor. Eshte i njohur fakti se perdoruesit e sherbimeve preferojne shpesh qe te drejtohen tek specialisti, pa kaluar permes mjekeve te pergjithshem e te familjes. Edhe pagesat e futura per te dekurajuar kete kapercim duket se nuk kane dhene rezultatin e pritur. Kjo sjell nje shfrytezim te pamjaftueshem te sherbimeve te kujdesit mjekesor baze dhe nje mbingarkim te sherbimeve dytesore ambulatorore dhe spitalore, te cilat jane me te kushtueshme.

Produktiviteti i ulet i personelit te kujdesit mjekesor paresor lidhet jo vetem me kerkesen e ulet per keto sherbime nga ana e popullise, por edhe me nje seri faktoresh te tjere si financimin e pamjaftueshem dhe te fragmentuar; mungesen e autonomise menaxheriale nga ana e personelit te qendrave shendetesore; personelin e patrajtuar ne menyre te vazhdueshme dhe te pamotivuar etj.

6.2.2 Problemet

Çeshtjet kryesore ne fushen e kujdesit shendetesor paresor mund te permbliidhen si me poshte:

- Aksesit i popullise per sherbimet e kujdesit shendetesor paresor eshte i kufizuar ne zona gjeografike te caktuar te vendit dhe vecanerisht ne zona te thella rurale. Mungesa e personelit ne keto zona dhe transporti i veshtire drejt qendrave ku ofrohet sherbim mjekesor perbejne ceshtje te rendesishme te cilat kerkojne vemendje te vecante.
- Mitmarrja (pagesat informale) eshte nje fenomen i perhapur e shqetesues i cili pengon aksesin e popullates (sidomos shtresat ne nevoje) per sherbim shendetesor.
- Mungesa e autonomise se sherbimit te kujdesit paresor. Autonomia e shoqeruar me nje financim me te mire te ketij sherbimi do te permiresoje ndjeshem menaxhimin e sherbimit shendetesor paresor dhe do te ndikojte ne ndryshimin e perceptimit te popullates per kete sherbim. Me qellim qe efekti mbi keto perceptime te perforcohet, Ministria e Shendetesise do te organizoje ne vazhdimesi informimin dhe edukimin e popullise per reformen e kujdesit shendetesor paresor si edhe rendesine dhe mundesite qe ofron ky sherbim.

- Cilesia e dobet te sherbimeve shendetesore paresore, ç'ka ndikon edhe ne perdorimin e paket te tyre. Permiresimi i arsyeshem i cilesise se sherbimeve te kujdesit paresor perben nje perparesi te rendesishme dhe nje nga drejtimet kryesore te strategjise se zhvillimit te sektorit shendetesor. Masat qe synojne ngritjen e cilesise se sherbimit do te perfshijne edhe permiresimin e infrastruktures dhe te funksionimit normal te tij (furnizim me uje dhe energji elektrike, sisteme te pershtatshme te evakuimit te ujrave te bardha dhe te zeza, sisteme efikase te eliminimit te mbeturinave etj.). Ne kete drejtim, angazhimi i pushtetit lokal dhe e komuniteteve perben nje domosdoshmeri.
- Mungesa e mekanizmeve te shperblimit me motivues e me te matshem nga pikepamja sasiore e cilesore. Financimi i sherbimit te kujdesit shendetesor paresor me ane te skemes se sigurimit shendetesor eshte nje arritje e madhe. Ministria e Shendetesise e Instituti i Sigurimit te Kujdesit Shendetesor duhet te perpunojne skema te tilla shperblimi te cilat te stimulojne permiresimin e aksesit dhe te cilesise se sherbimit shendetesor qe i ofrohet popullates.
- Trajnimi i pamjaftueshem dhe jo rralle here i pastandardizuar i personelit mjekesor (kjo e fundit vlen per infermjeret dhe mamite) ndikon ndjeshem ne cilesine e sherbimeve dhe rezultatet e trajtimit.
- Mungesa e nje sistemi kreditimi te mjekeve e te personelit tjeter shendetesor te lidhur ngushte me procesin e edukimit te vazhdueshem dhe licensimin profesional pengon procesin e freskimit te njohurive duke ulur ndjeshem nivelin e tyre profesional e cilesine e sherbimit shendetesor.

6.2.3 Objektivi

Do te forcohet sherbimi i kujdesit shendetesor paresor per te realizuar potencialin e tij ne funksion te permiresimit te aksesit e cilesise se sherbimit ndaj popullates e menaxhimit me efektiv te burimeve te disponueshme.

