



Projekti i Reformës në Administratën Publike– Shqipëri

Shërbime Këshillimore për të përmirësuar Funksionet Publike të

Institucioneve qendrore

Raport mbi strukturën funksionale të

Ministrisë së Shëndetësisë

Janar 2006

Përmbajtja

Shënim	iii
Abbreviations and Acronyms	Błąd! Nie zdefiniowano zakłádki.
Fletë përmbledhëse e projektit.....	v
Përmbledhje e propozimeve tona për Ministrinë e Shëndetësisë	vi
Çështjet kryesore	vi
Struktura e propozuar funksionale	vii
Hyrje	1
Aktorët institucionalë kryesorë në sistemin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri ...	3
Ministria e Shëndetësisë.....	3
Drejtoria e Spitaleve	5
Drejtoria e Kujdesit Shëndetësor Parësor.....	8
Drejtoria Farmaceutike	9
Politika dhe planifikimi	11
Drejtoria Ekonomike	13
Drejtoria e Burimeve Njerëzore.....	13
Drejtoria Juridike.....	14
Drejtoria e Teknologjisë së Informacionit.....	15
Institucionet në varësi.....	16
Instituti i Shëndetit Publik (ISHP).....	16
Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave (QKKB).....	19
Qendra Kombëtare për Mirëqënien, zhvillimin dhe rehabilitimin e fëmijëve (QKMRF)	19
Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut (QKTGJ)	20
Njësia e Transportit Mjekësor me helikopter.....	20
Qendra Kombëtare Universitare Spitalore ‘Nënë Tereza’	21
Spitali universitar Obstetrik e Gjinekologjik.....	21
Spitali universitar i sëmundjeve të mushkërive	21

Shëndetësia rajonale	22
Autoriteti Rajonal Shëndetësor i Tiranës (ARSHT/ ASFIR)	23
Instituti i Sigurimeve Shëndetësore (ISSH).....	25
Pushteti vendor.....	27
Pjesë nga prezantimi i USAID mbi menaxhimin e Shërbimeve Shëndetësore ...	28
Plani Strategjik i Ministrisë	30
Drejtimi strategjik i ministrisë	30
Krijimi i standardeve profesionale	30
Mungesat rregullatore.....	31
Planifikimi i burimeve njerëzore	32
Pagesa për mirënjohje.....	34
Kujdesi Shëndetësor Profesional dhe nevojat e menaxhimit	34
Financimi i Kujdesit Shëndetësor.....	35
Rregullimi i medikamenteve.....	35
Përmbledhje e vëzhgimeve tona.....	35
Funksionaliteti i propozuar	37
Politika e planifikimi	37
Veprimet shëndetësore & Shërbimet hoteliere	38
Zhvillimi profesional.....	40
Informacioni shëndetësor	41
Promovimi i shëndetit	42
Rregullimi i shëndetësisë	42
Impakti i propozimeve tona	43
Fusha e politikave	43
Fusha e Ofrimit të Shërbimeve.....	44
Fusha e Shërbimeve Mbështetëse.....	44

Shënim

Ky raport është një dokument që do t'i nënshtrohet shqyrtimit nga të gjitha palët pjesëmarrëse në këtë projekt dhe si i tillë nuk paraqet opinionet apo konkluzionet tona përfundimtare. Në këtë raport janë përfshirë të gjitha komentet gojore të bëra gjatë diskutimeve me persona të ndryshëm në këto ministri.

Ky raport nuk ka për qëllim të ndryshojë dukshëm angazhimet e shprehura në propozimin tonë: por ky dokument duhet parë si një sqarim i çështjeve të diskutuara në propozim.

Qëllimi i projektit është ristrukturimi funksional në atë masë që do të kërkohet. Ky projekt nuk është një iniciativë, e cila synon t'u tregojë nëpunësve të administratës publike se si duhet të kryejnë detyrat e përditshme, apo të bëjë propozime për të përmirësuar performancën e këtyre detyrave nëpërmjet procedurave më efikase dhe përdorimit të teknologjisë së informacionit. Në këtë iniciativë nuk është problemi kryesor reduktimi i kostos. Në përfundim, duhet kuptuar që fokusi i projektit është në grupimin funksional e jo procesi i përmbushjes së detyrave, i cili do të kërkonte një shqyrtim më në thellësi të operacioneve specifike. Dihet që një rregullim funksional më efektiv do të çojë edhe në mundësi të uljes së kostos. Megjithatë, nuk është në termat e këtij projekti identifikimi i mënyrave të reduktimit të kostos dhe si të veprohet me to.

Shkurtime e Akronime

KM	Këshilli i Ministrave
DAP	Departmenti i Administratës Publike
BE	Bashkimi European
DP	Drejtori e Përgjithshme
ISSH	Instituti i Sigurimeve Shëndetësore
NjTMH	Njësia e Transportit Mjekësor me Helikopter
TIK	Teknologjia e Informacionit e Komunikimit
BNKN	Bordi Ndërkombëtar i Kontrollit të Narkotikëve
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
QKTGJ	Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut
QKKB	Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave
QKMZHRF	Qendra Kombëtare për mirëqënien, zhvillimin dhe rehabilitimin e fëmijëve
OZHM	Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit
MSH	Ministria e Shëndetësisë
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
MSA	Marëveshja e Stabilizim Asocjimit
ARSHT	Autoriteti Rajonal Shëndetësor i Tiranës

Fletë përmbledhëse e projektit

Titulli i projektit:	Shërbime konsulence për përmirësimin e funksioneve publike të institucioneve qendrore
Sponsor:	Banka Botërore
Vendi:	Republika e Shqipërisë
Objektivi i projektit:	<p>Objektivi kryesor i këtij projekti është kryerja e analizës funksionale e organizative të organizmave të administratës qendrore të qeverisë Shqiptare, nëpërmjet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Përcaktimit të funksioneve kryesore të qeverisë me anë të riformulimit dhe racionalizimit të roleve, misioneve, objektivave strategjikë, funksioneve, strukturave organizative dhe rezultatet e pritshme të institucioneve të sistemit të ministrive; • Identifikimit të funksioneve të tepërta e të mbivendosura në institucionet në shqyrtim e midis tyre dhe identifikimi i atyre njësive të administratës publike që duhen ruajtur, transferuar, deleguar tek organizma të tjerë më të përshtatshëm, eliminuar apo ndarë; • Fuqizimi i kapaciteteve të Departmentit të Administratës Publike për ta aftësuar atë të kryejë analiza funksionale të mëtejshme.
Qëllimi i projektit:	Grupimi i aktiviteteve aktuale e atyre ekzistuese në funksione të ndara dhe t'i "filtru" ato në funksione potencialisht të tepërta, të transferueshme, racionalizuara apo të privatizueshme në bazë të kriterëve të rëna dakord.
Zonat e ndërhyrjes dhe rezultatet e planifikuara:	<p>Ndërgjegjësimi i stafit drejtues për misionin dhe qëllimet strategjike të organizatave të tyre dhe si duhen strukturuar ato për të shërbyer në arritjen e objektivave të tyre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktura më të mëdha menaxhuese. • Kapacitete më të mëdha menaxhuese. • Kredibiliteti i administratës publike më i madh. • Kapacitetet profesionale të stafit të DAP më të rritura.
Rezultatet e projektit:	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza e situatës së Reformës së Administratës Publike në Shqipëri. • Analiza Funksionale e institucioneve në 17 ministritë ekzistuese. • Raporte që identifikojnë nëse funksionet e njësive nevojiten apo janë të tepërta dhe rekomandimet nëse këto funksione duhen konsoliduar, transferuar, racionalizuar apo privatizuar.
Aktivitetet e projektit:	<ul style="list-style-type: none"> • Shqyrtimi diagnostik i mjedisit institucional duke u fokusuar në Misionet, objektivat dhe përgjegjësitë funksionale; • Asistencë teknike dhe mbështetje për DAP, për grupet e analizës funksionale në të gjitha ministritë, për vendimmarrësit dhe ekzekutivët e ministrive. • Ndërgjegjësimi i publikut për Reformën në Administratën Publike. • Organizimi dhe menaxhimi i seminareve në vend si dhe udhëtimeve studimore jashtë shtetit. • Nxitja e krijimit të besimit dhe transferimi i shprehive.
Filimi i projektit:	Shkurt 2005
Zgjatja e projektit:	17 muaj

Përmbledhje e propozimeve tona për Ministrinë e Shëndetësisë

Ministria e Shëndetësisë, gjatë 5 viteve të fundit, ka punuar për reformën strukturore në drejtim të decentralizimit të funksioneve. Që nga viti 2004, për këtë strukturë ka punuar një grup pune i brendshëm, por aktualisht nuk është marrë asnjë vendim zyrtar për të.

Aktivitetet e ndërmarra në inisiativën aktuale, të cilat përshkruan edhe ky raport përfshijnë studime, takime, analizë të problemeve të identifikuara nga studimi më i fundit i kryer nga USAID (Maj 2005) të paraqitura në një dokument të Sektorit të Shëndetësisë të Bankës Botërore (korrik 2005 dhe i përditësuar në dhjetor 2005) si dhe një Strategji të Ministrisë së Shëndetësisë. Në çdo rast ne kemi marrë në konsideratë çështjet dhe kemi treguar drejtimin e propozimeve tona.

Çështjet kryesore

Një problem i një rëndësie të veçantë është ai që ka të bëjë me shtrirjen e menaxhimit të shërbimeve shëndetësore të institucionalizuara që ofrohen. Nëqoftëse ministria menaxhon drejtpërdrejt spitalet dhe institucionet që lidhen me to, ky aktivitet menaxhues mund të shërbejë për të penguar progresin në drejtimin që këto institucione të marrin përsipër përgjegjësinë menaxhuese. Sidoqoftë, në pikëpamjen tonë ministria nuk ka as strukturën organizative e as ndarjen e duhur të përgjegjësive funksionale për t'u marrë me gamën e aktiviteteve e të problemeve që dalin. Përveç kësaj, struktura aktuale dhe përgjegjësitë e caktuara i vendosin disa nga drejtoritë në situata të konfliktit të interesave.

Gama e përgjegjësive që ka Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) - është një gamë funksionesh që janë të përshtatshme për vetë ministrinë. Në vijim të diskutimit tonë arrijmë në konkluzionin që ISHP është më shumë se thjesht një institucion kërkimor shkencor, siç e nënkupton emri i tij. ISHP është institucioni kryesor nëpërmjet të cilit ministria ofron shërbimet e saj. Si i tillë, kemi mendimin që këtij instituti i duhet dhënë autoritet vendim marrës në fushat e kompetencës dhe përgjegjësive që i janë caktuar. Për më tepër, përgjegjësia e tij duhet të rritet për të përfshirë përpunimin e informacionit shëndetësor në lidhje me problemet shëndetësore si dhe për të kryer fushata të ndryshme të promovimit të shëndetit.

Propozojmë që përgjegjësia për rregullimin dhe kontrollin e çmimit të të gjithë barnave të jetë përgjegjësi e Qendrës Kombëtare të Kontrollit të Barnave.

Gjithashtu, propozojmë që modeli i Autoritetit Rajonal Shëndetësor të transformohet nga një institucion i ofrimit të shërbimeve në një institucion rregullator për kujdesin shëndetësor të institucionalizuar.

Kemi mendimin që Qendra Kombëtare për Mirëqënien, Zhvillimin dhe Rehabilitimin e Fëmijëve do të përshtatet më mirë në varësi të Ministrisë së Punës dhe Shanceve të Barabarta, ku mund të gjendet një qasje gjithëpërfshirëse dhe një zgjidhje e integruar familjare për problemet.

Të gjitha bangot e gjakut duhet të kalojnë në varësi administrative të Qendrës Kombëtare të Transfuzionit të Gjakut.

Strategjia e Shëndetit parashikon krijimin e një numri Urdhrash dhe Shoqatash që kanë një rol në mbrojtjen e publikut; ruajtjen e standardeve dhe vlerave etike të profesioneve; vendosjen e rregullave për sjelljen profesionale të anëtarëve të tyre; dhe vlerësimin e kompetencës për regjistrim dhe licensim. Në këtë strategji thuhet gjithashtu që shoqatat e ndryshme profesionale do të punojnë për hartimin dhe publikimin e udhëzimeve klinike praktike. Kemi rezerva përse i përket efektivitetit në rast se lejohet vet-rregullimi profesional, sepse organizma të tilla praktikisht mund të transformohen thjesht në shoqata tregtare apo grupe për mbrojtjen e profesionit të mjekut. Në rast se merret vendimi për vet-rregullim profesional, ky duhet të merret vetëm kur ministria të ketë krijuar kuadrin e nevojshëm për të siguruar transparencën, ndershmërinë dhe një organizëm jo gjyqësor apelimi.

Struktura e propozuar funksionale

Përse i përket Drejtorisë së Politikave e të Zhvillimit, mbështesim vazhdimin e funksionimit të saj, por me një fokus më të qartë.

Propozojmë transformimin e Drejtorisë së Spitaleve në një Drejtori të Funksionimit të Spitaleve dhe Shërbimeve të Hotelerisë për të siguruar ofrim në kohë të shërbimeve të hotelerisë të përshtatshme për kujdesin shëndetësor me çmimet më të mira duke koordinuar kërkesat dhe për të përparuar në autonominë menaxheriale të fasiliteve të kujdesit shëndetësor.

Propozojmë krijimin e një Drejtorie për Zhvillimin Profesional për të siguruar standarde të larta tek specialistët: mjekë, dentistë, infermierë, farmacistë, dhe praktikantë të shkencave të shëndetit nëpërmjet krijimit, mirëmbajtjes dhe zhvillimit të sistemeve për regjistrimin dhe akreditimin, trajnimin dhe zhvillimin profesional.

Propozojmë që Drejtorja Farmaceutike të mbyllet dhe rolin rregullator të saj ta luajë Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave (QKKB), ndërsa roli i politikave të kryhet nga Drejtorja e Politikave.

Duke propozuar që ISHP të ketë autoritet ekzekutiv mbi fushat e ofrimit të programeve të shërbimeve si dhe që çështjet rregullatore të ekzekutohen nga Autoritetet Rajonale Shëndetësore, propozojmë që Drejtorja e Kujdesit Shëndetësor Parësor të mbyllet.

Në strukturën e propozuar nga ne do të ketë 8 drejtori dhe dy drejtori të përgjithshme të grupuara në një mënyrë të tillë që Sekretari i Përgjithshëm të ketë një hapësirë menaxhuese me katër vartës të drejtpërdrejtë.

Sa më sipër përmbledh propozimet tona kryesore për Ministrinë e Shëndetësisë. Besojmë që propozimet tona janë në linjë me synimet e programit të Qeverisë 2005 – 2009. Për t'i kuptuar këto propozime në kontekstin e tyre, duhet t'i referoheni raportit të mëposhtëm.

Hyrje

Ka një mbivendosje natyrale midis Kujdesit Shëndetësor Primar, Sekondar e Terciar. Kur ka shkëputje të diktueshme në dhënien e shërbimeve, zakonisht faktor kryesor për këtë shihet aftësia për të kuptuar rëndësinë e secilit nivel të kujdesit shëndetësor. Kjo krijon pasoja në pasigurinë e fondeve, keqkuptimet institucionale për përgjegjësinë financiare si dhe konfuzionin për rolin përgjegjës të stafit shëndetësor të punësuar në institucionet publike shëndetësore. Për qëllime të kësaj analize më poshtë kemi dhënë një udhëzues:

Kujdesi shëndetësor terciar – i referohet shërbimeve mjekësore dhe specialiteteve që lidhen me to të një kompleksiteti të lartë dhe me kosto të lartë, kryesisht të ofruara nga specialistë mjekë dhe personel shëndetësor në klinika apo spitale.

Mund të mendohet, që në zonat e thella mundësitë për marrjen e kujdesit shëndetësor janë kufizuara pasi ka një mungesë të specialistëve për shërbimet shëndetësore që kryhen. Edhe në rastin kur vizitat planifikohen të kryhen tek mjekët specialistë, ka radha të gjata pritjesh. Përpjekjet për të realizuar praktikat më të mira të mundshme kompromentohen dhe e vetmja alternativë e mundshme është të ofrohet transporti në qendrat rajonale apo qytetet ku ofrohen këto shërbime.

Kujdesi shëndetësor sekondar – i referohet atyre shërbimeve që jepen kryesisht në spitale: shërbimet mjekësore ambulatorie të specializuara dhe kujdesi shëndetësor në spitale (shërbimet ambulatorie e spitalore). Dhënia e kujdesit parësor është një “urë” e rëndësishme në marrjen dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor sekondar. Sot ka një lëvizje të njohur për minimizimin e qëndrimit në spital, kur kjo është e mundur nga ana mjekësore, jo vetëm që pacienti të jetë më pak ditë në shtrat, por për të shmangur shërbimet ndihmëse të kushtueshme që nuk janë të nevojshme. Minimizimi i kohës së qëndrimit në spital mund të arrihet edhe si rezultat i përmirësimeve në cilësinë dhe efikasitetin e kujdesit për pacientin.

Kujdesi shëndetësor parësor – kujdesi shëndetësor parësor është pika e parë e kontaktit të personave me sistemin e kujdesit shëndetësor. Në sistemin tradicional shëndetësor, kujdesi shëndetësor parësor normalisht jepet nga mjekët e përgjithshëm; infermierët e komunitetit; farmacistët, specialistët e shëndetit mjedisor; etj., megjithëse termi zakonisht nëpëkupton kujdesin mjekësor.