6.2.4 Strategjite

- Do te permiresohet aksesi i popullates per sherbimet e kujdesit paresor shendetesor nepermjet:
- futjes se mekanizmeve te reja me stimuluese te shperblimit te diferencuar sipas sasise dhe cilesise se sherbimit
- pranise permanente te personelit te mesem te kualifikuar, qe do te siguroje sherbimet shendetesore baze;
- sigurimit te transportit ne rastet e urgjencave mjekesore nga zonat e thella rurale;
- disponibilitetin 24 oresh te mjekeve te familjes, te parashikuar ne kontratat e tyre me sigurimet shendetesore;
- afrimit prane komuniteteve te sherbimeve qe nuk kane egzistuar tradicionalisht ne nivelin e kujdesit paresor dhe per te cilat popullsia eshte teper e interesuar, si psh. sherbimet diagnostike laboratorike ne qendrat e medha shendetesore;
- Do te permiresohet ndjeshem cilesia e sherbimit nepermjet;
- Institucionalizimit te trainimit te vazhdueshem te profesionisteve te kujdesit shendetesor paresor. Qendra Kombetare e Trainimit te Vazhdueshem Shendetesor e cila do te planifikoje e realizoje forcimin e kapaciteteve profesionale te te gjithe profesionisteve te shendetesise.
- Vendosjes se sistemit te kreditimit te detyrueshem. Brenda vitit 2005 do te vendoset nje sistem akreditimi i detyrueshem profesional per te gjithe profesionistet.
- Permiresimit te ndjeshem te infrastruktures se sherbimit shendetesor paresor duke aplikuar menaxhimin autonom te tyre si edhe duke bere koordinimin me me efektivitet me pushtetin vendor.
- Do te permiresohet financimi i sherbimit te kujdesit shendetesor paresor nepermjet:

- Shtimit te financimit nga buxheti eshte percaktuar si prioritet ne SKZHES.
- Zgjerimit te bazes dhe shtimit te kontributeve te skemes se sigurimit te kujdesit shendetesor.
- Futjes se bashkepageses per sherbime te vecanta e te studiuara mire.
- Do te fuqizohet e persoset menaxhimi i sistemit shendetesor pasesor nepermjet zgjerimit dhe forcimit te autonomise se sherbimit pasesor duke synuar drejt skemes “financim publik e sherbim autonom (privat)”. Ne kete skeme sherbimet e kujdesit pasesor do te ofrohen nga dy entitete autonome; grupi i praktikës shendetesore autonome dhe mjeku i familjes. Te dyja keto forma te organizimit te sherbimeve do t’i nenshtrohen te njejtave standarde te praktikës klinike dhe te cilesise. Brenda vitit 2004 do te perpilohet dhe diskutohet paketa e sherbimeve shendetesore, qe do te financohet nga fondi i sigurimeve shendetesore. Paketa e sherbimeve do te rishikohet dhe do te pershtatet ne vazhdimesi nga autoritetet shendetesore rajonale. Ministria e Shendetesise do te hartojte paketen fillestare te sherbimeve, deri ne momentin e krijimit te autoriteteve shendetesore rajonale. Pagesa do te jete e kombinuar, per fryme (per capita) dhe per sherbim (fee for service) me numer limit (tavan) sherbimesh.

Avantazhet e kesaj skeme jane:

- Perdorim me efektiv fondesh
- Rrit konkurrencen
- Sjell produktivitet me te larte
- Permireson aksesin e cilesine e sherbimit
- Permireson informacionin shendetesor (behet i domosdoshem pasi perdoret per efekt pagese).

Dizavantazhi i vetem eshte se kerkon kapacitete te larta monitorimi e kontrolli e sisteme informacioni te besueshme nga ISKSH dhe Autoritetet Shendetesore Rajonale. Ky model ne thelb zbaton rregullat e ekonomise se tregut prandaj do te fillohet ne qytetet e medha ku edhe kushtet e realizimit jane me te mira.

- Do te hartohen dhe do te botohen brenda vitit 2005 udhezuesit e praktikës klinike nga Urdheri i Mjekeve, ne bashkepunim me Shoqaten e Mjekeve te Familjes. Keto udhezues do te perفشijne edhe protokolle standarde te mjekimit, te cilat do te ndikojne ne permiresimin e cilesise se trajtimit te te semureve si edhe ne mbajtjen ne kontroll te kostove te ketij trajtimi.
- Do te ruhen, shtrihen dhe fuqizohen programet e shendetit publik si psh. programi i zgjeruar i imunizimit, programi i shendetit riprodhues (planifikim familjar, memesi e sigurte, kujdesi i foshnjeve te posalindura), programet e luftes kunder infeksioneve respiratore akute dhe semundjeve diarrheike, programi i luftes kunder tuberkulozit e i shendetit mendor. Keto programe do te jene te integruara me sherbimet mjekesore baze dhe do te ofrohen permes ekipeve te mjekeve dhe infermjereve qe do te operojne ne menyre autonome.

6.3 SHERBIMET E KUJDESIT SHENDETESOR SPITALOR

6.3.1 Situata

Sherbimet mjekesore dytesore ofrohen nga 50 spitale si edhe nje rrjet poliklinikash te specializuara, publike dhe private, te cilat gjenden kryesisht ne zonat urbane. Numri i shtreterve ne raport me popullsi ishte 3,1/1000 banore, qe perben nje nga shifrat me te uleta te rajonit europian. Shfrytezimi i shtreterve spitalore ne nivel kombetar ishte 50,5% (2002). Ky tregues eshte teper larg mesatares se vendeve te Europes Qendrore dhe Lindore, (72,8%) dhe mesatares se vendeve te Europes Perendimore, (77%) ne vitin 2000 . Keto shifra tregojne se spitalet e Shqiperise kane nje shkalle te ndjeshme nen-shfrytezimi. Nderkohe, dite-qendrimi mesatar ne spitalet e vendit tone paraqet nje mesatare prej 6,7 ditesh, e cila gjithashtu eshte me e ulet se mesatarja e Europes Perendimore (8.2) dhe ajo e vendeve te Europes

Qendrore-Lindore (8.3) shifera keto te vitit 1998.

Sherbimet e specializuara ambulatorie dhe spitalore ndeshin ne shume pengesa lidhur me dhenien e sherbimeve cilesore ndaj pacienteve dhe konsumatoreve. Sherbimi spitalor ka trasheguar nje infrastrukture teper te dobet. Gjithashtu, edhe gama e sherbimeve te ofruara nuk ka perfshire te gjitha sherbimet e specializuara diagnostike dhe kurative, duke bere qe pacientet shqiptaret te drejtohen historikisht jashte vendit te tyre. Gjate viteve te fundit, Ministria e Shendetesise ka bere investime te rendesishme ne sektorin spitalor, si ne permiresimin e infrastruktures se tij, ashtu edhe ne permiresimin e teknologjive. Megjithate infrastruktura spitalore eshte ende nen standartet e deshiruara. Nje rol negativ ne kete drejtim luan edhe mjedisi ne te cilin ndodhen spitalet dhe qe nuk kontrollohet drejtperdrejt nga sektori i shendetesise. Keshtu, furnizimi me nderprerje i energjise elektrike dhe ujit te pijshem ka padyshim nje impakt serioz ne punen e sherbimeve spitalore.

Sektori spitalor publik akoma nuk u ofron pacienteve dhe konsumatoreve te gjithe gamen e sherbimeve diagnostike dhe kurative. Nga ana tjeter, ende nuk eshte zhvilluar nje sistem spitalor privat, i cili do te ofronte nje alternative sherbimesh diagnostike dhe kurative brenda vendit, kundrejt pagesave te drejtperdrejta nga pacienti. Vetem ne kryeqytet dhe ne ndonje qender tjeter te madhe urbane jane hapur dhe po funksionojne sherbime te specializuara ambulatorie private, me ose pa qellim fitimi, te cilat kane kushte teper te mira infrastrukture dhe jane te pajisura me teknologji te nivelit te larte. Meqenese shumica e sherbimeve private ofrohen kundrejt pagesave nga pacienti, atehera ato mund te perballohen vetem nga nje pjese e popullsisë. Ne kete drejtim ndikon edhe mungesa e mbulimit te koston se ketyre sherbimeve nga skema e sigurimeve shendetesore. Meqenese spitalet shteterore dhe klinikat ambulatorie private nuk arrijne te plotesojne te gjitha nevojat e pacienteve, keta te fundit detyrohen t'i kerkojne dhe t'i marrin keto sherbime ne vendet fqinje si Turqia, Italia dhe Greqia, me nje kosto te larte per familjet e tyre. Per pasoje kemi edhe rrjedhje jashte vendit te burimeve te pakta financiare te popullsisë.

Financimi i spitaleve behet nga buxheti i shtetit me linje buxheti historike, menyre kjo qe nuk stimulon perdorimin efcient te burimeve. Perpjekjet per te bere financim sipas nevojave reale kane hasur veshtiresi per mungese te kapaciteteve teknike. Gjate vitit 2003 per spitalet eshte shpenzuar 65% e buxhetit total te shendetesise. Perpjekjet per financimin e sherbimit nga skema e sigurimit shendetesor jane ende ne fillosat e saj. Financimi eshte i pamjaftueshem dhe per rrjedhoje, spitalet nuk jane ne gjendje t'u ofrojne te semureve sherbime te pershtatshme, ne perputhje me kerkesat dhe standartet e kohes.

Pagesat nen-dore perbejne nje shqetesim serioz per Ministrine e Shendetesise. Kjo dukuri lidhet me te ardhurat e pamjaftueshme te mjekeve dhe te personelit tjeter te sherbimeve mjekesore si edhe me nje mentalitet te perhapur se fundi ku cdo sherbim konsiderohet si mall, per te cilen je i shtrenguar te paguash, nese deshiron te perfitosh cilesine e deshiruar. Aresyet per keto pagesa jane kerkesat apo sugjerimet indirekte nga ana e mjekeve, deshira e vete pacienteve apo edhe frika e ketyre te fundit se mos sherbimet e ofruara nuk do te ishin te nivelit te deshiruar.