Kujdesi shëndetësor parësor është thelbësor, kujdesi i integruar i bazuar në procedura e teknologji praktike shkencore të shëndosha dhe të pranueshme nga ana sociale që i ofrohen komuniteteve sa më pranë vendbanimit të tyre. Dhënia e kësaj cilësie të kujdesit shëndetësor kërkon një njohje të mirë të komunitetit dhe të problemeve të tij shëndetësore. Edhe vetë komuniteti duhet të ofrojë mënyrën më efektive dhe të përshtatshme për të trajtuar problemet e veta shëndetësore, përfshi shërbimet promovionale, parandaluese, kuruese e rehabilituese.

Kujdesi mjekësor parësor, megjithëse shpesh përdoret si sinonim i kujdesit shëndetësor parësor, duhet të dallohet qartë nga ky i fundit. Kujdesi shëndetësor parësor përfshin edhe dhënien e kujdesit mjekësor parësor, i cili pra nga ana e vet është një komponent selektiv i kujdesit shëndetësor parësor. Në rastet kur shtrohen argumentat për dublim të shërbimeve, ato janë rezultat i neglizhimit apo moskuptimit të këtij dallimi thelbësor.

Analiza jonë funksionale e Ministrisë së Shëndetësisë fillon me një përshkrim të shkurtër se cilët janë aktorët kryesorë institucionalë në kujdesin shëndetësor në Shqipëri. Më pas, ne kemi bërë përmbledhjen e gjetjeve të paraqitura në një prezantim të bërë nga Mark McEuen (USAID), më 31 maj 2005 sepse kjo reflekton një analizë teknike aktuale. Në prezantimin e tij, Z. McEuen theksoi mungesat në sistem dhe ofroi sugjerimet e tij për përmirësim. Më tej, kemi analizuar elementë të rëndësishëm të Strategjisë së Shëndetit të hartuar nga Ministria dhe i interpretojmë ata në lidhje me funksionalitetin që duhet të ketë ministria. Në kombinim me vëzhgimet tona, lexuesi do të gjejë referenca të dhëna në Dokumentin e Sektorit të Shëndetit të Bankës Botërore të korrikut 2005. Numri i paragrafit të Dokumentit nga i cili janë marrë tregon referencat nga ai burim.

Aktorët institucionalë kryesorë në sistemin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri

“Sistemi shqiptar i kujdesit shëndetësor i periudhës së paratranzicionit u drejtua kryesisht nga kujdesi sekondar. Sistemi ishte shumë i centralizuar, ku vetëm Ministria e Shëndetësisë ofronte dhe rregullonte të gjitha shërbimet shëndetësore në vend.” (1)

Aktualisht, ‘kujdesi shëndetësor parësor jepet përmes një rrjeti qendrash dhe postesh shëndetësore, si dhe me poliklinika në zonat urbane. Poliklinikat janë përgjegjësi e spitalit të rrethit apo atij rajonal ku ato bëjnë pjesë si dhe ofrojnë shërbim mjekësor të specializuar. Në mes të viteve 90-të, pronësia e disa fasiliteve të kujdesit parësor në zonat rurale i është transferuar pushtetit lokal. Të gjitha fasilitetet e kujdesit shëndetësor parësor veprojnë nën administrimin e degëve rajonale e atyre të rretheve në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë.” (54) Qendrat shëndetësore në zonat rurale kanë një teknologji të kufizuar mjekësore si dhe një numër të vogël shtretërisht, kryesisht për lindjet. Poliklinikat kanë specialistë si dhe mjekë të përgjithshëm – këta të fundit janë aty si pika e parë e kontaktit për të gjithë pacientët që vinë në poliklinikë. Grupet e kujdesit parësor të drejtuara nga mjekët e përgjithshëm në godinat e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP), supozohet që shërbejnë si pika hyrëse e kujdesit sekondar. Megjithatë, mos vajtja në këto qendra ndodh shpesh si pasojë e bindjes së cilësisë së ulët të shërbimit”. (55)

Aktorët kryesorë institucionalë në kujdesin shëndetësor në Shqipëri janë Ministria e Shëndetësisë, Instituti i Sigurimeve Shëndetësore, Instituti i Shëndetit Publik si dhe Autoriteti Rajonal Shëndetësor i Tiranës.

Po kështu, ka edhe një rritje, megjithëse jo shumë të madhe, të sektorit privat në kujdesin shëndetësor. Shoqatat profesionale, që janë në stadet fillestare të zhvillimit, fokusohen kryesisht në mbrojtjen e anëtarëve të tyre dhe zhvillimin e tyre profesional: vet-rregullimi profesional është i dobët.

Rregullorja e Ministrisë së Shëndetësisë fokusohet në përgjegjësitë e drejtorive të ndryshme në strukturën e saj. Ne do t'i referohemi secilës drejtori me radhë, duke marrë në konsideratë edhe informacionin e dhënë nga vetë Drejtoritë.

Ministria e Shëndetësisë

Ministria e shëndetësisë me afërsisht 100 punonjës në aparatën e saj, është pronari kryesor i shërbimeve shëndetësore megjithëse sektori privat ofron shërbime në nivelin e kujdesit parësor. Sektori privat i kujdesit shëndetësor ka filluar të zhvillohet në vend dhe aktualisht ofron: shpërndarjen e medikamenteve; shërbimet stomatologjike si dhe kujdes mjekësor për diagnostikim si dhe të specializuar në klinika.

Ndërkohë që misioni i ministrisë është formulimi i politikave e strategjive kombëtare të kujdesit shëndetësor dhe zbatimi i tyre në nivel kombëtar, ministria

ia kushton pjesën më të madhe të kohës administrimit apo menaxhimit të kujdesit shëndetësor e jo hartimit të politikave e planifikimit. Minsitria ka identifikuar aktivitetet e saj kryesore si:

- Formulimi i politikave e strategjive kombëtare dhe përcaktimi i zhvillimit të shërbimeve specifike të kujdesit shëndetësor në nivel kombëtar;
- Hartimi i legjislacionit që përcakton marëdhëniet në fushën e mbrojtjes e ruajtjes së shëndetit në përputhje me standardet evropiane;
- Negocijimi i zgjerimit të bashkëpunimit ndërkombëtar për kujdesin shëndetësor dhe anëtarësimi në organizata të ndryshme ndërkombëtare;
- Analiza dhe hartimi i programit të investimit për zhvillimin e infrastrukturës së shërbimeve të kujdesit shëndetësor;
- Zbatimi i legjislacionit në fushën e kujdesit shëndetësor;
- Ushtron kontroll ekonomik, financiar dhe administrativ mbi institucionet që raportojnë në ministri;
- Menaxhon operacionet e shërbimit të shëndetit kujdesit shëndetësor në nivel kombëtar dhe sipas zonave specifike;
- Lëshon licenca për aktivitete private: laboratorë, klinika, farmaci, importin e medikamenteve, etj.

Siç mund të shihet, katër aktivitetet e para janë të një natyre politikëbërëse e planifikimi, tre të tjerat janë të natyrës operationale dhe aktiviteti i fundit mund të konsiderohet si një aktivitet me të cilin mund të merret një rregullator. Sidoqoftë, lista e aktiviteteve të ministrisë nuk përfshin funksionet inspektuese e të zbatimit të ligjit si një rregullator i vërtetë. Nga pikëpamja jonë, kërkohet një institucion i fuqishëm rregullator për të përparuar në reformat e sektorit shëndetësor.

Lënia graduale e përgjegjësive operationale

Ministria ka krijuar një drejtori të politikave e planifikimit për të zhvilluar kapacitetin e ministrisë në hartimin e politikave dhe për të shfrytëzuar më mirë ndërhyrjet e donatorëve (siç do të shihet më vonë, Drejtoria Ekonomike deklaroi që bën koordinimin e ndihmës së huaj dhe mban marëdhëniet me organizatat ndërkombëtare).

Ministria e Shëndetësisë ka propozuar ta ndryshojë rolin e vet nga një organizëm menaxhues në një hartues politikash, të aftë për të: formuluar politikat e strategjitë shëndetësore; hartojë udhëzuesit për akreditimin dhe kontrollin e cilësisë, standardizimin e procedurave dhe rregullimin e aktiviteteve të sektorit privat. Ministria planifikon të riorganizojë spitalet në tre nivele: kombëtarë, rajonalë (nivel prefekturë) dhe nivel rrethi. Spitalet rajonale do të ofrojnë shërbime të specializuara të kujdesit sekondar sipas nevojave të popullsisë lokale. Ajo do t'u japë spitaleve më shumë pavarësi në drejtim të menaxhimit dhe po shqyrton mundësinë e ngritjes së bordeve menaxhues. Megjithatë, nuk është e qartë se sa progres është bërë në këtë drejtim.

Nga dokumenti mbi shëndetësinë, mësojmë që “spitalet publike drejtohen nga një kryemjek, i cili ka përgjegjësinë e funksionimit e menaxhimit të përgjithshëm të spitalit, por nuk është i trajnuar për të menaxhuar spitalet. Për më tepër, ata shpesh vazhdojnë të funksionojnë si mjekë në spital apo privatisht, duke zvogëluar kështu kohën dhe përpjekjet që i duhen kushtuar menaxhimit të spitalit” (61)

Ka një “konflikt të brendshëm midis dhënies më shumë pavarësi ofruesve nën drejtimin e bordeve të tyre dhe mungesës së dëshirës së MSH për t’u tërhequr nga dhënia e shërbimeve. Rritja e pavarësisë së spitaleve do të kërkojë një ngritje thelbësore të kapaciteteve si për menaxherë spitalesh ashtu edhe për anëtarë të bordit drejtues dhe duhet të merren vendime të rëndësishme për shkallën e pavarësisë që do t’u jepet këtyre institucioneve. (38)

Kemi nënvizuar komentin që është bërë në dokumentin mbi shëndetësinë: “në afat të mesëm, në kontekstin shqiptar, nuk është e këshillueshme t’i japësh spitaleve pavarësi të plotë menaxhimi, përfshirë këtu edhe vendimet mbi profilin e dëshiruar, masën e shërbimeve që duhen ofruar dhe investimet e mëdha,. . . . Lëvizja për spitale më të pavarura duhet të jetë një proces gradual’”. (262)

Kjo nënkupton nevojën për një funksion planifikues kompetent qëndror (Ministri) së bashku me një strukturë menaxhuese në lidhje me operimin e spitaleve, që të punojë me një plan të qartë e të mirëpërcaktuar për t’i çuar spitalet sa më shumë drejt një pavarësie menaxheriale.

Funksion i dobët rregullator

Pjesërisht, për shkak të decentralizimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor si dhe rritjes së sektorit privat në sektorin e shëndetësisë, ndihet nevoja për një rregullator të sistemit të kujdesit shëndetësor. Nuk ekziston struktura e shkëmbimit të informacionit dhe nuk ka mekanizma për të monitoruar cilësinë e shërbimeve të ofruara si nga sektori privat apo edhe nga vetë institucionet e ministrisë. Për më tepër, Ministria e Shëndetësisë nuk ka përpunuar standarde dhe as nuk ka përcaktuar qartë përgjegjësitë në strukturën e decentralizuar.

Menaxhimi i performancës është i vështirë

Hartimi i një sistemi menaxhimi efektiv të performancës është një vështirësi serioze, sepse Instituti i Sigurimeve Shëndetësore përcakton buxhetin për mjekët e përgjithshëm dhe për farmacistët; Ministria e Shëndetësisë e përcakton atë për pjesën tjetër të stafit dhe pushteti lokal e përcakton për shpenzimet operacionale.

Drejtorja e Spitaleve

Fokusi kryesor i drejtorisë së spitaleve nuk del shumë i qartë nga informacioni që na është dhënë, megjithëse duket që drejtorja ekziston për të menaxhuar të gjithë sistemin e institucionalizuar të kujdesit shëndetësor. Ka probleme të dukshme këtu. Në masën që drejtorja menaxhon dhënien e shërbimeve të kujdesit shëndetësor të institucionalizuar, ky aktivitet menaxhues do ta pengojë

progresin drejt kalimit të përgjegjësive menaxhuese vetë institucioneve. Duke supozuar që synohet që drejtoria do të menaxhojë kujdesin shëndetësor të institucionalizuar edhe në të ardhmen, ajo nuk ka as strukturën e nevojshme dhe as kapacitetet njerëzore të mjaftueshme për të trajtuar gamën e aktiviteteve të saj. Duhet bërë një ndarje e qartë e roleve dhe përgjegjësive të aparatit të ministrisë si dhe të institucioneve shëndetësore që janë në varësi të saj. Drejtoria është përgjegjëse për funksionet e mëposhtme:

Politikat

- Hartimi i politikave shëndetësore në trajtimin e specializuar spitalor;
- Hartimi i planit të veprimit si dhe alokimet përkatëse të buxhetit për strategjitë që do të zbatohen dhe projektet e ndryshme në sektorin spitalor; planifikimi i shërbimeve dhe alokimi i buxhetit për zërat: shpenzime operacionale dhe investime për institucionet në varësi;
- Ndjekja e zbatimit të politikave shëndetësore dhe kuadri rregullator, normat dhe standardet sipas spitaleve dhe institucioneve në varësi.

Ligjor

- Hartimi i ligjeve dhe akteve nënligjore në lidhje me dhënien e kujdesit spitalor.

Rregullator

- Dhënia e informacionit dhe sigurimi i procedurave përkatëse në lidhje me shitjen e blerjen, lejet e importi apo problemet që lidhen me kujdesin spitalor për qytetarët apo me institucionet e tjera.

Të tjera

- Asistencë teknike për menaxherët e spitaleve dhe/ose specialistët e shëndetësisë për një ngritje të vazhdueshme kapacitetesh në nivel spitali.

Shumica e përgjegjësive të kësaj drejtorie nuk pasqyrojnë funksione operative, por përkundrazi pasqyrojnë përgjegjësitë e stafit në një drejtori politikash.

Është i qartë konflikti i interesave. Drejtoria është përgjegjëse për hartim politikash, zbatim të tyre dhe vlerësimin e zbatimit të tyre, ndërkohë që është përgjegjëse për veprimet e përditshme. Në situata të tilla, nuk është e arsyeshme të presësh që një administrator të propozojë politika që do të vështirësonin aftësinë e tij për të menaxhuar apo të vlerësojë zbatimin e tyre në një mënyrë të ndershme e objektive. Praktikën e menaxhimit të mirë sugjerojnë që menaxherët operacionalë duhet të përfshihen në procesin e hartimit të politikave, por ata nuk duhet të jenë përgjegjës për aprovimin e tyre apo të kenë përgjegjësitë e kontrollit të zbatimit të tyre. Shkurtimisht, roli i hartimit të politikave duhet të ndahet nga roli i menaxhimit operacional.

Menaxhim joefektiv i ambjenteve e pajisjeve

Nga Dokumenti mbi Shëndetësinë, mësojmë që 30 nga 46 spitale kanë më pak se 200 shtretër dhe të gjithë së bashku kanë një të katërtën e të gjitha pranimeve në spital, ndërkohë që vazhdojnë të konsumojnë një masë të konsiderueshme burimesh të rralla. Nivelet e ulta të pranimin dhe të shtrimit çojnë në raporte të larta të stafit për shtrat në spitalet e vogla dhe krijojnë probleme të mëdha për

koston fikse, përdorimin joefektiv të burimeve të kufizuara dhe sigurimin e cilësisë. ⁽⁶⁷⁾ Menaxherët e spitaleve nuk kanë as stimulin dhe as autoritetin për të kryer ndryshime për përmirësimin e eficiencës dhe cilësisë së veprimeve të tyre”. ⁽¹⁰⁾ Dokumenti thekson që “një analizë e aktivitetit të kujdesit parësor në qarkun e Tiranës tregon një variacion të madh të produktivitetit midis fasiliteve”.⁽⁹⁾ Më pas vazhdohet me konstatimin që: “numri i madh i spitaleve të vogla me një raport të lartë të stafit për shtrat krijon probleme të mëdha me kostot fikse, përdorimin joefektiv të burimeve të kufizuara dhe sigurimin e cilësisë... Duhet të bashkohet drejtoritë me të njëjtin profil, që janë në një numër të madh, në zona relativisht të vogla apo shpeshherë brenda të njëjtave spitale.” ⁽²⁸⁾

Nga sa më sipër, mund të konkludojmë që menaxhimi nga ana e ministrisë (Drejtorisë) për fasilitetet e kujdesit shëndetësor nuk ka qenë efektiv.

Jemi dakord me hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetësinë kur pohojnë që “Ministria e Shëndetësisë duhet të hartojë një master plan për sektorin e spitaleve, i cili të identifikojë qartë, një herë e përgjithmonë, se cilat spitale do të jenë rajonale, cilat do t’i shërbejnë rrethit dhe cilat spitale do të ishte më mirë të mbylleshin apo të bashkoheshin me ato pranë”. ⁽²³³⁾ Kemi mendimin që duhet të bëhet një analizë e kapaciteteve (planifikim i ambjenteve spitalore) për të përqëndruar ambjentet spitalore delikate dhe për të parë se ç’mund të bëhet për të riorganizuar “trafikun” e shëndetit. Por megjithatë, nuk e kemi shumë të qartë nëse ky funksion duhet të mbetet brenda Drejtorisë përgjegjëse për funksionimin e ambjenteve spitalore.