Megjithe perpjekjet e bera kohet e fundit, menaxhimi i dobet mbetet ceshtja me e mprehte qe ndikon ne performancen dhe cilesine e sherbimeve ne spitalet tona. Ende vazhdon mentalitetit tradicional i menaxhimit te spitaleve nga klinciste te njohur te cileve u mungon edukimi baze menaxherial. Kjo manifestohet qarte edhe ne strukturat organizative te spitaleve te cilat jane te njeanshme e te mangeta (me polin teknik te zhvilluar e ate menaxherial te manget). Nga ana tjeter, keta specialiste konsumojne nje pjese te madhe te kohes ne punen klinike me te semuret keshtu qe praktikisht jane menaxhere "part-time" te ketyre institucioneve me kaq probleme. Klincistet ne thelb interesohen per trajtimin sa me cilesor te pacientit e kjo jo rralle bie ndesh me frymen e nje menaxhimi te rrepte te burimeve financiare pasi del edhe mbi standartet e percaktuara. Edhe decentralizimi i manget brenda institucional ndikon negativisht ne mbarevajtjen e institucionit. Mungojne modele te menaxhimit modern te spitaleve. Sistemet e informacionit klinik e financiar qe jane baza e ketyre modeleve, jane me teknologji e metodika te vjeteruara e me staf pak te trainuar. Burimet financiare te pakta, te kombinuara me efekte te menaxhimit jo profesional te spitaleve ndikojne se tepermi mbi produktivitetin dhe cilesine e sherbimeve. Sidoqofte, mungojne te dhena te sakta mbi keto te fundit, meqenese ende nuk eshte ngritur nje sistem monitorimi, i cili do te vezhgonte dhe do te maste performancen spitalore.

Cilesia e sherbimeve spitalore ndikohet se tepermi edhe nga personeli i spitaleve. Megjithe perpjekjet e bera

dhe punen e vazhdueshme për t'i ofruar kujdes të mirë pacientëve dhe konsumatorëve, personeli spitalor nuk është i motivuar. Kjo lidhet me të ardhurat e pamjaftueshme, mungesën e formimit profesional të vazhduar, mjedisin e punës me mungesa si edhe menaxhimin e papershtatshme të burimeve njerezore.

Sherbimi spitalor ka mungesa të rëndësishme në teknologjitë e reja diagnostike dhe kurative. Kjo vjen si pasojë e burimeve financiare të pamjaftueshme për të realizuar investime të rëndësishme në teknologjitë e mjekësore. Edhe në rastet kur investimet arrijnë të realizohen, ndeshen vështirësi të tjera që lidhen me buxhetet e kufizuara operative, të cilat nuk lejojnë funksionimin optimal të këtyre teknologjive. Një ndikim negativ në këtë drejtim luan edhe mungesa e standarteve kombëtare të teknologjive spitalore, egzistenca e të cilave do të çonte në një shpërndarje më racionale të këtyre teknologjive, duke disiplinuar edhe donacionet e huaja, nganjëherë irracionale.

Forcimi i kapaciteteve të mirembajtjes së pajisjeve spitalore mbetet një aspekt i rëndësishëm i nderhyrjeve në sektorin spitalor. Megjithatë investimet e rëndësishme që janë realizuar në të shkuarë, sektori bio-inxhinierik akoma nuk ka arritur t'i përgjigjet të gjitha kërkesave dhe nevojave të shërbimeve spitalore. Ky sektor vuan nga mungesa e personelit, demotivimi i tij për shkak të të ardhurave të pakenaqshme, trajnimit të pamjaftueshme të këtij personeli dhe aparaturat e pakta në oficinat e mirembajtjes. Ministria e Shëndetësisë ka synuar vazhdimisht që të konceptojë dhe të ndërtojë në praktikë një sistem të organizuar bio-inxhinierik në nivel kombëtar, duke futur edhe shumë elemente të tregut në funksionimin e tij, ç'ka do të nxiste cilësinë dhe vazhdimësinë në funksionimin e tij.

Aktualisht, nuk egzistojnë protokolle të sakta për trajtimin e të sëmurëve. Shoqatat profesionale të mjekëve si edhe vete Urdhëri i Mjekëve nuk kanë arritur të formulojnë protokolle mjekimi, për të cilat do të kishte një konsensus të plotë nga ana e mjekëve. Egzistenca e këtyre protokolleve do të kishte një efekt pozitiv në trajtimin e të sëmurëve, në përcaktimin e saktë të kostos së trajtimit të patologjive të ndryshme si edhe në planifikimin më racional të nevojave për barna në spitalet e vendit dhe rrjedhimisht, edhe në një disponibilitet më të madh të barnave nëpër spitalet.

6.3.2 Problemet

- Numer i vogël, shpërndarje e pabarabartë dhe shfrytëzim i ulët i shtreterve spitalore.
- Infrastruktura spitalore ende e dobët.
- Financim i pamjaftueshëm, skemat e sigurimit shëndetësor ende të pa përfshira në financimin e shërbimit.
- Pagesat nën-dorë shqetësim serioz që demtojnë aksesin e popullatës.
- Mungesa e autonomisë së spitaleve.
- Menaxhim joprofesional, me struktura organizative të njëanshme, mungojnë modelet e menaxhimit e sistemet e informacionit modern.
- Teknologji e pastandartizuar, politikat e mirembajtjes jo efektive.
- Mungesa e sistemeve të akreditimit të spitaleve
- Rrjedhje e fondeve drejt shërbimeve spitalore të vendeve fqinje.
- Motivimi i pamjaftueshëm i personelit.