Besojmë që drejtorja ka disa përgjegjësi që do të ishte më mirë të vendoseshin në një institucion organizativ me kompetenca për planifikimin dhe për të siguruar që standardet janë arritur. Ndërsa pjesëmarrja në këto funksione është e drejtë dhe e këshillueshme për një institucion të ngarkuar me mbikqyrjen e spitaleve, përgjegjësia kryesore për ta duhet të ndahet nga institucioni që është i përfshirë në vendimmarrjen e përditshme për spitale. Pranojmë që ndarja e përgjegjësive mund të jetë e debatueshme, dmth ku saktësisht ndahen përgjegjësitë e menaxherit të operacioneve nga ai i rregullatorit për cilësinë dhe shërbimin e detyrueshëm? Pavarësisht nga kjo, jemi të prirur drejt pikëpamjes që fusha e përgjegjësive aktuale të drejtorisë së spitaleve është shumë e gjerë dhe duhet të ketë një drejtori përgjegjëse për operacionet (funksionimin e përditshëm) e spitaleve e që kjo drejtori duhet të jetë qartësisht e ndarë nga drejtorja përgjegjëse për politikën dhe planifikimin.

Nuk po gjykojmë menaxhimin dhe stafin e drejtorisë së spitaleve. Vëzhgimi ynë është që nga pikëpamja e funksionalitetit të mirë organizativ, ato nuk mund të jenë plotësisht objektive nëse kanë edhe rolin e analistëve të të dhënave, hartuesve të politikave, zbatuesve të tyre si dhe vlerësuesve se sa i suksesshëm ka qenë zbatimi i politikave. Besojmë që drejtimi i duhur është ai në të cilin Ministria formulon politikën, institucionet e kujdesit shëndetësor bëhen përgjegjëse për menaxhimin dhe dhënien e shërbimeve dhe institucionet e pavarura rregullojnë ofruesit publikë e privatë të kujdesit shëndetësor. Kemi mendimin që institucionet e kujdesit shëndetësor nuk janë ende në gjendje që të

veprojnë të pavarura nga ministria – nevojitet akoma koordinim dhe vendimmarrje e centralizuar. Si rrjedhim detyra jonë është të sigurojmë që ekziston struktura e duhur funksionale në nivelin e ministrisë për të siguruar koordinimin, ndërkohë që avancohet drejt një sistemi efektiv të një shërbimi të deleguar apo të dekoncentruar.

Drejtoria e Kujdesit Shëndetësor Parësor

Drejtoria e Kujdesit Shëndetësor parësor i identifikon funksionet e saj si:

Hartim Politikash

- Menaxhon, këshillon dhe merr pjesë në procesin e hartimit të politikave e strategjive shëndetësore dhe programin e qeverisë në fushën e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP);
- Hartimi i strategjisë dhe plan veprimit
- Koordinimi dhe komunikimi me donatorë të ndryshëm që punojnë në programe mbi shëndetin riprodhues;
- Përcaktimi i strukturave të shërbimeve sociale në sektorët e shëndetit riprodhues të tilla si maternitetet, qendrat e planifikimit familjar, pavionet pediatrike të spitaleve, qendrat e këshillimit psikologjik;

Ligjor

- Pjesëmarrja në hartim legjislacioni dhe përfrimi me legjislacionin e BE-së;
- Pjesëmarrje në përgatitjen e projekt ligjeve, rregulloreve, vendimeve, etj., si dhe hartimi i programeve prioritare në fushën e sëmundjeve infektive dhe higjienës e shëndetit publik;
- Shpjegimi dhe hartimi i akteve nënligjore në fushën sanitare për problemet e ujit të pijshëm dhe ujrave të përdorura;

Rregullator

- Kontrollon dhe vlerëson aktivitetin në përputhje me ligjin;
- Ndjek situatën epidemiologjike dhe funksionimin e sistemit mbikqyrës;
- Kontrollon zbatimin e legjislacionit sanitar në fushën e monitorimit të ujit të pijshëm;
- Planifikon dhe ndjek zbatimin e detyrave në Sektorin e Higjienë – Epidemiologjisë;
- Bashkëpunon me institucionet e tjera për zgjidhjen e problemeve të ujit dhe pjesëmarrjen në aktivitete të ndryshme.
- Analizon çdo rast dhe merr masat e nevojshme;
- Menaxhimi i Shërbimit Publik e Privat si dhe Inspektoriatit Shtetëror Stomatologjik;
- Menaxhimi & Organizimi i Inspektoriatit Stomatologjik në drejtim të monitorimit të shërbimeve private e publike si dhe të kompanive që merren me tregtinë me shumicë dhe institucionet akademike.
- Kontrolli dhe mbikqyrja në rrethe e problemeve të shëndetit riprodhues.

Informacioni shëndetësor

- Krijimi i një sistemi informacioni periodik në të gjitha shërbimet e shëndetit riprodhues;

- Grumbullimi i të dhënave nga rrethet mbi vdekjet amësore dhe marrja e masave të duhura;
- Grumbullim i vazhdueshëm dhe analiza e situatës së shëndetit riprodhues në të 36 rrethet;
- Identifikimi i situatës sociale që lidhet me shëndetin riprodhues të popullsisë.

Zhvillimi profesional

- Organizimi dhe mbajtja e kontakteve me shoqata të ndryshme për trajnimin e specialistëve të shëndetit si mjekët e infermierët.

Funksionalitet i paqartë apo konfliktual

Duke gjykuar nga funksionet që deklaroi Drejtoria e Kujdesit shëndetësor Parësor, ajo kryen kryesisht operacione rregullatore për shëndetin se sa është përgjegjëse për një fushë përgjegjësish më të gjerë e më pak të përcaktuar për kujdesin shëndetësor parësor. Mund të vërehet gjithashtu që drejtoria kryen shërbime politikëbërëse (që përfaqëson një konflikt interesash), merr pjesë në hartimin e informacionit shëndetësor (statistika e analiza të tendencave), zhvillimin profesional dhe garanton që kryen aktivitete që, për kompetencat e kërkuara janë më të përshtatshme të kryhen nga Drejtoria Juridike. Në mënyrë të ngjashme me vëzhgimet e bëra në lidhje me Drejtorinë e Spitaleve, nga analiza e bërë Rregullores aktuale që i cakton përgjegjësitë kësaj drejtorie, rezultojnë që kjo drejtori ka përgjegjësi për hartimin e politikave, p.sh., planifikimi i asistencës mjekësore për nevojat e popullatës, etj., si dhe funksionet që, sipas mendimit tonë, duhet të jenë në fushën e përgjegjësive të një institucioni rregullator, p.sh., organizimi dhe kontrolli i aktivitetit të inspektoriatit sanitar & epidemiologjik. Në çdo rast, ne mendojmë që kjo drejtori nuk ka një fushë të qartë përgjegjësish. Përveç funksioneve aktuale të politikave dhe atyre rregullatore, në deklaratën e misionit të saj theksohet një rol në promovimin e edukimit shëndetësor. Megjithatë, nuk kemi mundur të identifikojmë një sektor që të jetë përgjegjës për fushatat e informimit publik mbi shëndetin. Promovimi i edukimit shëndetësor është një funksion shumë i rëndësishëm, por mendojmë që ky funksion duhet të vendoset në një organizim funksional të krijuar posaçërisht për këtë qëllim.

Drejtoria Farmaceutike

Nga analiza e bërë rregullores së Ministrisë si dhe nga informacioni që na ka dhënë vetë Drejtoria konfirmohet që kjo drejtori ka funksione politikash dhe rregullatore.

Politikat

- Pjesëmarrje aktive në komisione të ndryshme – rimbursimet dhe çmimet e medikamenteve;
- Grumbullimi i informacionit nga prodhuesit kombëtarë e ndërkombëtarë apo përfaqësuesit e tyre – Marrja e informacionit dhe negocijimi me subjektet prodhuese;
- Informacioni i përpunuar paraqitet përpara Komisionit të Çmimeve – Çmimi i negocijuar mbi tregtinë me pakicë dhe shumicë;
- Grumbullimi i të dhënave për nevojat vjetore mbi medikamentet në nivel kombëtar;

- Bashkëpunimi me institucione të tjera kombëtare dhe ndërkombëtare, që i përgjigjen kërkesave të shërbimit, etj.

Ligjor

- Përpilimi i politikës farmaceutike dhe aktet ligjore e nënligjore;

Rregullatore

- Inspektimi dhe licensimi periodik i subjekteve private
- Realizimi i çertifikatave importuese – Certifikatat importuese të medikamenteve, materialeve kuruese, substancave farmaceutike, etj.
- Inspektimi periodik i subjekteve private të licensuara – magazina e ilaçeve, dyqani i farmacisë dhe agjencia farmaceutike;
- Inspektimi periodik i prodhuesve – Inspektimi për licensat dhe autorizimin e medikamentit të prodhuar;
- Monitorimi i medikamenteve narkotike dhe psikotropike – Licensimi, autorizimi dhe çertifikatat importuese;
- Përpunimi statistikor i NPD dhe dhënia e informacionit Bordit Ndërkombëtar të Kontrollit të Narkotikëve (INCB)

Dy rregullatorë medikamentesh

Kryesisht, drejtoria është e përfshirë në funksione rregullatore në lidhje me kontrollin e çmimeve dhe inspektimet. Megjithatë, nuk është i kushtuar vëmendje e mjaftueshme medikamenteve që përdoren në spitale. Dokumenti mbi Shëndetësinë thekson që “menaxhimi i medikamenteve në shumicën e spitaleve nuk është i kompjuterizuar . . . vjedhja është problem”.⁽¹⁷¹⁾ Përveç kësaj, ka të tjera “fusha problematike në sektorin farmaceutik, të cilat përfshijnë legjislacionin, monitorimin dhe zbatimin e ligjit, sjelljen profesionale dhe etike në dhënien e recetave e të medikamenteve, vendosjen e çmimit të medikamenteve dhe cilësinë e furnizimit me medikamente”.⁽¹⁴⁸⁾ Në mënyrë shumë të qartë, ka një rol të hartimit të politikave dhe standardeve në lidhje me medikamentet, i cili duhet kryer nga ministria.

Meqënëse ekziston Qendra Kombëtare për Kontrollin e Barnave (QKKB), e cila në vetvete është një organizëm rregullator, është e diskutueshme nëse kjo drejtori ka një orientim të qartë. Nga pikëpamja jonë, funksionet rregullatore të drejtorisë mund të absorbohen lehtë nga autoriteti farmaceutik, QKKB. Vetë drejtoria, mund të orientohet nga politikat, duke lënë fushën rregullatore për t’u trajtuar nga QKKB, e duke shmangur në këtë mënyrë ekzistencën e dy institucioneve rregullatore për të njëjtën fushë nënsektoriale.

Kjo pikëpamje mbështetet edhe nga hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetin, të cilët janë shprehur që “duhet marrë në konsideratë zgjerimi i aktiviteteve të QKKB në fusha të tjera, që përfshijnë monitorimin e efekteve të padëshirueshme të produkteve dhe aparaturave mjekësore; kontrollin e aktiviteteve reklamuese e promocionale; lëshimin e çertifikatave për eksportimin e produkteve mjekësore dhe aparaturave mjekësore sipas kërkesave të OBSH; grumbullimin dhe përpunimin e të dhënave statistikore mbi tregtinë dhe konsumin e produkteve

mjekësore; dhënien e informacionit dhe promovimin e përdorimit racional të produkteve mjekësore e aparaturave mjekësore; dhe integrimin në rrjetet ndërkombëtare të informimit mbi barnat e pajisjet mjekësore”. (189)

Përgjegjësitë licensuese duhet të delegohen me kujdes

Sipas “ligjit të ri mbi barnat, parashikohet që licensimi do të kalojë nga MSH në Urdhrin e Farmacistëve. Përderisa marrëdhëniet midis MSH dhe Urdhrit të Farmacistëve nuk janë të qarta dhe deri sa nuk janë hartuar aktet nënligjore dhe procedurat e detajuara operuese, është e vështirë të gjykohej nëse kjo do të ishte një zgjidhje e përshtatshme”. (154)

Siç theksohet nga Dokumenti i Bankës Botërore mbi Shëndetësinë, duhet patur parasysh që nëqoftëse nuk janë krijuar strukturat e përshtatshme të drejtimit e kontrollit, një grup i tillë mund të transformohet shumë shpejt në një shoqatë tregtare apo në një grup për mbrojtjen e profesionit të mjekut. Nëqoftëse do të merret një vendim për të lejuar vet-rregullimin profesional, atëherë ky profesion duhet të ketë kompetenca të qarta për monitorimin dhe kapacitetet, të mbështetura nga politika të shkruara dhe procedura transparente për të ndërmarrë aktivitete për zbatim të ligjit. Bile edhe në prani të kapaciteteve të tilla, duhet të parashikohet një mekanizëm apelimi tek ministri apo tek ndonjë institucion tjetër.

Politika dhe planifikimi

Kjo drejtori duket në radhë të parë e fokusuar në përgjegjësinë e saj kryesore – hartim politikash e planifikim. Megjithatë, siç u pa edhe më lart, drejtori të tjera nuk janë të përshira si duhet në fushën e politikave. Drejtimi i hartimit të politikave duhet të mbetet në një njësi të vetme, një njësi e cila të jetë plotësisht e njohur me proceset që përfshihen në formulimin e politikave. Ajo duhet të kërkojë këshillim për çështjet teknike nga drejtoritë dhe njësitë e tjera që operojnë brenda fushave teknike që i përgjigjen politikave që hartohen. Prandaj, për çdo drejtori kryesore duhet të përcaktohen qartë përgjegjësitë specifike dhe të respektohen parametrat e tyre operacionalë.

Politika

- Bashkëpunimi dhe konsultimi me të gjithë sektorët e shëndetësisë, institucionet kryesore të shëndetësisë dhe donatorët në kuadër të hartimit e zbatimit të politikave.
- Hartimi i dokumentave politike e strategjike për MSH.
- Hartimi i matricës së programit të punës për MSH.
- Koordinimi i punës dhe përfshirja e drejpërdrejtë në hartimin e dokumentave strategjike e politike për sektorët e shëndetësisë në përgjithësi dhe sektorët e saj specifike.
- Ndjekje e vazhdueshme e procesit të marrëveshjes së Stabilizim-Asocijimit.
- Ndjekja e rezultateve të OZHM.
- Ndjekja e progresit të bërë mbi arritjet e masave të përcaktuara në Planin e Veprimit për zbatimin e Avantazheve të Partneriteti Evropian.

- Planifikimi afatgjatë i programeve.
- Menaxhimi i Programit Kombëtar të Shëndetit në Kërkim e Zhvillim
- Pjesëmarrja në Bordin e Autoritetit Rajonal Shëndetësor.
- Përgatitja e një manuali me indikatorët kryesorë (përcaktimi, metodologjia e llogaritjes, viti bazë, burimi) dhe azhurnimi i tij: krijimi i një baze të përshtatshme të dhënash për indikatorët, që të bëhet e mundur analiza efektive dhe e saktë e tyre.
- Hartimi i raporteve progresivë për çdo proces, analiza e progresit të bërë mbi masat prioritare gjatë periudhës së analizuar, arsyet për mosarritje dhe propozime për afate të reja kohore për arritjen e tyre.
- Përgatitja e raportit vjetor mbi aktivitetin e Sektorit të Shëndetësisë.
- Koordinimi me ministritë e linjës për çështjet e përbashkëta.

Ligjore

- Hartimi i dokumentit mbi Përafrimin e Legjislacionit.

Informacioni mbi shëndetësinë

- Analiza e tendencave të secilit indikator me anë të tabelave apo grafikëve përkatës: vlerësimi i indikatorëve dhe faktorëve me një ndikim pozitiv dhe negativ mbi tendencën e indikatorëve.

Drejtoria e Politikave duhet të koordinojë hartimin e dokumentave teknikë por duhet ta përjashtojë veten nga hartimi i dokumentave që duhen përgatitur nga Drejtoria Juridike.

Sipas opinionit tonë, analiza e informacionit shëndetësor do të ishte mirë t'i lihej një institucioni të Informacionit mbi Shëndetin. Hartuesit e politikave janë të orientuar nga proceset dhe kanë një sens të mirëzhvilluar përsa i përket ndjeshmërisë politike. Informacioni dhe statistikat mbi shëndetësinë duhet të analizohen nga persona që kanë aftësi të analizës sasiore. Produkti i analistëve duhet të përdoret nga hartuesit e politikave në gjetjen e zgjidhjeve politike për problemet e identifikuar. Kjo pikëpamje mbështetet edhe nga ata që kanë hartuar Dokumentin mbi Shëndetësinë të cilët kanë theksuar që “për të mbështetur politikën publike efektive për ofruesit privatë të kujdesit shëndetësor duhet të ekzistojnë tre faktorë në sistemin e shëndetësisë:

- (i) Hartuesit e politikave që njohin aftësitë e sektorit privat, aktivitetet dhe fondet e tyre;
- (ii) Dialogu i vazhdueshëm midis aktorëve publikë e privatë për të përmirësuar formulimin e politikave; dhe,
- (iii) Instrumentat e institucionalizuara politike për të ndërvepruar (veçanërisht ato financiare, të rregullimit dhe shpërndarjes së informacionit) me sektorin privat për të kontribuar në objektivat politike të të gjithë sektorit të shëndetësisë“. (75, Kutia 2.1)

Kjo nënkupton nevojën për një funksion të centralizuar (ministri) kompetent për politikën dhe planifikimin në lidhje me të gjitha aspektet e kujdesit shëndetësor.

Drejtoria Ekonomike

Funksionet e Drejtorisë Ekonomike tregojnë që ajo përgjithësisht funksionon ashtu siç duhet, dmth si një shërbim mbështetës. Megjithatë, siç mund të vihet re nga lista e funksioneve të mëposhtme, të përcaktuara, apo që supozohet që kryhen, disa nga funksionet janë më të përshtatshme për drejtori të tjera.

Politika

- Mban kontakte me organizata ndërkombëtare

Shërbime mbështetëse

- Hartimi i buxhetit
- Studime mbi problemet ekonomike
- Analiza e përmirësimit të strukturave shëndetësore
- Monitorimi i të ardhurave dytësore
- Monitorimi i kontabilitetit
- Ndjekja e buxhetit
- Hartimi i buxhetit për investimet
- Vlerësimi i projekteve të huaja
- Koordinimi i ndihmës së huaj.
- Sqarimi i dokumentacionit teknik mbi investimet
- Kontrolli i dokumentacionit teknik dhe ligjor mbi ndërtimet
- Sigurimi i transparencës për procedurat e prokurimit
- Ndjekja e procedurave ligjore të prokurimit
- Grumbullimi i projekt propozimeve

Ligjor

- Përmirësimi i legjislacionit për investimet

Operacionale

- Planifikimi i investimeve
- Zbatimi i buxhetit të investimeve

Në këndvështrimin tonë, mbajtja e kontaktit me organizatat ndërkombëtare është një funksion që duhet kryer nga një njësi politikash e ministrisë. Po kështu, mendojmë që përgjegjësia kryesore për planifikimin e investimeve dhe për të zbatuar apo kryer investimet në ndërtesa e pajisje duhet të jetë e asaj njësie specifike për të cilën do të shërbejë investimi.

Drejtoria e Burimeve Njerëzore

Kjo drejtori ka një fokus të qartë e të përshtatshëm të shërbimeve mbështetëse. Mendojmë që sektori i kontabilitetit të vendoset në Drejtorinë Ekonomike ku janë

edhe kompetencat e tjera financiare e të kontabilitetit. Drejtoria e Burimeve Njerëzore ka identifikuar sa më poshtë si funksionet e saj kryesore:

Shërbim mbështetës

- Realizimi i detyrave në përputhje me Ligjin mbi Shërbimin Civil: zbatimi i ligjeve që lidhen me Menaxhimin e Burimeve Njerëzore në Sektorin e Shëndetësisë.
- Pjesëmarrja në procesin e hartimit të planeve strategjike të ministrisë (për drejtorinë)
- Përgatitja e modaliteteve dhe procedurave për kualifikimin, menaxhimi dhe përdorimi i personelit të ministrisë dhe institucioneve në varësi: përfundimi i përshkrimit të vendeve të punës; zbatimi sistematik i procedurave të rekrutimit si dhe procedurat e përzgjedhjes të nëpunësve civilë; vlerësimi vjetor i punës për të gjithë stafin, marrja në punë e pushimi nga puna i nëpunësve civilë si dhe ndjekja e procedurave të kualifikimit për personelin shëndetësor.
- Planifikimi i numrit të stafit për spitalet dhe institucionet shëndetësore; përfshirja direkte në studimet e situatës së kualifikimit dhe nivelin e personelit shëndetësor; zbatimi i eksperiencave më të mira në planifikimin, zhvillimin dhe administrimin e motivimit të punonjësve.
- Ndjekja në përputhje me prioritetet e korrespondencës me institucionet në varësi dhe publikun në lidhje me kërkesat apo ankesat e tyre; mbajtja e arkivës dhe dosjeve të sektorit të personelit; pjesëmarrja në studime për çështjet e stafit; pjesëmarrja në përgatitjen e udhëzimeve dhe vendimeve të ndryshme për ruajtjen dhe mirëadministrimin e dokumentave.

Një përzierje e funksioneve të linjës me ato të personelit

Nga informacionet e marra, në Minsitrinë e Shëndetësisë 60% e numrit të punonjësve përbëhet nga infermierët. Në strukturën e minsitrisë ka vetëm një sektor për infermierët, i cili trajton nevojat e gjithë këtij numri të madh punonjësish. Sipas pikëpamjes sonë nuk është e drejtë që ky sektor të vendoset në shërbimet mbështetëse të ministrisë. Nuk duket gjithashtu që një njësi në ministri të merret me zhvillimin e mjekëve apo teknikëve mjekësorë. Përsëri, ndërsa ne ndjejmë nevojën e një funksioni të tillë, mendojmë që nuk do ishte e drejtë që ky funksion të kryhet nga një sektor i vendosur në shërbimet mbështetëse.

Drejtoritë dhe sektorët e Shërbimeve mbështetëse nuk duhet të kryejnë funksione teknike. Duhet kuptuar mirë që njësitë e shërbimeve mbështetëse në ministri ekzistojnë që të ndihmojnë menaxherët e linjës të kryejnë detyrat e ngarkuara për ta. Në këtë aspekt, shërbimet mbështetëse duhet të standardizohen në të gjitha ministrinë.

Drejtoria Juridike

Siç është përshkruar në rregullore, drejtoria juridike duket krejtësisht e përfshirë në funksione rregullatore e jo në ofrimin e shërbimeve mbështetëse për drejtoritë e tjera.

Rregullatore

- Pranimi i dokumentacionit të subjekteve private me aktivitet në sektorin e shëndetësisë (Mjek, Dentist, Farmacist, etj.).
- Përpunimi i të dhënave kompjuterike për personelin shëndetësor të licensuar për herë të parë apo që rinovojnë licensën (klinika, laboratore, Magazina farmaceutike, etj.).
- Përgatitja e një dokumentacioni përmbledhës, përgatitja e vendimit të Komisionit të Dhënies së Licensave.

Licensimi duhet bërë nga një njësi rregullatore

Vëmë re që drejtorja juridike, e cila është një shërbim mbështetës, është përgjegjëse për të këshilluar Komisionin e Licensave për të marrë vendime për licensimin e aktiviteteve të sektorit privat. Megjithatë, në Komisionin e Licensimit marrin pjesë të gjithë drjtorët e drejtorive të ministrisë duke përfshirë edhe ata të shërbimeve mbështetëse si dhe Drejtorin e Auditimit të Brendshëm në ministri. Nisur nga kompetencat e tyre personale, ne vëmë në diskutim vlerën e një numri kaq të madh anëtarësh në një Komision të tillë. Për mendimin tonë, roli i licensimit duhet të hiqet nga Drejtoria Juridike dhe ai duhet t'i jepet një njësie që ka përgjegjësi për problemet rregullatore të specialistëve të kujdesit shëndetësor.

Drejtoria e Teknologjisë së Informacionit

Zakonisht, në të gjitha ministritë, drejtorja e Teknologjisë së Informacionit është një shërbim mbështetës që ka përgjegjësi për të ndërtuar dhe mirëmbajtur sistemin e informacionit dhe të teknologjisë së informacionit si dhe të japë asistencë teknike për to. Megjithatë, nga informacionet e marra, tregohet që funksioni kryesor i Drejtorisë së Teknologjisë së Informacionit në Ministrinë e Shëndetësisë nuk është mbajtja e sistemit të teknologjisë së informacionit në ministri dhe në sistemin shëndetësor. Përkundrazi, funksionet e kësaj drejtorie janë më shumë të orientuara drejt informacionit shëndetësor.

Shërbime mbështetëse

- Kontakte për të siguruar mbështetje teknologjike mbi sistemet e informacionit në lidhje me furnizimin e programeve dhe kompjuterave si dhe me programet aplikative.
- Mbështetja dhe mirëmbajtja e Sistemeve të Informacionit të MSH, përditësimi i vazhdueshëm i arkitekturës së informacionit.

Informacioni shëndetësor

- Menaxhimi i të gjitha procedurave që përfshijnë grumbullimin, përpunimin dhe publikimin e të dhënave shëndetësore statistikore, të cilat janë analizuar dhe publikuar në përputhje me programin kombëtar statistikor: përgatitja e informacioneve të ndryshme dhe analizave të dobishme për politikatat dhe strategjitë e MSH.
- Përcaktimi i zhvillimit të strategjive të Informacionit Shëndetësor në lidhje me krijimin e bazës së të dhënave dhe standardizimin e informacionit në nivel kombëtar.
- Grumbullimi, kontrolli dhe përpunimi i gjithë informacionit shëndetësor administrativ.
- Bashkëpunimi, komunikimi dhe trajnimi i të gjithë personelit statistikor.

Rregullorja e MSH që kemi analizuar përcakton që Misioni i Sektorit të Statistikës dhe Teknologjisë së Informacionit është të: “organizojë, ofrojë dhe kontrollojë zbatimin e politikës shëndetësore të qeverisë në të gjitha institucionet shëndetësore”. Besojmë që këtu ka një gabim: kontrolli i zbatimit të politikës shëndetësore të qeverisë nuk është një detyrë funksionale që për një sektor mbështetës të Teknologjisë së Informacionit.

Institucionet në varësi

Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)

Me mbi 200 punonjës, Instituti i Shëndetit Publik ka misionin që të studjojë dhe monitorojë faktet e riskut, mbikqyrë sëmundjet infektive, shërben si laborator reference, etj.. Aktivitetet kryesore të tij janë identifikuar si:

- Identifikimi dhe zgjidhja e problemve mjekësore të popullsisë;
- Identifikimi dhe analiza e arsyeve për problemet mjekësore si dhe rrezikqet për shëndetin e popullatës;
- Informimi dhe edukimi i publikut mbi problemet mjekësore;
- Sigurimi i edukimit të vazhdueshëm dhe mbështetjes profesionale për specialistët e kujdesit shëndetësor;
- Kryerja e kërkimeve e studimeve mjekësore me qëllim që të ofrohen zgjidhje mjekësore të reja si dhe të hartohen strategji efektive për të parandaluar dhe kontrolluar sëmundjet.

Përgjegjësi pa autoritet

Aktivitetet e mësipërme përbëjnë një fushë përgjegjësish shumë të madhe, shumica e të cilave mund të interpretohen si funksione të përshtatshme për vetë ministrinë. Ndërkohë që instituti, duke funksionuar si i tillë, mund të pritët të kryejë studime dhe të ndërmarrë projekte brenda fushës së kompetencave të tij kërkimore, ky institut bën më shumë se kaq. Në shumë aspekte, Instituti funksionon si një krah kryesor ekzekutiv i Ministrisë. Instituti vetëm mund të këshillojë ministrinë megjithëse zotëron kompetencën teknike për fushat në të cilat këshillon.

ISHP organizon dhe merr pjesë në vrojtimit mbi shëndetin, përfshihet në shëndetin mendor të fëmijëve e të të rinjve dhe është gjithashtu përgjegjës për ose të paktën po merr një rol gjithnjë e më të madh në edukimin dhe promovimin shëndetësor. Nuk shohim nevojën se pse aktivitetet duhet të dublohen. Nëqoftëse ISHP është institucioni kryesor përgjegjës në këto zona, ministria nuk duhet të dublojë këto përpjekje: në rast se ministria kryen apo zgjedh të kryejë këto përgjegjësi, atëhere instituti duhet të mos i ushtrojë më këto funksione. Megjithatë, drejtuesit e ISHP pohojnë që ky institut po kalon gjithnjë e më shumë drejt promovimit dhe politikave shëndetësore. Të krijohet përshtypja se ministria është “vizionare”, ndërkohë që ISHP supozohet të jetë “operativ” – por ministria nuk mund të jetë “vizionari” në rast se nuk ka njohuritë e duhura, dhe ISHP nuk mund të jetë operativ me efektivitet në rast se nuk ka autoritet ekzekutiv. Sipas

nesh, ISHP-së duhet t'i jepet autoritet i plotë ekzekutiv për detyrat që ai kryen në emër të ministrisë.

Nevojat për informacionin shëndetësor

ISHP grumbullon statistikat shëndetësore publike, por nuk mbledh statistikat nga spitalet: këtë e bën Drejtoria e Informacionit në Ministri. Përsëri, sipas mendimit tonë, kjo ndarje funksionesh çon në probleme. Aksioma është që: kur janë shumë që përgjigjen për të njëjtën gjë, askush nuk është përgjegjës. Ne parashikojmë që ISHP mund të grumbullojë statistikat dhe informacionet e tjera specifike për problemet që ai duhet të trajtojë me operativitet. Megjithatë, besojmë që vetë ministria duhet të ketë një njësi për informacionin shëndetësor e cila të bashkojë informacionet dhe statistikat nga një numër i madh burimesh në mënyrë që të krijojë një pamje të përgjithshme e të plotë mbi shëndetin e popullatës dhe ta karakterizojë atë bazuar në këto informacione.

Kryesisht, ISHP ka bindjen se ministria ka një rol për spitalet. Problemi me ngritjen e institucioneve të ndryshme në varësi për t'u marrë me aspekte të ndryshme të kujdesit shëndetësor do të bëjë që qendra, dmth Ministria (e cila sot nuk është e fuqishme) do të mbetet plotësisht pa informacion në të ardhmen.

Problemet e raportimit dhe të përgjegjësisë

'ISHP në varësi të MSH, është përgjegjës për mbrojtjen e shëndetit (p.sh., parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve infektive, vaksinimit kombëtar) dhe shëndetit mjedisor. Ai punon kryesisht përmes drejtorive të shëndetit publik në rrethe. Drejtoritë përgjigjen si tek ISHP ashtu edhe tek MSH.'⁽⁵³⁾ Sipas mendimit tonë, përgjegjësia para dy institucioneve është një ngarkesë e tepërt dhe çon në një menaxhim joefektiv.

Në rrethe ka një Drejtor të Shëndetit Publik, por jemi informuar, që ky është një pozicion pa pushtet. Në Drejtorinë e Shëndetit Publik (DSHP) raportojnë dy drejtori: drejtoria e Shëndetit parësor; dhe drejtoria e spitaleve. Por nga pikëpamja operationale ata e marrin drejtimin nga kundrapalët respective në ministri. Sidoqoftë, ISHP ofron drejtim profesional për aktivitetet që kryhen nga rrethet dhe zyrat lokale dhe për çështjet e sëmundjeve infektive, zyrat e rretheve raportojnë tek ISHP. Kjo marrëdhënie e dyfishtë raportimi duhet të jetë e vështirë për personelin dhe mund të çojë në probleme të rastësishme apo të qëllimshme komunikimi. Është gjithashtu e vështirë të kuptohet se si mund të iniciohet me ndonjë shpresë një sistem i menaxhimit të performancës në një situatë kur ekzistojnë marrëdhëniet e dyfishta raportuese. Për mendimin tonë, Drejtori i Shëndetit Publik dhe gjithë personeli i tij duhet të jenë pjesë e mekanizmit të shërbimeve që jepen nga ISHP. Si i tillë, drejtori duhet të raportojë tek drejtori i ISHP. E kuptojmë që kjo gjë do të kërkojë legjislacionin e duhur.

ISHP ka fasilitetet për ruajtjen dhe transportimin e vaksinave dhe përpilon informacionin që i aftëson ato të identifikojnë se kur ndodhin rastet e sëmundjeve infektive. Personeli mjekësor i rretheve, mbi të cilin ISHP nuk ka autoritet, kryen

vaksinimet duke përdorur furnizimet me vakcina nga ISHP, por me një urdhër e vendim nga ministria. Vërejmë që përfshirja e shumë aktorëve këtu mund të çojë në një rrezik të madh në mosfunksionimin si duhet të logjistikës së komunikimit në një moment të caktuar.

Konstatojmë se situata aktuale e komplikon në mënyrë të panevojshme komunikimin dhe menaxhimin në përgjithësi. Si Institut, ISHP aktualisht raporton tek ministri. Megjithëse menaxherët kryesorë të institutit pranojnë që kanë marrëdhënie profesionale me Drejtorinë e Kujdesit Shëndetësor Parësor në ministri, ata pohojnë që nuk kanë shumë komunikim me Sekretarin e Përgjithshëm të Ministrisë. Problemi këtu qëndron që ka shumë të ngjarë që Sekretari i Përgjithshëm të mos ketë një pamje të plotë e të përgjithshme mbi sistemin shëndetësor në bazë të së cilës të këshillojë ministrin. Sipas mendimit tonë, ISHP duhet të raportojë tek Sekretari i Përgjithshëm ose tek një drejtor i përgjithshëm i ngarkuar për të drejtuar ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Nevojë për të patur status ligjor dhe burime

Duke qënë se Instituti është zgjeruar përtej kërkimeve e projekteve, ai ka filluar të kryejë më pak aktivitet shkencor se sa nënkupton emri i tij, por funksionon më shumë si një drejtori ministrie (pa autoritetin ekzekutiv) apo bile si një njësi komerciale (pa motivin e fitimit). Ky institut është zgjeruar dhe ka plotësuar ato që mendoheshin si boshllëk.

'Strategjia e Shëndetit Publik dhe Promovimit të Shëndetit parashikon një rol më të madh për ISHP.... përveç të qenit përgjegjës për mbrojtjen e shëndetit publik dhe shëndetit mjedisor.... Duke patur parasysh rolin e rëndësishëm që mund të luajë ISHP në një sektor të reformuar të shëndetit, që përfshin grumbullimin, analizën dhe dhënien e informacionit shëndetësor tek MSH dhe tek publiku, ISHP duhet të ketë burimet e duhura dhe pushtetin e duhur për të zgjeruar funksionet e tij e për t'u bërë një ISHP moderne ashtu siç përshkruhet në strategji'. (265)

Ne marrin në konsideratë mundësinë që roli i institutit nuk është as në mënyrë specifike e as kryesisht i përcaktuar për të qënë një organizëm kërkimor: por përkundrazi, ai synohet të jetë e të funksionojë si një organizëm i dhënies së shërbimeve. Në rast se do të jetë diçka më tepër se një Institut kërkimor, atëhere duhet të ndryshojë statusi i tij ligjor (punonjësit e institutit paguhen më pak se nëpunësit civilë të ministrisë).

Përgjegjësia e ISHP për mbrojtjen e shëndetit (veçanërisht parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve infektive dhe programi kombëtar i vaksinimit) duket e mbivendosur me atë të Drejtorisë së Kujdesit Shëndetësor Parësor. Drejtuesit e ISHP shprehen se Instituti gjithashtu është inkurajuar të përfshihet edhe në planifikimin familjar – edukimi, shpërndarja e prezervativëve, etj.