6.3.3 Objektivi

Të arrijmë një akses të mirë, cilësi të kënaqshme dhe menaxhim kosto – efektiv të shërbimit spitalor.

6.3.4 Strategjite

- 1) Do të hartohet brenda vitit 2004 plani kombëtar i shërbimit spitalor në Shqipëri, ku do të përcaktohet qarta shpërndarja e shërbimeve spitalore dhe niveli i spitaleve sipas zonave të ndryshme gjeografike (spitalet e rrethit, të rajoneve dhe shërbimet universitare) të sanksionuar edhe në ligjin e spitaleve.

- 2) Do te rikonfigurohen shërbimet spitalore ne Tirane. Do te planifikohet dhe do te filloje brenda vitit 2005 ngritja e nje spitali rajonal per Tiranen, me qellim qe te lehtesohen shërbimet terciare te QSUT-se. Ngritja e spitalit rajonal te Tiranës do te shoqerohet me nje reduktim gradual te numrit te shtreterve ne QSUT, ne menyre qe te lehtesohet menaxhimi i kesaj strukture dhe te shfrytezohet vetem per nderhyrje terciare..
- 3) Do te permiresohet menaxhimi i spitaleve. Per kete do te krijohen gradualisht spitale autonome, te drejtuara nga borde spitalore me perberje te gjere nga te gjithë aktoret e interesuar (perfshire edhe perfaqesues te interesave te pacienteve) dhe te administruara nga menaxhere profesioniste. Per kete
 - a. Do te krijohen modele moderne te menaxhimit eficient,
 - b. Do te permiresohen strukturat organizative te spitaleve duke i bere ato dypolare; poli mjekesor dhe ai menaxherial,
 - c. Do te fuqizohen e modernizohen sistemet e informacionit spitalor,
 - d. Do te krijohen mekanizma per nje decentralizim me funksional brendaspitalor,

Autonomia menaxheriale e spitaleve do te kerkoje domosdoshmerisht fuqizimin e procedurave te transparences dhe te dhenies se llogarise. Perpunimi i mekanizmave te kesaj forme te re te organizimit dhe menaxhimit do te kerkoje mbeshtetje te rendesishme teknike dhe shkembim pervoje me spitale te vendeve me te zhvilluara, qe kane kaluar permes proceseve te ngjashme.

- 4) Do te krijohet sistemi kombetar i akreditimit spitalor si nje mekanizem eficient ne monitorimin periodik te kapaciteteve teknike e njerezore per te realizuar funksionin e tyre sipas standarteve.
- 5) Do te perpunohet mekanizmi i ri i financimit te shërbimeve spitalore nga skema e sigurimeve shëndetësore brenda vitit 2007 me qellim qe te synohet permiresimi i performances se spitaleve dhe shfrytezimi optimal i burimeve egzistuese (shih financimin e shërbimeve). Ne kete menyre, financimi i spitaleve do te behet nepermjet:
 - a. fondeve te Ministrise se Shëndetësisë per investime kapitale ne infrastrukture dhe pajisje,
 - b. skemes se sigurimeve shëndetësore si burimi kryesor i financimit te shërbimit,
 - c. bashkepagesa (te studiuara me shume kujdes), te cilat do te kontribuojne ne mosabuzimin me burimet,
 - d. pagesave te drejtperdrejta nga xhepi te pacienteve per shërbime te vecanta (kozmetike etj.).
- 6) Do te nxitet dhe do te mbeshtetet procesi i shtrirjes te praktikës se ligjshme private ne dhenien e shërbimeve spitalore. Kjo do te zgjeroje gamen e shërbimeve cilesore te ofruara ne Shqiperi dhe do te pakesoje kerkimin e shërbimeve te specializuara shëndetësore jashte vendit. Njekohesisht, krijimi i nje sektori te konsoliduar privat, do te krijonte kushte te pershtatshme per ngritjen e sigurimeve shëndetësore private.
- 7) Do te hartohen dhe do te filloje aplikimi i protokolleve standarte te trajtimit dhe i udhezuesve te praktikës klinike. Kjo do te realizohet nga vete mjeket specialiste, te koordinuar nga Urdheri i Mjeksve dhe me perfshirjen e shoqatave te tyre profesionale. Njekohesisht, Qendra Kombetare per Formimin e Vazhduar Profesional do te beje te mundur rifreskimin e njohurive dhe futjen e koncepteve bashkekohore ne praktiken klinike te shërbimeve tona dytesore, ambulatorë dhe spitalore. Protokollet standarte si edhe procesi i trajnimit te vazhduar jane kushte te domosdoshme per rritjen e profesionalizmit ne mjekesi si edhe per permiresimin e cilesise se shërbimeve spitalore.
- 8) Do te rriten te ardhurat e personelit te spitaleve permes ndertimit te marredhenieve kontraktuale midis administrates autonome spitalore dhe te punesuarve te ketyre institucioneve. Perfshirja e spitaleve ne skemen e sigurimeve shëndetësore dhe dhenia e autonomise menaxheriale do te beje te mundur nje permiresim te ndjeshem te pagesave te personelit, duke kerkuar prej tyre rritje te ndjeshme te produktivitetit ne pune. Kjo reforme mund te sjelle nevojën e shkurtimit dhe rishperndarjes se personelit te spitaleve.