Hartuesit e Dokumentit të Bankës Botërore mbi Shëndetin kanë treguar që "Institutit i Shëndetit Publik është i mirëvendosur për të luajtur një rol drejtues në

këto përpjekje, por kapacitetet e tij do të kërkojnë një fuqizim të mëtejshëm dhe duhet të rriten burimet që i alokohen problemeve të shëndetit publik, përfshirë promovimin e shëndetit dhe iniciativat e reja të shëndetit publik, si edhe informacioni shëndetësor, për të lejuar trajtimin efektiv të këtyre çështjeve'.⁽⁶⁾ Jemi dakord që në rast se ISHP do të ngarkohet me këto detyra, ai duhet të ketë burimet e duhura.

Nevojë për të përpunuar kërkesat e buxhetit

Së fundi, në lidhje me ISHP, kemi informacionin që buxheti i i ISHP-së ndahet në 3 linja (në mënyrë të ngjashme me gjithë buxhetin qeveritar): investimet, shpenzimet operacionale dhe pagat. Është e pamundur të bëhet menaxhim financiar apo të kuptohen shpenzimet në këtë mënyrë: buxhetet duhet të jenë më të detajuara dhe duhet të caktohen sipas programeve.

Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave (QKKB)

Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave (QKKB) ka 36 punonjës dhe misionin për të siguruar e racionalizuar përdorimin e barnave të sigurta dhe me cilësi të lartë mjekësore, të vlefshme në çmime të arsyeshme. Megjithatë, vërejmë që kontrolli i medikamenteve narkotike dhe psikotropike janë funksione të Drejtorisë Farmaceutike të Ministrisë. Nuk ka kuptim që problemi i cilësisë së barnave të jetë përgjegjësi e QKKB, ndërsa Drejtoria Farmaceutike në ministri të jetë përgjegjëse për kontrollin e çmimeve: nuk shohim ndonjë arsye të mirë që këto çështje të trajtohen veçmas, përveçse nga pikëpamja e politikave ku drejtoria e politikës brenda ministrisë mund të hartojë skema të vendosjes së çmimeve. Ne do t'ia jepnim QKKB përgjegjësinë rregullatore (përfshirë vendosjen e çmimeve) për të gjitha barnat pa dallim nga natyra e tyre.

Qendra Kombëtare për Mirëqënien, zhvillimin dhe rehabilitimin e fëmijëve (QKMRF)

Qendra Kombëtare për Mirëqënien, zhvillimin dhe rehabilitimin e fëmijëve ka mbi 60 punonjës. Misioni i qendrës është të përmirësojë cilësinë e jetës së fëmijëve që kanë nevojë për vëmendje të posaçme, si dhe asistencë për familjet e tyre në rritjen, kujdesin dhe procesin e edukimit të fëmijëve. Aktivitetet kryesore të kësaj qendre janë:

- studimi, diagnostikimi dhe trajtimi i kequshyerjes së fëmijëve në moshën 0-6 vjeç dhe marrja e masave për të parandaluar pasojat e saj;
- me ekspertizën teknike të Katedrës së pediatri në Fakultetin e Mjekësisë, zbatimi i protokolleve në dallimin dhe trajtimin e çrregullimeve gjatë trajtimit të fëmijëve 0 - 6 vjeç.
- Trajtimi dhe rehabilitimi i fëmijëve në moshën midis 0 dhe 6 vjeç me çrregullime të zhvillimit.
- Organizimi dhe koordinimi nga pikëpamja shkencore e gjithë informacionit, edukimit dhe aktivitetit të mirëqënies në mbështetje të zhvillimit të personit në shoqëri.

Qëllimi i këtij institucioni duket se është më shumë i lidhur me shërbimet sociale tipike për ministrinë përgjegjëse për mirëqënien sociale se sa me MSH. Pranojmë që një fëmijë i kequshqyer mund të ketë nevojë për një vëmendje urgjente mjekësore në një spital. Por, siç e bën të qartë misioni i qendrës, kjo formë e ndërhyrjes emergjente nuk është fokusi kryesor i kësaj qendre. Në rast se një fëmijë vuan nga kequshqyerja, mundësia është që në familjen e fëmijës ka një problem më të madh familjar. Pohojmë që një qendër si kjo duhet të punojë në bashkëpunim të ngushtë me dhe nën drejtimin mjekësor të mjekëve, por mendojmë që kjo qendër duhet të jetë në varësi të Ministrisë së Punës dhe Shanseve të barabarta ku mund të gjendet një zgjidhje më e plotë familjare për problemet.

Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut (QKTGJ)

Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, me rreth 60 punonjës, menaxhon 29 bango gjaku, nga të cilat 3 janë në Tiranë. Bangot e gjakut në Tiranë janë në varësi administrative e teknike nga QKTGJ, ndërsa ato jashtë Tiranës varen nga pikëpamja administrative nga spitalet në qarqet e tyre.

Misioni i kësaj qendre është të sigurojë aksesin për gjak dhe produktet e tij në mënyrë që të plotësojë kërkesën për transfuzion gjaku. Aktivitetet e saj janë:

- Përzgjedhja e dhuruesve të gjakut
- Grumbullimi dhe përpunimi i gjakut
- Kontrolli për agjentë infektivë të transmetueshëm nga gjaku dhe përcaktimi i tipit të gjakut
- Shpërndarja e gjakut dhe produkteve të tij
- Sigurimi i cilësisë dhe përshtatshmërisë

Mendojmë që varësia administrative e përshkruar më lart vështirëson aktivitetet e buxhetimit; kontrollin e rezervave të gjakut dhe planifikimin e furnizimit; si dhe vlerësimin e performancës së punonjësve. Parashikojmë një situatë ku bangot e gjakut që janë në varësi administrative nga spitalet në qarqet e tyre përkatës, kanë rezerva gjaku, të cilat duke mos u përdorur Brenda afatit të përdorimit të tyre, detyrohen t'i derdhin ato. Mendojmë që të gjitha nagot e gjakut në vend të jenë nën varësinë administrative të QKTGJ.

Njësia e Transportit Mjekësor me helikopter

Njësia e Transportit Mjekësor me helikopter ka misionin të ofrojë shërbime të specializuara me helikopter për urgjencat mjekësore në Shqipëri. Aktivitetet e saj kryesore janë:

- ndërhyrja në rastet e emergjencave
- ekipe transporti mjekësor të specializuar në emergjenca
- transportimi i personave që kanë nevojë urgjente për qendra të specializuara

Është e paqartë se kush mund apo kush e urdhëron asistencën e kësaj njësie. Mendojmë që duhet të ketë një person/njësi në nivelin e ministrisë që të marrë përsipër përgjegjësinë me funksionin që të ketë personel apo të jetë e kontaktueshme 24 orë në ditë për 7 ditë të javës.

Qendra Kombëtare Universitare Spitalore ‘Nënë Tereza’

Qendra Kombëtare Universitare Spitalore “Nënë Tereza” ka të punësuar direkt rreth 2,800 persona. Misioni i spitalit është të ofrojë kujdesin spitalor sekondar dhe diagnostikim e kurim të specializuar si dhe zhvillimin e personelit mjekësor. Në mbështetje të këtij misioni, aktivitetet kryesore të kësaj qendre janë të:

- Ofrojë kujdes shëndetësor sekondar e terciar
- Ofrojë kujdes të specializuar mjekësor
- Shërbejë si një bazë pedagogjike në formimin e studentëve të mjekësisë, stafit rezident, personelit mjekësor dhe atij jo mjekësor.
- Shërbejë si një fasilitet kërkimor shkencor në ekzaminimin mjekësor.

Qendra ka një varësi të dyfishtë: varet nga Ministria e Shëndetësisë dhe nga Ministria e Arsimit. Ne mendojmë që duke qënë vetëm institucion mjekësor, kjo qendër duhet të varet vetëm nga Ministri i Shëndetësisë. Drejtori i Programit të Edukimit Mjekësor duhet të raportojë tek Ministri i Arsimit. Është parashikuar që Ministrat e Shëndetësisë dhe të Arsimit të takohen periodikisht për të zgjidhur çështjet, por duhen përcaktuar linja të qarta raportimi për të përcaktuar se cilat janë problemet e vërteta që duhen trajtuar.

Spitali universitar Obstetrik e Gjinekologjik

Spitali universitar Obstetrik e Gjinekologjik ka mbi 600 punonjës dhe misioni i tij është që të ofrojë kujdes spitalor sekondar e terciar si dhe diagnostikim e kurim të specializuar. Aktivitetet e tij kryesore janë:

- Analizë e specializuar në fushën e obstetrikës e gjinekologjisë
- Lindjet e abortet
- Ndërhyrjet e specializuara kirurgjikale në zona të ndryshme lidhur me gratë
- Informacioni dhe statistikat mbi numrin e lindjeve, vdekjeve dhe aborteve
- Shërbimet këshillimore (qendrat e planifikimit familjar)

Qendra ka një varësi të dyfishtë: varet nga Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Arsimit. Përsëri, në pikëpamjen tonë, Qendra, si një institucion mjekësor, duhet të varet vetëm nga Ministri i Shëndetësisë. Drejtori i Programit të Edukimit Mjekësor duhet të raportojë tek Ministri i Arsimit.

Spitali universitar i sëmundjeve të mushkërive

Spitali universitar i sëmundjeve të mushkërive funksionon me 274 punonjës, përgjegjës për të dhënë kujdesin spitalor sekondar e terciar si dhe kryerjen e

diagnostikimit dhe kurimit të specializuar në fushën e traktit dhe aparatit respirator. Në mbështetje të këtij misioni, aktivitetet kryesore të tij janë:

- Analizë e specializuar në fushën e traktit respirator dhe mushkërive
- Ndërhyrje të specializuara kirurgjikale në traktin dhe aparatit respirator
- Informacion dhe statistika mbi numrin e personave të infektuar me sëmundje të ndryshme të fushës, normën e shërbimit ose përkeqësimit dhe rastet e patrajtueshme.
- Këshillimi dhe shërbimet e parandalimit

Qendra ka një varësi të dyfishtë: varet nga Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Arsimit. Përsëri, në pikëpamjen tonë, Qendra, si një institucion mjekësor, duhet të varet vetëm nga Ministri i Shëndetësisë. Drejtori i Programit të Edukimit Mjekësor duhet të raportojë tek Ministri i Arsimit.

Shëndetësia rajonale

Ka 12 prefektura: secila prefekturë përfshin mesatarisht 3 rrethe. Megjithëse synohet të krijohen Autoritetet Rajonale të Shëndetësisë, ky proces nuk ka filluar ende. Jemi informuar që në qarqe ka 3 drejtori Shëndeti Publik, Shëndeti parësor dhe Menaxhimi i spitaleve. Ashtu siç është diskutuar më parë për Institutin e Shëndetit Publik, asnjë prej tyre nuk është përgjegjës për funksionimin në nivel qarku. Si është identifikuar në Dokumentin mbi Sektorin e Shëndetësisë, 'jashtë Tiranës, ofruesit e kujdesit parësor raportojnë tek drejtoria rajonale apo drejtoria e rrethit e shëndetit publik, ndërkohë që spitalet i raportojnë drejtorisë koresponduese të spitaleve'.⁽²⁴⁵⁾ Ky lloj raportimi nuk ofron një menaxhim të integruar apo të koordinuar. Propozimi ynë është t'i vendosim këto pozicione nën Institutine Shëndetit Publik dhe të përgjigjen zyrtarisht tek ai.

Përdorimi i Njësive të Autoriteteve Rajonale të Shëndetësisë si Ofrues të Shërbimeve është i diktueshëm

Dokumenti mbi sektorin e Shëndetësisë thekson që 'efektiviteti i Autoriteteve Rajonale të Shëndetësisë buron kryesisht nga aftësia e tyre për të alokuar financimin në dispozicion midis ofruesve të shërbimit në një rajon dhe për të bërë marrëveshjet e nevojshme për të përmirësuar cilësinë e përgjithshme dhe aksesin për kujdesin ndaj pacientëve. Por kjo, kërkon që ARSH t'u jepet autonomi e plotë për të marrë këto lloj vendimesh dhe kërkon talent shumë të madh menaxherial për të propozuar dhe më pas për të ekzekutuar vendime të tilla'.⁽²⁵⁰⁾ Dokumenti më pas nënvizon që 'edhe në vendet me sisteme dhe infrastruktura shumë të zhvilluara të kujdesit shëndetësor, kalimi në autoritet rajonale nuk ka qenë i lehtë'.⁽²⁵⁰⁾

Hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetësinë theksojnë që 'cilësitë e zgjerimit të autoriteteve rajonale shëndetësore duhet të vlerësohen me kujdes, bazuar në një vlerësim të plotë të Autoritetit Rajonal Shëndetësor të Tiranës, si pilot... Në një vend të vogël si Shqipëria ku të ardhurat e përgjithshme përbëjnë burimin kryesor të financimit të sektorit publik për shëndetësinë dhe ku ka kufizime serioze mbi kapacitetin menaxherial, krijimi i një shtrese administrative ekstra në

formën e autoriteteve rajonale të shëndetësisë që do të bashkëekzistojnë me ISHP është i diskutueshëm'.⁽²⁵²⁾

Dokumenti mbi Shëndetësinë pohon që 'nëse zbatohet modeli i blerjes direkte Autoritetet Rajonale të Shëndetësisë mund të zhduken. Mbase do të jetë e mundur të mbahet Autoriteti Rajonal Shëndetësor i Tiranës dhe/ose Autoritete të tjera Rajonale Shëndetësore në rolin e organizmave rajonale planifikues, por eksperineca në vende të tjera ka treguar që këto janë me përdorim shumë të kufizuar'.⁽²⁵⁷⁾

Përballë zhvillimit të ngadaltë të Autoriteteve Rajonale Shëndetësore si dhe performancës së treguar të ARSH të Tiranës, Dokumenti mbi shëndetësinë shprehet që 'Këshilli i Ministrave duhet të qartësojë rolin dhe funksionin e autoriteteve spitalore si dhe të Komisionint të Planifikimit të Spitaleve, kriteret për hapjen dhe mbylljen e spitaleve, si dhe përcaktimin e kriterëve për vendosjen (futjen) e statusit të emergjencës të një pacienti në spital që ai të klasifikohet për shërbim spitalor falas'.⁽²³⁹⁾

Mund të preferohet që të përqëndrohet politikëbërja në ministri dhe të transformohen ARSH-të në organizma rregullatorë ashtu siç edhe e nënkupton emri "Autoritet". Ky propozim është prezantuar duke patur opinionin që një kapacitet rregullator me bazë qarku (ndoshta që raporton tek prefekti) mund të jetë më efektiv së një ent rregullator që është pjesë e ministrisë apo që varet nga ajo.

Autoriteti Rajonal Shëndetësor i Tiranës (ARSHT/ ASFIR)

Autoriteti RajoalShëndetësor i Tiranës është krijuar në vitin 2000. Nëpërmjet këij Autoriteti janë punësuar 1,350 punonjës. Misioni i ARSHT është të menaxhojë, japë dhe sigurojë akses në kujdesin shëndetësor parësor si dhe të japë kujdes të specializuar shëndetësor parësor. Aktivitetet e tij kryesore janë:

- Hartimi i politikave, strategjive, planeve, programeve të prioriteteve të kujdesit shëndetësor të bazuara në politikën kombëtare të hartuar nga Ministria e Shëndetësisë;
- Koordinimi i aktiviteteve të kujdesit shëndetësor duke përfshirë edhe ato të sektorit privat dhe organizatat jofitimprurëse;
- Menaxhimi dhe drejtimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor;
- Propozimi i shërbimeve të reja të kujdesit shëndetësor;
- Paraqitja dhe propozimi i projekt akteve normative në Ministrinë e Shëndetësisë.
- Dhënia e shërbimeve të kujdesit parësor ambulator si dhe shërbimet dentare për personat e siguar.

'ARSHT u krijua si një eksperiment pilot me objektivin për të konsoliduar shëndetin publik të shpërndarë si dhe funksionet e kujdesit shëndetësor parësor nën një "çadër" si dhe për të planifikuar dhe menaxhuar këto shërbime në qarkun e Tiranës për të optimizuar dhënien e shërbimeve rajonale. Eksperimenti me ARSHT përgjithësisht është konsideruar që nuk i ka arritur të gjitha objektivat që

priteshin për një sërë arsyesh të ndryshme,...ARSHT duke mbrojtur idenë që të mbajë të gjitha burimet e qarkut nën kontrollin e vet, Instituti i Sigurimeve Shëndetësore (ISSH) mbronte idenë për modelin e blerjes së drejtpërdrejtë midis ISSH dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor në praktikë ARSHT nuk iu dha as autoriteti funksional dhe as ai administrativ mbi ofruesit e shërbimit shëndetësor në qarkun e Tiranës. . . Ndërkohë që ARSHT u kontraktua nga ISSH për dhënien e kujdesit parësor, atij nuk iu dha pushteti që të vepronte si një ofrues i vërtetë i kujdesit parësor'. (245)

Brenda Tiranës, të gjithë spitalet janë spitale për mësimdhënie që ofrojnë edhe shërbim shëndetësor terciar. Si të tilla, administrata e spitaleve është jashtë fushës së përgjegjësive të Autoritetit. Spitalet ose janë përgjegjëse për shërbimet e veta ose ministria kryen të gjitha blerjet e pajisjeve dhe furnizimeve të ndryshme për poliklinikat publike. Megjithatë, ARSHT është përgjegjëse për furnizimet mjekësore dhe pajisjet e poliklinikave publike. Ky është një rol që do ta vlerësonim si jo të kënaqshëm, një rol vetëm sa për t'i dhënë ARSHT diçka për të bërë, por kjo gjë veçse i shton administratës së poliklinikave detyrën për të siguruar këta artikuj të nevojshëm. Mendimi ynë është që këtë rol duhet ta luajnë ose spitalet nga të cilat varen poliklinikat ose ministria.

Problemet e drejtimit

ARSHT drejtohet nga një bord me 11 anëtarë , me kryetar Zëvendës Ministrin e Shëndetësisë: Ministri i Shëndetësisë cakton 5 anëtarë bordi. Anëtarët e tjerë të bordit caktohen nga Ministri i Financës, Kryetari i Bashkisë osë përfaqësuesi i tij, një përfaqësues nga Qarku, një përfaqësues nga Prefektura, një përfaqësues nga Instituti i Sigurimeve Shëndetësore, një përfaqësues nga Njësia e Zbatimit të Projektit të Bankës Botërore në Ministrinë e Shëndetësisë si dhe Drejtori Ekzekutiv i ARSHT. Bordi i ARSHT, me aprovimin nga Ministri, cakton Drejtorin Ekzekutiv të ARSHT: Drejtori Ekzekutiv mund të shkarkohet nga kjo detyrë si nga Bordi ashtu edhe nga Ministri. Sipas këndvështrimit tonë, nëqoftëse një Bord drejton ARSHT, do të ishte korrekte që Bordi të angazhojë ose jo Drejtorin e tij Ekzekutiv. Duhet shmangur situata kur një punonjës mund të shkarkohet nga pozicioni i tij nga Bordi apo Ministri. Po kështu, nëqoftëse Drejtori Ekzekutiv do të drejtohet nga Bordi dhe do të marrë udhëzime nga ai, nuk do të ishte e përshtatshme që të ishte anëtar i Bordit.

Struktura e ARSHT

Autoriteti ka 4 drejtori: Kujdesi Shëndetësor Parësor që mbulon gjithë poliklinikat; Inspektoriati Sanitar dhe i Shëndetit Publik; Shërbimet Kontraktuale (Drejtoria Ekonomike); dhe, një Drejtori politikash. Sipas një direktive të ministrit, që e gjithë politika duhet të hartohet nga ministria, Drejtoria e politikave është zvogëluar gjithnjë e më shumë dhe aktualisht ka vetëm 4 punonjës. Nuk është e qartë se pse duhet të ekzistojë ende kjo drejtori.

Rolet rregullatore

Autoriteti nuk licenson pjesëmarrësit e sektorit privat, por është përgjegjës për të kontrolluar këtë aspekt të sektorit të shëndetit. Në ministri ka një komision që licenson ofruesit e shërbimeve nga sektori privat. Drejtori Ekzekutiv i Autoritetit ka mendimin që kontrolli i ushtruar nga Autoriteti do të ishte vërtetë efektiv vetëm nëqoftëse Autoriteti do të ishte përgjegjës për të dhënë e hequr licencat. Edhe në mbështetje të pikëpamjeve.

Në lidhje me inspektimet për shëndetin publik, ndarja e përgjegjësisë midis Shëndetësisë dhe Ministrisë së Bujqësisë nuk është shumë e qartë. Në raportin mbi Analizën funksionale të Ministrisë së Bujqësisë, kemi propozuar krijimin e një Autoriteti për Sigurinë e Ushëimit. Në rast se ky rekomandim do të zbatohet, nuk do të ketë më paqartësi përgjegjësish.

Si një njësi që jep shërbime, ARSHT nuk i ka plotësuar detyrat që priteshin prej tij. Edhe në rast se do t'i kish plotësuar, burime të informuara kanë mendimin që do të ishte e vështirë të gjelesh një numër të mjaftueshëm njerëzish të kualifikuar për të bërë të mundur punësimin e njerëzve kompetentë në të gjithë ARSH-të në Shqipëri. Në përputhje me propozimin tonë të mëparshëm, kemi mendimin që modeli i ARSHT dhe ai i ARSH-ve duhet të transformohet në një rregullator rajonal të sektorit shëndetësor.

Instituti i Sigurimeve Shëndetësore (ISSH)

Instituti i Sigurimeve Shëndetësore me rreth 400 punonjës, është një fond kombëtar me status të pavarur, që përgjigjet para Parlamentit. Ai shtrin sigurimin shëndetësor që është i detyrueshëm për disa grupe specifike të personave ekonomikisht aktivë dhe vullnetar për ata që nuk janë ekonomikisht aktivë. ISSH është përgjegjës për një nivel të financimit të kujdesit shëndetësor; për të ofruar një gamë të gjerë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor; dhe për të kontrolluar kostot administrative. Aktualisht, ky institut paguan mjekët e kujdesit shëndetësor publik dhe paguan për mjekimet bazë. Si një iniciativë pilote në prefekturën e Tiranës, ai financon të gjitha shpenzimet për Kujdesin Shëndetësor parësor si dhe Spitalin e Qarkut të Durrësit. Misioni i tij është cilësuar për organizimin dhe menaxhimin e sigurimeve shëndetësore në vend. Në mbështetje të misionit të tij, aktivitetet kryesore janë:

- Grumbullimi i kontributeve
- Regjistrimi i të gjithë personave të siguruar në përputhje me skemën e detyrueshme të përcaktuar në ligj dhe pajisja e tyre me karta.
- Dhënia e instruksioneve, urdhërave dhe akteve të tjera administrative në mbështetje të kompetencave të veta.

Hapësirë e pakontrollueshme menaxhimi

Instituti i Sigurimeve Shëndetësore në zyrën e tij qendrore ka 8 drejtori:

- Kontrolli i brendshëm

- Drejtoria Ekonomike
- Teknologjia e Informacionit
- Personeli dhe Administrata
- Drejtoria Juridike
- Çmimet dhe Rimbursimet e Barnave
- Kontrolli mjekësor dhe farmaceutik
- Kontrolli i përgjithshëm mjekësor

Në qarqe ka një system të Zyrave rajonale dhe agjencive që janë satelit të zyrave rajonale. Struktura e standardizuar e zyrave rajonale ka 4 drejtori: Barnat, rimbursimet, Teknologjia e informacionit dhe financa e administrate. Ekzistenca e këtyre zyrave rajonale bën që numri i vartësve të Drejtorit Ekzekutiv të ISSH të jetë rreth 20 – që në pikëpamjen tonë është një numër shumë i madh për t'u menaxhuar.

Jemi informuar që ISSH ka një deficit të vazhdueshëm operacional i cili vetëm gjatë vitit 2005 ka kaluar 10 milion US\$. ISSH nuk ka autoritetin për të operuar një fond investimi, por duke patur defiçite operacionale, fondi praktikisht është minimal. Nuk është përcaktuar akoma nëse ekziston ekspertiza për investime në ISSH e gjithashtu nuk është përcaktuar se cilat parametra investimi duhen vendosur për të kufizuar natyrën e investimeve të ISSH-së. Përshtypja jonë është që ISSH kërkon një vëmendje urgjente për të përmirësuar pozicionin e tij financiar dhe disa aspekte të programit të tij për mbulimin shëndetësor.

Drejtori i Përgjithshëm ka arsimin për menaxhimin e riskut financiar. Mendojmë që është e këshillueshme për Drejtorin aktual që të minimizojë kohën që shpenzon për çështjet administrative për t'u marrë me çështjet kritike financiare. Për këtë qëllim, DP duhet të konsolidojë disa funksione që aktualisht raportojnë tek drejtori dhe duhet të caktojë një shef që të drejtojë zyrat rajonale.

Konsiderata për Mbulimin e Sigurimeve

Vëmë re që “përfitimet e sigurimeve janë të kufizuara vetëm për kujdesin parësor dhe për përfitimet e barnave”.⁽¹⁸⁾ Duke patur parasysh rastet e personave që paguajnë për të kapërcyer radhat e trajtimeve, do të ishte me efekt në rast se përfitimet e sigurimeve do të lidheshin vetëm me barnat dhe kujdesin sekondar e terciar. ISSH duhet të përpiqet të modelojë efektin e një ndryshimi të tillë.

Përveç kësaj, ISSH duhet të “qartësojë se cilat shërbime ka të drejtë t'i përfitojë falas popullata nga ofruesit publikë, cilat shërbime kërkojnë një pagesë edhe nga pacienti dhe cilat shërbime duhet të paguhen plotësisht nga pacienti”.⁽²³⁾ Mund t'i referohen për këtë Shtetit të Oregonit në SHBA, të cilët përcaktuan një paketë të kujdesit shëndetësor bazë për personat që bënin pjesë në programin e tij të asistencës mjekësore. Ndërkohë që zgjidhja e Oregonit mund të jetë e debatueshme, duhet të shqyrtohet nëse ky model ose një variant i modifikuar i tij mund të funksionojë në Shqipëri.

Qartësimi i marrëdhënieve financiare

Aktualisht, financimi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri është kompleks, sepse “Ministria e Shëndetësisë paguan për kujdesin spitalor, pagat e personelit jo mjeksëor dhe herë pas here edhe kostot operative për kujdesin parësor. ISSH paguan për pagat e mjekëve të kujdesit parësor, barnat e recetave dhe diagnostikimin përfundimtar. ... Linjat e përgjegjësisë janë të paqarta, veçanërisht në nivelin e kujdesit parësor”.⁽¹⁹⁾ Mbështesim propozimin e hartuesve të Dokumentit mbi Shëndetësinë që shprehen që “fondet buxhetore dhe ato të sigurimeve shëndetësore, duhet të grumbullohen e kanalizohen vetëm nëpërmjet një agjencie (Institutit të Sigurimeve Shëndetësore) i cili më pas të blejë kujdesin shëndetësor në emër të popullsisë shqiptare nga ofruesit e kujdesit shëndetësor”.⁽²¹⁾

Pushteti vendor

Pushteti lokal në të 315 njësitë e tij zotëron fasilitetet e Kujdesit Shëndetësor Parësor brenda kufijve të këtyre njërive, përveç rasteve brenda zonave urbane ku zyrat e rretheve të Ministrisë së Shëndetësisë ende zotërojnë dhe administrojnë shërbimet e Kujdesit Shëndetësor Parësor. Administratorët e rretheve dhe menaxherët e kujdesit shëndetësor nuk kanë një informacion të vazhdueshëm menaxherial dhe kanë një kapacitet të kufizuar teknik për të menaxhuar me efektivitet. Përveç poliklinikave në Tiranë, të gjitha poliklinikat e tjera janë përgjegjësi e spitaleve të rretheve.

Pjesën më të madhe të përgjegjësisë për shëndetin publik e kanë drejtoritë e shëndetit publik në rrethe, të cilat kanë dy struktura të ndara dhe dy lloje përgjegjësish. Drejtoritë përgjigjen si përpara Institutit të Shëndetit Publik ashtu edhe tek Ministria e Shëndetësisë. Kjo është një situatë ku askush nuk e ka plotësisht në dorë situatën. Propozimi ynë, i dhënë edhe më parë, është që Instituti i Shëndetit Publik të jetë përgjegjës për të gjithë personelin e shëndetit publik.

Pjesë nga prezantimi i USAID mbi menaxhimin e Shërbimeve Shëndetësore

Në maj 2005, Mark McEuen bëri një prezantim që përmbledhi rezultatet e një projekti të USAID. Prezantimi i Z. McEuen theksoi që në kujdesin shëndetësor publik ka një menaxhim të fragmentuar; regjistrimet e pacientëve nuk janë të organizuara; nuk ka informacion mbi kostot e shërbimeve të kujdesit shëndetësor; dhe është bërë shumë pak analizë dhe është përdorur shumë pak informacioni shëndetësor. Ai propozoi që:

- Kartelat mjekësore duhet të rishikohen e kontrollohen
- Duhet hartuar një system i vlerësimit të kostos për kujdesin e shëndetit publik
- Duhet të krijohet sistemi i informacionit shëndetësor dhe të përmirësohet përdorimi i sistemit të informacionit shëndetësor.

Standardet e Cilësisë së Shërbimit – Përsa i përket dhënies së shërbimeve dhe cilësisë së tyre, McEuen ka theksuar që nuk ka një model të përcaktuar të kujdesit shëndetësor publik dhe është punuar shumë pak për sigurimin e cilësisë. Ai është shprehur që standardet dhe praktikat janë të vjetëruara. Në lidhje me publikun, McEuen nënvizon që ka një perceptim të një cilësie të ulët të kujdesit shëndetësor. Ai gjithashtu vuri re që nuk ka një mekanizëm informimi nëpërmjet të cilit pacientët dhe publiku mund të shprehin pikëpamjet e tyre mbi dhënien e shërbimeve dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor. Për të trajtuar këto të meta, McEuen ka propozuar që:

- Duhet të krijohen udhëzues klinikë
- Duhet të prezantohen procese të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë
- Duhet të kryehen vrojtime mbi nivelin e kënaqësisë së pacientëve
- Duhet të ngrihen Borde Rajonale e Qendrore për përmirësimin e cilësisë

Trajnimi profesional – Në lidhje më trajnimet për mjekimin në familje, prezantimi i McEuen ka theksuar që ka një numër të kufizuar materialesh trajnuese moderne si dhe nuk ka trajnime të vazhdueshme për mjekimin familjar për doktorët e infermierët. Ai propozoi:

- Duhet të krijohen materiale trajnuese
- Duhet të eksplorojnë opsione për trajnim kombëtar
- Mjekët e infermierët duhet të trajnohen

Dhënia e shërbimeve – Brenda ambulancave e poliklinikave ka një gamë të kufizuar të shërbimeve që ofrohen; ka një informacion shumë të kufizuar si dhe një nivel të ulët kualifikimi. Për të punuar dret së ardhmes, ai propozoi që:

- Duhet të përcaktohen qartë rolet e MSH, ISSH dhe pushtetit lokal
- Duhet të përcaktohet gama e shërbimeve që ofrohen në ambulanca e poliklinika
- Të bëhet një pilot për dhënien e shërbimeve

Informacioni shendetësor për Publikun – Z. McEuen shprehet që publiku ka njohuri të kufizuara për problemet e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Ai ka propozuar që:

- Duhet të krijohet informacion specifik për grupe të fokusuara
- Duhet të nxitet krijimi i grupeve shëndetësore për gratë
- Depistimi shëndetësor duhet të bëhet në nivel komuniteti.

Arsyeja që paraqitëm këto gjetje e rekomandime në këtë analizë funksionale në kuadër të reformës në administratën publike është: në mënyrë që të veprohet bazuar në këto rekomandime, kërkohet të organizohet një funksionalitet dhe strukturë raportimi në nivelin e përshtatshëm të dhënies së shërbimeve.

Plani Strategjik i Ministrisë

Në strategjinë e ministrisë, Deklarata e misionit të saj është:

Për të ruajtur dhe përmirësuar vazhdimisht shëndetin e popullsisë

Kjo edhe sipas mendimit tonë është një deklaratë e saktë dhe konçize për një Ministri Shëndetësie.

Drejtimi strategjik i ministrisë

Strategjia e Shëndetit thekson që MSH synon të drejtohet drejt hartimit të politikave, strategjive, planeve kombëtare të zhvillimit të kujdesit shëndetësor. Ajo tenton të mos mbajë më rolin e saj tradicional si një menaxher i drejtpërdrejtë i shërbimeve shëndetësore.

MSH sheh nevojën për të krijuar struktura në lidhje me sigurimin shëndetësor, shëndetin mendor, menaxhimin e shëndetit, kontrollin e cilësisë, akreditimin, licensimin, monitorimin, zhvillimin e vazhdueshëm profesional, standardizimin dhe mirëmbajtjen e pajisjeve. Ajo ka për qëllim t'i fuqizojë sistemet e informacionit shëndetësor në nivel qendror e lokal.

Krijimi i standardeve profesionale

Dokumenti strategjik i MSH vëren gjithashtu që në lidhje me akreditimin institucional dhe profesional, vendi nuk ka as traditën dhe as përvojën e duhur. MSH synon të krijojë një shërbim kombëtar për akreditimin në fushën e shëndetësisë.

Strategjia merr në konsideratë që një numër organizatash, të krijuara jashtë qeverisë, të tilla si Urdhri i Mjekut, Urdhri i Farmacistëve dhe Shoqata Profesionale e Infermierëve dhe Mjekëve do të marrë rolin e mbrojtjes së publikut: ruajtjen e standardeve dhe vlerave etike të profesioneve, vendosjen e rregullave për sjelljen profesionale të anëtarëve të tyre; dhe vlerësimin e kompetencës për regjistrim e licensim. Ajo gjithashtu thekson që shoqata të ndryshme profesionale do të punojnë për hartimin dhe botimin e udhëzuesve klinikë praktikë.

Kemi rezerva përse i përket dhënies së këtyre roleve shoqatave profesionale, nëqoftëse ato synohet të zëvendësojnë përgjegjësinë e ministrisë në këto fusha. ' Një shoqatë efektive mjekësore (urdhri i mjekëve) mund të luajë një rol të rëndësishëm në krijimin dhe ruajtjen e cilësisë e standardeve. . . Megjithatë, duhet të mbahet parasysh që nëqoftëse nuk krijohen struktura të përshtatshme drejtimi e kontrolli, një grup i tillë mund të shndërrohet në një shoqatë tregtare apo në një grup për mbrojtjen e profesionit të mjekut'. (266)

Sipas pikëpamjes sonë, ministria (apo Autoritetet Rajonale Shëndetësore, sipas kuadrit ligjor të rishikuar) duhet të krijojnë strukturat e veta për të dhënë këto

forma të mbrojtjes së qytetarëve dhe, kur ato të jenë të suksesshme në krijimin e politikave të shkruara, standardeve dhe procedurave si dhe një sistemi transparent të licensimit dhe rregullimit, duhet të merret në konsideratë që ato t'ua japin të gjitha rolet ose disa nga to këtyre shoqatave profesionale.