9) Do te fuqizohen kapacitetet per standartizimin dhe mirembajtjen e aparaturave dhe pajisjeve spitalore. Do te hartohet nje plan per racionalizimin e aparaturave dhe pajisjeve mjekesore ne shkalle vendi. Ky proces do te shoqerohet edhe me perpilimin e standarteve dhe specifkimeve teknike te ketyre aparaturave. Racionalizimi dhe standartizimi do te realizohen ne bashkerendim te ngushte me procesin e planifikimit kombetar te sherbimeve spitalore dhe do te ndikojne ndjeshem ne shperndarjen kosto-efektive te aparaturave, ne varesi te tipit te spitaleve (rrethi, rajoni apo universitar), si edhe ne perputhje me sherbimet qe do te ofrohen ne keto spitale. Standartizimi duhet te perfshije edhe nje harmonizim sa me te madh me Direktivat e Aparaturave Mjekesore te Bashkimit Europian. Krahas me procesin e racionalizimit te pajisjeve, do te forcohen kapacitetet bio-mjekesore te mirembajtjes se aparaturave ne rang vendi. Ne kete kuader do te kete nje impakt te madh realizimi i projektit (me Seedish Health Care) per forcimin e kapaciteteve te standartizimit dhe mirembajtjes se aparaturave ne nivel kombetar e rajonal.

10) Do te hidhen hapat e para drejt ngritjes se nje « sistemi te sigurimit te cilesise se sherbimeve spitalore ». Kjo do te behet e mundur permes ndertimit te nje paneli treguesish te performances spitalore, te cilet do t'i lejojne menaxhereve te spitaleve te orientojne masat e tyre per forcimin e cilesise. Ndertimi i nje sistemi te tille do te realizohet me mbeshtetje teknike persa i perket konceptimit te tij si edhe permes investimeve per fuqizimin dhe shtrirjen e infrastruktures informatike ne sherbimet tona spitalore.

6.4 SHERBIMI STOMATOLOGJIK

6.4.1 Situata

Sherbimi stomatologjik eshte i organizuar ne sherbimin publik dhe privat. Raporti midis ketyre dy sherbimeve eshte afersisht 30% me 70% ne favor te sherbimit privat.

Sherbimi publik ka nisur te organizohet ne baze te nje reforme e cila mbeshtetet ne nje dokument politik, "Strategjia e Shendetit Oral per Shqiperine"(2000) qe konsiston ne organizimin e nje sherbimi me karakter profilaktiko- kurativ ne perputhje dhe me rekomandimet e OBSH. Kjo reforme ka cuar ne organizimin e ketij sherbimi ne qendra te parandalimit, te organizuara neper shkolla dhe ne punkte dentare te perqendruara ku dhe jane grumbulluar te gjitha mjeket stomatologe. Ne keto qendra ushtrojne aktivitetin publik edhe ndihmes mjeket stomatologe dhe mjeket e rinj te sapodiplomuar qe kryejne stazhin 2 vjecar.

Sherbimi privat ushtrohet ne klinikat private te perqendruara kryesisht ne Tirane (rreth 900 te tilla) dhe qytetet e tjera te medha. Niveli i organizimit dhe sherbimit te ketyre klinikave, duke vleresuar kushtet higjieno-sanitare, kushtet fiziko-ambientale, cilesine e aparaturave dhe materjaleve te perdorura, profesionalizmin e mjekeve stomatologe etj, variojne nga me te modernet dhe cilesoret, deri tek ato me nje sere mangesish dhe problemesh, duke j'u referuar te gjitha parametrate te licensimit. Gjithashtu nje problem jane cmimet e larta dhe te pastandardizuar te sherbimeve te ofruara, shpesh here te paperballueshme per popullaten.

6.4.2 Problemet

- Egzistenca e 30% te sherbimit shteteror (per femijet deri ne 18 vjec), krijon shteg per abuzime,
- Funkcionet parandaluese te nenvleftesuara e jo efektive,
- Shperndarje e pabarabarte e sherbimit duke krijuar veshtire aksesin ne zonat rurale,
- Mungesa e aparaturave apo aparatura qe nuk permbushin standartet per nje trajtim adekuat te femijeve,
- Gjendje e amortizuar e disa qendrave qe sherbejne si punkte dentare,
- Tregu i sherbimit eshte i pakontrolluar persa i perket cmimeve,
- Probleme higjieno – sanitare, gjendjen fizike dhe rregullat teknike te disa klinikave dentare private,
- Mungesa e skemave te sigurimit shendetesor ne sherbimin stomatologjik.