Mungesat rregulatore

Dokumenti strategjik i ministrisë thekson gjithashtu që përhapja dhe zhvillimi i sektorit privat kanë qënë më të mëdha e me hap më të shpejtë se procesi rregulator, duke sjellë kështu probleme në lidhje me cilësinë e shërbimeve të dhëna. Të metat e këtij sistemi rregulator janë:

- Mungesa e eksperiencës në monitorimin dhe kontrollin e aktivitetit privat dhe mungesa e strukturave për këtë proces
- Legjislacioni i fragmentuar nuk përcakton qartë rolet dhe masat e penalizimit janë të dobta
- Licensim i diskriminuar i individëve

Dokumenti i Sektorit të Shëndetit vëren që “kujdesi dentar dhe sektori farmaceutik janë të privatizuar në një masë të madhe. Rëndësia e sektorit privat po rritet në fushat e diagnostikimit dhe shërbimeve ambulatorë. (73). . . (pavarësisht) nuk është ngritur ende një sistem efektiv i rregullimit e inspektimit të sigurisë dhe cilësisë’. (15) Ai thekson ‘sistemi i licensimit të ofruesit duhet të përfitojë nga fuqizimi i ndjeshëm . . . Kjo do të kërkojë vendosjen e standardeve të reja licensuese dhe ngritjen e kapaciteteve në MSH për të fuqizuar këto standarde’. (33)

Dokumenti i Sektorit të Shëndetësisë nënvizon çështjet e mëposhtme në lidhje me përpjekjet ekzistuese rregulatore si dhe me nevojat e vendit:

- Qeveria ka një rol për rregullimin e sektorit privat në mënyrë që të sigurojë sigurinë e pacientit dhe standardet minimale të kujdesit. Kjo përfshin, midis të tjerave, licensimin e ofruesve, akreditimin dhe inspektimin e ambjenteve, vendosjen e kërkesave raportuese dhe hartimin e politikave të çmimeve për kujdesin shëndetësor privat. . . . Gjithashtu, as MSH dhe as ndonjë organizëm tjetër nuk mban një bazë të përshtatshme të dhënash mbi ofruesit privatë, ka një informacion të pamjaftueshëm mbi aktivitetet e sektorit privat në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe mungojnë pothuajse fare kapacitetet për monitorimin e një aktiviteti të tillë. (76)
- Agjencitë e pavarura rregulatore dhe organizmat profesionale mund të luajnë një rol të rëndësishëm në këtë fushë. (77)
- Shqipëria do të ketë nevojë të krijojë një kuadër të fuqishëm rregulator si dhe të ngrejë organizma për të siguruar kontrollin e cilësisë. Nevojitet një sistem efektiv i rregullimit dhe inspektimit të sigurisë e cilësisë për të siguruar standarde të përshtatshme cilësie për pajisjet dhe ambjentet, dhe veçanërisht, për të mbrojtur pacientët dhe stafin nga praktikat e rrezikshme. (103)

- Kapacitetet e dobta të inspektimit kanë rezultuar në një zbatim të dobët të kërkesave ligjore për lëshimin e recetave. (147)
- Inspektorët përgjegjës për zbatimin e rregulloreve në farmacitë dhe magazinat e barnave paguhen shumë pak dhe nuk kanë mjetet e nevojshme (zyra, makina, pajisje) për ta bërë si duhet punën. (158)
- Pagat e ult të inspektorëve dhe marëdhëniet ekzistuese me njësitë e inspektuara mund të kompromentojnë objektivitetin dhe të çojnë në neglizhimin e thyerjeve të ligjit apo pranimin e ryshfeteve. (176)
- Komisioni i nomenklaturës vendos për regjistrimin e barnave, Komisioni i Licensave aprovon licensat për të gjithë specialistët e bizneset mjekësorë e farmaceutikë, dhe Komisioni i Rimbursimeve aprovon barna të reja për t'u përfshirë në listën e rimbursimeve të ISSH, vendos çmimet dhe kufijtë e rimbursimeve dhe eliminon barnat e vjetëruara apo ekonomikisht të vjetëruara. Janë ngritur shqetësime edhe për transparencën me të cilën operojnë këto komisione. (175)
- Përbërja dhe mënyra e operimit të komisioneve kryesore që merren me regjistrimin, rimbursimin e barnave dhe licensimin e specialistëve duhen rishqyrtuar. . . Procedurat e funksionimit si dhe rezultatet e vendimmarrjes duhet të bëhen publike. (193)

Komisionet e mëdha janë të pamëshueshme e meqënëse në vendimmarrjen dhe procedurat e tyre ato drejtohen nga një ose pak persona me pozicion të rëndësishëm dhe informacion të mirë, ato nuk mund të pengojnë abuzimet siç mund ta bëjnë këtë gjë politikën, udhëzimet, aplikimet dhe vendimet e shpallura. Ne favorizojmë një model në të cilin një ent rregullator i pavarur operon me politika të shkruara e transparente, në të cilin theyrjet e ligjit rezultojnë në penaltete të sigurtë e të ashpra, të shoqëruara me njoftimin publik të ankimit e zgjidhjes. Mendojmë që një model i tillë do të shërbejë për zvogëlimin e numrit të stafit të inspektorëve të nevojshëm (duke lejuar një numër modest inspektorësh për t'u paguar dhe t'u pajisur siç duhet për funksionin që kryejnë, ndërkohë që nxisim funksionim në përputhje me kërkesat rregullatore nga organizmat dhe personat që i nënshtrohen inspektimit.

Përsërisimi propozimin tonë të mëparshëm për një ent rregullator të fuqishëm për sektorin e Shëndetësisë brenda Autoriteteve Rajonale të Shëndetësisë.

Planifikimi i burimeve njerëzore

Si në dokumentin strategjik ashtu edhe në diskutimet e bëra me menaxherët e MSH vihet re një mungesë e planit kombëtar për burimet njerëzore për sektorin e shëndetësisë. Problemet e burimeve njerëzore janë identifikuar si më poshtë:

- Kufizimi i burimeve njerëzore të trajnuara;
- Shpërndarja e pabarabartë e stafit mjekësor në të gjithë vendin;
- Zvogëlimi i elitës profesionale (emigrimi);

- Numri i pamjaftueshëm i mjekëve të familjes dhe atyre të përgjithshëm;
- Mungesa e menaxherëve të administrimit shëndetësor; dhe një
- Mungesë standardizimesh në sistemin e trajnimeve dhe të akreditimit profesional.

Përveç këtyre problemeve të identifikuara, Dokumenti mbi Shëndetësinë bën komentet e mëposhtme:

- Të dhënat për burimet njerëzore për Shqipërinë të ËHO HFA ndryshojnë paksa nga ato të dhëna nga MSH, megjithëse edhe të dhënat e ËHO janë marrë nga MSH. Ky është një tregues i një gjendje të dobët të informacionit të sektorit shëndetësor në përgjithësi dhe të të dhënave për burimet njerëzore në veçanti. (109, Shënim në fund të faqes 12)
- Për të paraprirë daljet në pension në 10 vjeçarin tjetër, duhet të fillojë planifikimi që tani. (116)
- Përshkrimet e vendeve të punës ... nuk ekzistojnë dhe performanca në punë nuk vlerësohet. Rrjedhimisht, asnjë nuk pushohet apo ndëshkohet me masa disiplinore, gjë që krijon një qëndrim cinik dhe kultivon dembelizmin dhe mungesat në punë. (125)
- disa çështje potencialisht të rëndësishme . . . Sidoqoftë, si rezultat i mungesës së informacionit të detajuar mbi numrin aktual të mjekëve dhe daljet e pritshme në pension, nuk është e qartë se sa serioze janë këto probleme. theksohet nevoja për të bërë planifikim të burimeve njerëzore në këtë nivel agregimi. (132)
- Megjithëse mund të jetë parakohshme të themi që ka një “krizë” në burimet njerëzore shëndetësore në Shqipëri, ka indikacione të rëndësishme që kërkojnë një analizë të thellë dhe të vazhdueshme. (135)
- Duke marrë parasysh lëvizjen drejt rolit politikë bërës që do të marrë MSH, nevojitet një Drejtori e Burimeve Njerëzore shumë e fuqishme. (141)
- Në një përpjekje për të motivuar mjekët e Përgjithshëm të punojnë në zona më të lartgta, paga e tyre është strukturuar që të lejojë pagesa shtesë për vendin ku punohet. . . infermierët përfitojnë rritje për shërbimin (2% në vit), si dhe për punën me turne. Po kështu edhe profesione specifike si kryeinfermierja, infermierët në trajtimet intensive dhe specializimet e tjera. Është e qartë, që për marrjen e këtyre shtesave mundësitë më të mëdha janë në zonat urbane. (121)
- Ka një mungesë farmacistësh në spitale dhe farmacish private në zonat rurale. (185)

Ministria duhet të ketë një njësi specifike organizative të ngarkuar me përgjegjësinë për të përcaktuar kërkesat për kompetencat mjekësore. Por megjithatë, planifikimi i kërkesave të burimeve njerëzore nuk duhet të ndahet nga planifikimi i fasiliteve dhe zhvillimi i përgjithshëm i politikave, sepse në fund të fundit dhënia e shërbimeve shëndetësore bëhet nga njerëzit. Aktualisht,

planifikimi i burimeve njerëzore kryhet nga Drejtoria e Shërbimeve Mbështetëse në Ministri për Burimet njerëzore – një njësi që funksionon për të mbështetur funksionimin e aparatit të ministrisë. Propozojmë që planifikimi i burimeve njerëzore për specialistët e shëndetit, stafin teknik dhe persona të tjerë të nevojshëm për të mbështetur funksionimin e klinikave, ambulancave, etj., duhet të jenë pjesë e funksionit të politikave e planifikimit në ministri.

Pagesa për mirënjohje

MSH vëren se pagesat ilegale për profesionistët në fushën e shëndetësisë (shpesh herë të ashtuquajtura “pagesë për mirënjohje”) janë të pakontrollueshme. Për të trajtuar këtë, ministria propozon një kombinim të pagesës për çdo person dhe një tarifë për shërbim. Nuk është e qartë se si ky propozim do të zgjidhë korrupsionin kaq të madh.

Kujdesi Shëndetësor Profesional dhe nevojat e menaxhimit

Ministria shprehet që politikat aktuale për nxitjen e tërheqjen e profesionistëve të mirë kanë treguar që nuk janë efektive.

Përsa i përket problemeve të menaxhimit, strategjia vëren që për emërimin e “numrit një të zyrës” (shefit) merren të gjithë dhe për personat e tjerë interesi bie e ata ndihen të pafuqishëm dhe bëhen indiferentë. Strategjia komenton që nuk ka standarde menaxhimi ku të mbështetet praktika e menaxhimit të shërbimit shëndetësor. Ka një propozim ndër strategjitë e ministrisë për organizatat menaxheriale që menaxhohen nga dy palë (të quajtura struktura bipolare): një mjek merret me çështjet teknike dhe një menaxher biznesi administron burimet financiare. Nuk mbështesim strukturën që ndan përgjegjësinë e përgjithshme të organizatës. Duhet të ketë vetëm një vendimmarrës, i cili megjithëse mund të këshillohet nga persona me kompetenca specifike, mban përgjegjësinë për të gjitha aspektet dhe implikimet e çdo vendimi.

Strategjia gjithashtu shpjegon se çfarë e shkakton ndarjen: mungesa e menaxhimit profesional; dhe, mungesa e pavarësisë së spitaleve. Shqetësimi për këtë problem rritet kur merret në konsideratë problemi i standardeve të kujdesit shëndetësor. Dokumenti mbi shëndetësinë thekson që: “nuk janë trajtuar dhe përshtatur për kujdesin ambulator cilësia e standardeve të kujdesit dhe protokollat e trajtimit standard dhe ofruesit nuk kanë ngritur një sistem për përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë”.⁽¹¹⁾ Dokumenti vazhdon që “personelit shëndetësor në Shqipëri i mungon trajnimi në shërbim për të rritur aftësitë e tyre. . . Përpjekjet e kufizuara për të fuqizuar aftësitë klinike të ofruesve të kujdesit parësor janë të pakoordinuara dhe sporadike”.¹³⁾

Është e qartë, që problemi i kompetencave profesionale duhet të zgjidhet përpara se spitalet të marrin pavarësinë menaxheriale.

Jemi dakord me hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetësinë që shprehen, “përpjekjet pilot për të hartuar udhëzime klinike . . duhet të çohen më tej duke

institucionalizuar hartimin dhe adoptimin e udhëzuesve të trajtimit dhe dhënies së recetave, krijimin e një programi kombëtar trajnimi në shërbim për mjekët dhe infermierët dhe hartimin dhe zbatimin e një programi trajnimi”. (31)

Ky funksion për mendimin tonë do të qëndrojë më mirë brenda MSH.

Financimi i Kujdesit Shëndetësor

Dokumenti strategjik i ministrisë thekson që spitalet financohen sipas “tradiës” me 65% të buxhetit total për shëndetësinë të shpenzuar në spitale gjatë një viti më parë. Në këndvështrimin tonë, alokimet e buxhetit duhet të bëhen mbi bazën e një analize të shëndoshë investimesh që të përcaktojë se kur duhen bërë zëvendësimet e jo duke bërë shpenzime të vazhdueshme për mirëmbajtje dhe riparim, dhe, mbi bazë të numrit më të madh të rezultateve më të suksesshme me pacientët. Për çdo rast duhen vendosur standarde dhe udhëzime.

Dokumenti mbi shëndetësinë komenton që: “MSH (pagan) për kujdesin spitalor, pagat e personelit jomjekësor dhe herë pas here kosto të tjera operationale për kujdesin parësor. ISSH pagan pagat për mjekët e kujdesit parësor, medikamentet e recetave dhe diagnostikimin përfundimtar. Linjat e përgjegjësive janë të paqarta, veçanërisht në nivelin e kujdesit parësor.” (19)

Përsëri jemi dakord me hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetësinë kur ata thonë që: “fondet buxhetore dhe ato të sigurimeve shëndetësore, duhet të grumbullohen e kanalizohen vetëm nëpërmjet një agjencie (Institutit të Sigurimeve Shëndetësore) i cili më pas të blejë kujdesin shëndetësor në emër të popullsisë shqiptare nga ofruesit e kujdesit shëndetësor”. (21)

Rregullimi i medikamenteve

Në lidhje me medikamentet, dokumenti komenton mbi suksesin që vendi ka patur në rritjen e zgjerimin e industrisë së tij prodhuese farmaceutike, por gjithashtu vëren që ndeshen probleme serioze në lidhje me cilësinë, etiketimin dhe vendosjen e çmimeve. Ndërkohë që ministria njih nevojën për një kontroll më të mirë rregullator në këtë fushë, duket që ajo favorizon që ky kontroll të bëhet nga Urdhri i Farmacistëve e jo nga një agjenci qeveritare. Propozojmë krijimin e kompetencave të nevojshme brenda Qendrës Kombëtare për Kontrollin e Barnave.

Përmbledhje e vëzhgimeve tona

Kuptimi ynë mbi dokumentin strategjik dhe dokumente të tjerë që reflektojnë mbi situatën lokale të kujdesit shëndetësor dhe institucionet e tij si dhe diskutimet që kemi bërë me menaxherë të MSH japin informacion të rëndësishëm për të orientuar strukturimin funksional të ministrisë.

Siç është theksuar në Dokumentin mbi Sektorin e Shëndetësisë “përgjegjësia në sektorin e shëndetësisë është në nivel të ulët për shkak të përcaktimit jo të qartë të detyrave, MSH do të marrë një rol të hartuesit të politikave dhe të drejtimit

dhe do të tërhiqet vazhdimisht nga ofrimi i shërbimeve dhe financimi i kujdesit shëndetësor. . . . Ofruesve të shërbimeve do t'i jepet pavarësi në rritje për të vendosur se si t'i prodhojnë më me efektivitet këto shërbime dhe performanca e tyre do të vlerësohet kundrejt një grupi standardesh të performancës të vendosur më parë.⁽³⁵⁾ Vëzhgimi ynë në lidhje me pjesën e fundit të këtij komenti është që procesi i dhënies së pavarësisë ofruesve të shërbimeve duhet të bëhet gradualisht kur kompetencat të jenë përcaktuar dhe politikat dhe procedurat të bëhen transparente.

Kjo është konsistente me një tjetër vëzhgim të hasur në Dokumentin mbi Sektorin e Shëndetësisë – “sistemet e llogarimbajtjes së ofruesve duhet të fuqizohen, duhet të vendosen standardet e performancës si dhe të futen sistemet e përshtatshme të raportimit dhe informacionit të ofruesve në mënyrë që të ketë një monitorim të përshtatshëm performance si dhe transparencë. Duhet të zhvillohen kapacitetet menaxhuese të ofruesve . . . Qeveria të konsiderojë zbatimin e reformave në një model gradual. Faza e parë do të jetë faza përgatitore, e cila do të përfshijë marrjen e vendimit për organizatën e ofruesit dhe strukturat drejtuese, krijimin e përgjegjësisë së duhur dhe mekanizmave raportues . . . kapaciteti i ISSH për të marrë përgjegjësi më të mëdha në promovimin e shëndetit, informacioni shëndetësor dhe inteligjenca shëndetësore si dhe inisiativa të reja publike mbi shëndetin duhet të fuqizohen për të siguruar që ky institut mund t'i marrë me efektivitet këto funksione të reja të rëndësishme.