6.4.3 Zgjidhjet e propozuara:

- Permiresimi i ligjshmerise per te harmonizuar reformimin.
- Krijimi i hartes kombetare te sherbimit dentar brenda vitit 2004.
- Privatizimi i plote i sherbimit kurativ dentar dhe mbulimi i sherbimeve te moshes 0-18 vjec nga skema shteterore e sigurimeve shendetesore. Publike te mbetet vetem profilaksia (depistimi, edukimi e promocioni) e cila te realizohet me shume seriozitet.
- Te vendosen cmime tavan te percaktuara nga ekspertet dhe te ekspozuara dukshem ne klinikat dentare. Keto cmime jane domosdoshmeri per futjen e skemave te sigurimeve ne sherbimin dentar.
- Te percaktohen me ane te nje grupi ekspertesh, cmimet dysheme te sherbimeve dentare, te vlefshme per cdo klinike stomatologjike.
- Monitorim e kontroll i rrepte nga strukturat e inspektimit te aktivitetit me penalizime te ashpra per shkelesit e rregullave.
- Te inkurajohen skemat private te sigurimit shendetesor

6.5 SHERBIMI FARMACEUTIK

6.5.1 Situata

Ne fillim te viteve '90 sektori farmaceutik u ndodh ne kolaps te plote. Prodhimi e shperndarja u bllokuan dhe nevojat e vendit u mbuluan kryesisht me ndihmat humanitare. Gjendja e krijuar kerkonte nje reformim te sektorit per te realizuar kalimin e tij ne ekonomine e tregut si dhe zgjidhjen e problemeve jetike per pacientet.

Politika kombetare farmaceutike, pjese perberese dinamike e politikës shendetesore, gjate ketyre viteve ka synuar ne, sigurimin dhe perdorimin racional te nje numri te mjaftueshem barnash efektive, te sigurta e me cilesi te larte, dhe qe te jene te disponueshme e me çmim te arritshem per te gjithë popullaten.

Prioritet per zbatimin e kesaj politike u percaktua privatizimi i sektorit. Ne fillim liberalizimi e pastaj privatizimi i rrjetit te hapur te farmacive, sot i privatizuar 100%, privatizimi i fabrikuesve, sot 100% dhe licencimi i aktiviteteve farmaceutike private. Ne tregun farmaceutik sot operojne 3 fabrikues, 84 depo private (rreth 35 prej te cileve jane importues), nje depo shteterore (70 %) dhe 933 farmaci dhe agjenci farmaceutike. Ne zhvillimin e reformimit te sektorit, element i rendesishem ka qene riaktivizimi i industrise vendase dhe krijimi i kushteve per rritjen e prodhimit farmaceutik. Keshtu eshte realizuar se pari riaktivizimi i dy fabrikuesve ekzistues, pastaj privatizimi i tyre, duke u ruajtur baza prodhuese farmaceutike ne vend, si nje industri gjenerike me nje numer barnash qe perdoren gjeresisht ne sherbimin shendetesor. Po keshtu kjo industri realizon edhe eksporte duke ndikuar pozitivisht ne ekonomine kombetare.

Reformimi i sektorit dhe zbatimi i politikës kane sjelle permiresimet e deshiruara ne disa drejtime si furnizimi i tregut me shumellojshmerine e barnave, riaktivizimi i prodhimit vendas, regjistrimi i barnave, gjallerimi i shperndarjes me pakice te barnave, krijimi i bazeve se re te informacionit per barnat dhe njekohesisht edhe probleme te reja e serioze.

6.5.2 Problemet

- Monitorimi e kontrolli i dobët i prodhimit, ruajtjes dhe tregtimit te barnave. Numri i punonjesve ne strukturat e inspektoriatit farmaceutik eshte i pamjafueshem si pasoje jane shtuar edhe probleme te tilla si futja e barnave kontrabande dhe shitja e ndihmave humanitare sidomos ne periudhat e krizave,

moszbatimi i marzheve te fabrikimit dhe tregtimit.

- Mungesa e nje sistemi kombetar informacioni ne sektorin farmaceutik, qe te perfshije gjithë hallkat qe nga inspektimi, regjistrimi, informacioni per barnat dhe farmakovigjilencen.
- Qarkullimi i barnave me etikete ne gjuhe te huaj jo te parashikuar ne rregulloren e regjistrimit; qarkullimi i barnave me flete informuese ne gjuhe te huaj edhe pas gjashte muajsh nga regjistrimi (sipas rregullores); mos venia e çmimeve ne etikete nga fabrikuesit dhe importuesit, duke u lene kjo detyre vetem per farmacistet.
- Abuzim me cmimet e barnave.
- Fabrikimi dhe tregtimi i barnave jo sipas rregullave te praktikës se mire.
- Mangesi ne legjislacionin aktual farmaceutik.
- Numri i pamjaftueshem i farmacisteve te diplomuar dhe diferencat e pagave ne tregun e punes midis sektoreve privat dhe shteteror, shoqeruar edhe me mungesen e stimulimit te punonjesve, ne ato institucione qe sigurojne te ardhura jo te vogla, kane penguar punesimin ne strukturat shteterore, duke i bere ato inekzistente.

6.5.3 Objektivi

Krijimi i nje shërbimi farmaceutik qe do te sigurojne barna te sigurta, te mjaftueshme, me cilesi te kenaqshme e me cmime te pranueshme per popullaten.

6.5.4 Strategjite

- a. Permiresim i legjislacionit farmaceutik duke marre per baze pervojën e Komunitetit Europian. Hartimi e miratimi i Dokumentit te Politikës Kombetare te Barnave brenda vitit 2004.
- b. Forcimi i kapaciteteve monitoruese dhe kontrolluese te prodhimit, ruajtjes dhe tregtimit te barnave. Riorganizimi i QKKB nepermjet miratimit te nje statusi te ri, forcimi i inspektimit dhe specializimi i tij, zgjerimi i aktiviteve te QKKB nepermjet forcimit te strukturave te reja lidhur me informacionin e barnave, farmakovigjilencen etj.
- c. Forcimi i strukturave te Urdhrit te Farmacisteve si nje partner i rendesishem ne ruajtjen e pastertise se te etikes profesionale.
- d. Thellimi i transparences se çmimeve te barnave, nepermjet permiresimit te sistemit te informacionit dhe vendosjes se çmimit ne etiketen ne gjuhen shqipe.
- e. Qarkullimi i barnave me etikete dhe flete informues ne gjuhen shqipe. Vendosja e pulles se kontrollit.
- f. Permiresim i kushteve teknike te farmacive me synim arritjen e standarteve te vendeve te zhvilluara.
- g. Miratimi i dhe perdorimi i Praktikës se Mire te Fabrikimit, te Ruajtjes dhe Tregtimit te barnave.

SUKSESI I REFORMES

7

Kjo Strategji permban ne thelb reformimin e sistemit te shendetesise, nje ndermarrje e veshtire por e domosdoshme, neqoftese duam qe ky sistem te jete bashkekohor. Me qellim qe te zbatohet ne menyre sa me te sukseshme, reforma e sistemit te shendetesise duhet te kete vecorite e meposhtme:

- Mirekuptimi dhe mbeshtetja e popullates. Popullata eshte objekti dhe subjekti i reformes, eshte ajo qe do te perfitoje nga implementimi i suksesshem i saj prandaj eshte e domosdoshme te realizohet nje fushate e gjere sqaruese e bindese duke shfrytezuar te gjitha mundesite, mediat e shkruara dhe elektronike, bisedat, takimet etj.
- Konsensusi i gjere. Nenkupton krijimin e sa me shume aleateve qe te mbeshtesin idete dhe zbatimin e reformes shendetesore, pasi eshte e kuptueshme qe kundersharet e reformes do te jene te shumte. Tradicionalisht, mjeket kliniciste jane kundershare te ndryshimeve te medha si edhe partizane te ruajtjes se statukuose. Rrjedhimisht, eshte e nevojshme qe te pershihen sa me teper ne procesin e diskutimit dhe zbatimin te reformes, pasi shpesh here edhe thjesht perfshirja shmang mundesine e kundervenies. Njekohesisht, duhen bere per vete edhe perfaqesues te aktoreve te tjere te interesuar si ata te pushtetit lokal, organizatave te huaja multi- dhe bilaterale, mass-mediave, biznesit etj.
- Vullneti politik. Barren e rende te implementimit te reformave shendetesore nuk e mbajne dot “supet” e nje ministrie. Ato kerkojne nje angazhimin te plote te forces politike qe drejton vendin dhe konsensusin e forcave te tjera. Per kete te ndertohet nje Komitet Politik i Reformes Shendetesore i cili te drejtoje politikisht kete reforme.
- Vazhdimesia. Te vazhdohen dhe te cohen me tej nderhyrjet e filluara reformuese. Njekohesisht, duhet te shfrytezohen ne maksimum dokumentat e nen-sektoreve te vecante te shendetesise, te hartuara vitet e fundit nga grupe ekspertesh apo konsulente te huaj. Kjo ka per qellim qe ndihma e huaj teknike te behet sa me efektive dhe te shmanget riformulimi i planeve dhe programeve, ne varesi te nderrimit te stafeve drejtuese.
- Vijueshmeria. Reforma duhet te realizohet me vazhdimesi dhe pa nderprerje. Zvarritja apo nderprerjet nuk bejne gje tjeter vecse diskreditojne elementet e reformes shendetesore. Per te siguruar persistencen e reformes shendetesore, duhet te krijohet nje Komision Drejtues i Reformes Shendetesore qe te ngarkohet me zbatimin e dokumentit te reformes, te miratuar nga Ministria e Shendetesise dhe Keshilli i Ministrave. Anetaret e grupit te jene pergjegjes per monitorimin dhe koordinimin e aktiviteteve te parashikuara sipas sektoreve perkates. Ecuria e aktiviteteve te raportohet rregullisht, me qellim qe te merren masat e nevojshme per kapercimin e pengesave apo zgjidhjen e problemeve te mundshme.