(40)

Besojmë që përgjegjësitë në ministri do të caktohen në një mënyrë që do të përmirësojë menaxhimin funksional të organizatës. Gjithashtu, mendojmë që ndërkohë që spitalet dhe sistemi klinik nuk është akoma plotësisht i pavarur, ka vendime operationale si dhe funksione logjistike që mund dhe duhet të kryehen në nivel ministrie (më poshtë ka koment mbi këtë). Në statusin aktual të decentralizimit ku ministria po përpiqet të delegojë e decentralizojë dhënien e shërbimeve, por kur pavarësia e plotë nuk është arritur, besojmë që ministria duhet të kërkojë të jetë një hartuese e politikave kombëtare dhe një ofrues i shërbimeve për spitalet dhe institucionet e tjera mjekësore për të cilat ka përgjegjësi.

Funksionaliteti i propozuar

Dokumenti i Bankës Botërore mbi Shëndetësinë thekson qartë (në paragrafin 99) që ka “disa çështje kryesore të cilat ndikojnë eficiencën, cilësinë dhe barazinë e dhënies së kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Ato përfshijnë (1) tepricën e ofertës së Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe kapaciteteve të spitaleve për t’iu përgjigjur një kërkesë shumë të ulët për kujdes shëndetësor; (2) produktivitetin e ulët që rezulton në dhënien e kujdesit siç tregohet nga raportet shumë të ulta të pacientëve për staf në mjediset e Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe nivelet e shtrimit në spitale; (3) pabarazia në kujdesin shëndetësor e përforcuar me pagesat jozyrtare; (4) një sistem jo efektiv takimesh me mjekun; dhe (5) cilësi e pakënaqshme kujdesi që lidhet me papastërtinë, mungesën e furnizimeve, medikamenteve dhe pajisjeve si dhe nivelit të ulët të aftësive veçanërisht në nivelin e KSHP; (6) një sektor privat në rritje e të parregulluar”. Këto vëzhgime japin një orientim në përcaktimin se ku duhen vendosur funksionet e duhura.

Në përgatitjen e propozimeve tona për kapacitetin funksional të ministrisë, jemi gjendur përballë një tendence zhvillimi (burimet e ministrisë dhe outputet e programeve në disa fusha shkojnë drejt stanjacionit, ndërkohë që ISHP po zgjerohet). Supozojmë që ministria do të mbështetet në suksesin e dukshëm dhe do ta mbajë ISHP si një aktor kryesor në ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Në këtë rast, marrëdhëniet raportuese të ISHP me ministrinë duhet të kryhen nëpërmjet pozicionit më të rëndësishëm në ministri për ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Nga ana e vet, ministria duhet të transformohet në një organizëm, i cili përcakton gjithë kuadrin e politikave, harton strategji për gjithë sistemet si dhe drejtim, mbikqyrje, monitorim cilësie dhe funksione të ndryshme qendrore për të mbështetur sistemin e përgjithshëm shëndetësor. Ofruesit individualë gradualisht duhet të marrin pavarësi dhe përgjegjësi më të madhe se në modelin rajonal të parashikuar për t’u zbatuar. Meqënëse kjo do të kërkojë një kuadër të përshtatshëm rregullator, e parashikojmë rolin e Autoriteteve Rajonale Shëndetësore të transformuar në atë të një rregullatori të shërbimeve shëndetësore.

Mbështetur në analizat e kryera nga ministria, nga hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetësinë, nga konsulenti i USAID dhe nga projekti ynë, besojmë që në mënyrë që ministria të funksionojë siç duhet dhe të drejtojë zhvillimin e infrastrukturës së kujdesit shëndetësor e ofrimit të shërbimeve në Shqipëri, asaj i duhet funksionaliteti i mëposhtëm:

Politika e planifikimi

Pikëpamjet tona janë të ngjashme me ato të hartuesve të dokumentit mbi shëndetësinë, të cilët kanë theksuar që “ka nevojë të një përputhjeje më të mirë të ofertës së infrastrukturës, pajisjeve dhe burimeve njerëzore, me nevojat shëndetësore të popullsisë me anë të krijimit të hartave të KSHP, të cilat reflektojnë shpërndarjet aktuale të popullsisë dhe kërkesën për shërbim shëndetësor. (100)

Mbështesim vazhdimin e Drejtorisë për Politikën e Planifikimit. Megjithatë, besojmë që kjo drejtori duhet të jetë më e fokusuar dhe duhet të ketë përgjegjësinë kryesore për hartimin e politikave dhe planifikimin strategjik, të ushtruar nëpërmjet sektorëve të mëposhtëm:

- Planifikimi i fasiliteve mjekësore dhe farmaceutike
- Politika për spitalet dhe ambulatorë
- Kompetencat Mjekësore dhe planifikimi i stafit
- Praktika klinike dhe standardet e infermierisë

Nuk bëjmë komente mbi numrin e stafit që duhet të kenë këta sektorë, por vetëm theksojmë që duhet të ketë një numër të mjaftueshëm njerëzish për të grumbulluar të dhënat e kërkuara për të trajtuar çështjet e mungesës së balancës të fasiliteve të KSHP me kërkesat; çështjet e produktivitetit dhe mënyrat e mjetet e zhvillimit për të rritur produktivitetin; si dhe për të krijuar dhe përditësuar vazhdimisht standardet e praktikës klinike dhe kujdesin infermior. Gjykojmë që këto çështje janë të lidhura ngushtë e për këtë arsye propozojmë që ato të jenë brenda të njëjtës drejtori.

Funksionet kryesore që duhet të ketë kjo drejtori janë të mëposhtmet:

- Kryerja e studimeve për të identifikuar infrastrukturën kryesore të kujdesit shëndetësor, përpilimi i kërkesave për financime;
- Zhvillimi shërbimeve shëndetësore, vendosja e standardeve të shërbimit, organizimi i dhënies së shërbimit dhe rritja e kapaciteteve mjekësore;
- Krijimi dhe shpërndarja e praktikës klinike dhe standardeve të infermierisë;
- Sigurimi i mjediseve e shërbimeve të mira e të përballueshme nga ana financiare për të moshuarit dhe njerëzit me nevoja të veçanta;
- Planifikimi dhe zhvillimi sistemeve të kujdesit shëndetësor të përshtatshme, me kosto efektive, përfshi infrastrukturën;
- Planifikimi për personelin e kujdesit shëndetësor, përfshi mjekët, infermierët, dentistët dhe specialitetet e tjera të shkencave shëndetësore;
- Planifikimi dhe ngritja e spitaleve të reja dhe njësive të reja të kujdesit shëndetësor si dhe sistemet e ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Duke patur opinionin që çdo drejtori duhet të përfshihet në planifikim brenda sferës së aktivitetit të vet, e për shkak, se kuptojmë nevojën që ministria të punojë aktivisht për vendosjen e standardeve të kujdesit shëndetësor, propozojmë që kjo drejtori të riemërohet Drejtoria e Politikave e Standardeve.

Veprimet shëndetësore & Shërbimet hoteliere

Parashikojmë që kjo drejtori e propozuar të jetë një vazhdim i drejtorisë ekzistuese të spitaleve por me një qëllim më të qartë. Drejtoria duhet të marrë përsipër menaxhimin në detaje të spitaleve publike derisa të ndodhin ndryshimet e nevojshme për të deleguar autoritetin në nivele më të ulta menaxhimi. Në konceptin tonë funksional, kjo drejtori duhet të punojë për çuar përpara

programin e decentralizimit deri në nivel komuniteti. Propozojmë gjithashtu, që kjo drejtori do të punojë për të siguruar dhënien në kohë të shërbimeve të përshtatshme hoteliere për fasilitetet e kujdesit për pacientin. Besojmë që Drejtorja ekzistuese e spitaleve merret me këto probleme përveç përgjegjësive të tjera që ka. Derisa të arrihet pavarësia menaxheriale e fasiliteve të kujdesit shëndetësor, jemi të mendimit që nëse këto marrëdhënie koordinohen në nivel kombëtar do të ketë më shumë efektivitet dhe kursim në dhënien e shërbimeve hoteliere.

Funksionet kryesore të Drejtorisë për Veprimet shëndetësore & Shërbimet Hoteliere do të jenë:

- Nisja dhe kryerja e studimeve mbi institucionet shëndetësore dhe aftësinë vepruese të specialistëve;
- Kontributi në zhvillimin dhe drejtimin strategjik të kujdesit mjekësor parësor dhe lehtësimi i integritetit të tij në fasilitetet sekondare e terciare në bazë spitali.
- Krijimi i një kuadri administrativ e ligjor që mundëson delegimin në rritje të përgjegjësive, varësinë dhe sigurimin e cilësisë në nivel të institucionit individual.
- Sigurimin e vakteve të ngrënies dhe shërbimit të çarçafëve, etj. Nëpërmjet planifikimit logjistik dhe koordinimit me kontrata;
- Sigurimi i gatishmërisë dhe vlefshmërisë së ambulancave e shërbimeve ajrore për kërkesat normale dhe situatat emergjente.
- Sigurimi i mirëmbajtjes së godinave, pastërtisë së tyre, shërbimet e mirëmbajtjes së pajisjeve me anë të grafikëve periodikë dhe koordinimit me kontratë.
- Formulimi i politikave të magazinimit dhe koordinimi i blerjeve për furnizimet e pajisjet kryesore mjekësore për të siguruar që janë të vlefshme inventaret optimalë për institucionet përkatëse të kujdesit shëndetësor.
- Hartimi i manualëve të procedurave që përcaktojnë se si duhet të kryhen shërbimet e ndryshme hoteliere dhe për të vendosur nivelet minimale të performancës së pranueshme.

Shërbimet hoteliere duhet të kenë ndarjet e mëposhtme sektoriale:

- Marëveshjet catering & shërbimet e materialeve hoteliere (çarçafë, peshqirë, etj);
- Ambulancat & Shërbimet ajrore
- Shërbimet e pastrimit & mirëmbajtjes
- Furnizimet mjekësore & pajisjet
- Kuadri i Delegimit dhe monitorimi

Është e rëndësishme të kuptohet që nuk po propozojmë që ministria të jetë ose të bëhet organizmi qendror i prokurimit për të gjitha spitalet e poliklinikat – mendojmë që do të ishte një hap prapa në lidhje me decentralizimin dhe delegimin. Megjithatë, mendojmë që mund të bëhen kursime kur blerjet të koordinohen dhe që mund të arrihen rezultate më të mira kur përcaktohen standardet minimale të performancës për dhënien e shërbimeve hoteliere. Gjithashtu, mendojmë që Drejtorja e propozuar mund të asistojë institucionet shëndetësore për të përmirësuar aftësitë e tyre prokuruese.

Zhvillimi profesional

Propozojmë krijimin e një drejtorie për Zhvillimin Profesional për të siguruar standarde të larta profesionale tek mjekët, dentistët, infermierët, farmacistët dhe specialistët e shkencave shëndetësore me anë të ngritjes, mirëmbajtjes dhe modernizimit të sistemeve të regjistrimit e akreditimit, trajnimit e zhvillimit profesional.

Nga analizat e ekspertëve që iu referuam më parë, identifikojmë probleme të përballuara nga Ministria e Shëndetësisë në lidhje me shërbimet e infermierisë, si:

- a) mospërfshirje në proceset e vendimmarrjes për shërbimet shëndetësore
- b) problemet e motivimit për shkak të mungesës së stimujve, promovimit, modernizimit dhe mungesës së programeve të pas arsimit bazë e trajnimit.
- c) një mungesë e përgjithshme dhe specifike e personelit infermierik
- d) vështirësi në rekrutimin dhe mbajtjen e personelit të një kalibri të lartë.

Në pikëpamjen tonë, një drejtori me një mision për të zhvilluar profesionalisht stafin e infermierëve duhet të ketë dy sektorë:

- Zhvillimi i udhëzimeve operacionale të kujdesi infermieror (Sektor)
- Arsimitimi e Trajnimi i infermierëve (Sektor)

Në të njëjtin kontekst si ai në lidhje me infermierët, kemi mendimin që duhet të jetë një funksion i strukturuar për të zhvilluar mjekët dhe teknikët mjekësorë: edhe ky duhet të ketë dy sektorë:

- Zhvillimin e udhëzimeve për Mjekët e Teknikët (Sektor)
- Arsimitimi e Trajnimi i mjekëve e Teknikëve (Sektor)

Objektivat e Drejtorisë së Zhvillimit Profesional duhet të orientohen drejt dy përgjegjësi, që janë:

- Hartimi e monitorimi i udhëzimeve operacionale të kujdesit mjekësor - krijimi i udhëzimeve dhe vendosja e protokolleve profesionale dhe menaxhimi i cilësisë totale në të gjitha fushat e sistemit të kujdesit shëndetësor
- Zhvillimi dhe sigurimi i pjesëmarrjes së mjekëve, teknikëve e infermierëve në programe dhe kurse për menaxhimin e kujdesit për pacientin dhe për vazhdimin zhvillimit profesional dhe të karrierës së stafit

Në lidhje me menaxhimet operacionale të përditshme të mjekëve, teknikëve dhe shërbimeve të infermierëve jemi të opinionit që kjo duhet të ndodhë në nivelin e spitalit. Veçanërisht, menaxherët e linjës në atë nivel duhet të jenë përgjegjës për ruajtjen e menaxhimit efektiv brenda spitalit (spitaleve) me anë të vendosjes së synimeve, komunikimit dhe takimeve me stafin mjekësor në nivele institucionale lokale për të siguruar që çështjet disiplinore trajtohen ndershmërisht e në kohën

e duhur dhe për të marrë pjesë në planifikimin, rekrutimin dhe alokimin e stafit sipas nevojës.

Informacioni shëndetësor

‘Është e domosdoshme që MSH dhe ISSH të kenë akses në informacionin konsistent për rezultatet shëndetësore, shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor, aksesin në kujdesin shëndetësor, shfrytëzimi i burimeve njerëzore, performanca e ofruesve dhe lëvizja e flukseve financiare publike e private në sistem. . . Nevoja për një informacion të tillë, në nivelin e politikave, në nivelin e agjencisë blerëse dhe në nivelin e ofruesve, do të kërkojë krijimin e sistemeve të informacionit. Sistemet e menaxhimit të informacionit që mund të integrojnë klinike, financiare, menaxheriale, administrative dhe të dhënat e orientuara nga politika mund t’ju japin ofruesve mjete më të fuqishme për të menaxhuar koston e kujdesit shëndetësor dhe për të përmirësuar cilësinë e tij’. (HSN 234)

Ashtu siç theksohet në Dokumentin e Sektorit të Shëndetësisë ‘ analiza e tendencave epidemiologjike në Shqipëri kompromentohet rëndë nga vlefshmëria e të dhënave dhe konsistenca e tyre. Instituti i Shëndetit Publik ka një bazë të mirë dhe do të ishte organizmi i natyrshëm për të marrë përgjegjësinë për grumbullimin dhe analizën e informacionit shëndetësor rutinë si dhe përpjekje më të mëdha kërkimore. Po kështu, ISHP ka një bazë të mirë dhe do të ishte vendi i duhur për përpjekjet në rritje në promovimin e shëndetit dhe inisiativat e shëndetit publik. Megjithatë, ISHP mund t’i kryejë këto detyra vetëm nëqoftëse do të ketë më shumë burime të alokuara në promovimin e shëndetit, e nëqoftëse do të fuqizohen më tej inisiativa të reja për shëndetin publik si dhe informacioni shëndetësor e kapaciteti i tij. (25)

Propozojmë zgjerimin e funksionit të informacionit shëndetësor brenda Institutit të Shëndetit Publik – për menaxhimin e grupit të të dhënave kombëtare mbi shëndetësinë, përfshirë aksidentet dhe dëmtimet. Grupe me të dhëna të tilla përfshijnë një regjistër kombëtar të vdekshmërisë, një regjistër për të sëmurët me kancer, regjistrin e anomalive nga lindja; dhe një sistem informacioni obstetrik.

Në lidhje me Informacionin Shëndetësor, Instituti duhet të ketë funksionet e mëposhtme:

- Modelimi i modelit epidemiologjik dhe puna me degë të tjera për të mbajtur dhe kontrolluar sëmundjet infektive të reja dhe ato ekzistuese.
- Ofrimi i menaxhimit të të dhënave të informacionit epidemiologjik për planifikimin dhe vlerësimin e shëndetit publik.
- Ofrimi i shërbimeve kërkimore dhe statistikore këshillimore për të mbështetur inisiativat strategjike.
- Planifikimi dhe zbatimi i vrojtimeve kombëtare mbi shëndetin për të ndjekur përparimin e shqiptarëve në lidhje me gjendjen e tyre shëndetësore dhe stilin e jetës.
- Ndihmesë për MSH dhe institucionet në varësi të saj për të forcuar Teknologjinë e Komunikimit të Informacionit për të përbushur më mirë misionet e tyre.

- Dhënia e informacionit konsistent, të duhur dhe në kohë, e statistikave shëndetësore dhe informacionit për të mbështetur misionin e ministrisë. Menaxhimi i Statistikave shëndetësore, standardizimi i të dhënave, krahasimi dhe vendosja e linjave bazë; kërkimet parësore jo klinike; shërbimet e parashikimit të shëndetit.

Vendosja e përgjegjësisë për informacionin shëndetësor brenda institutit nënkupton që ISHP të punojë ngushtë me drejtorinë e politikave në ministri për të siguruar që ka analizën e nevojshme të të dhënave për të mbështetur zhvillimin e politikave.

Promovimi i shëndetit

Propozojmë që ministria t'ia japë përgjegjësinë për promovimin e shëndetit Institutit të Shëndetit Publik – për të ndihmuar shqiptarët të përmirësojnë shëndetin e tyre, shmangin sëmundjet e parandalueshme dhe të kenë një stil jete më të shëndetshëm. Në këndvështrimin tonë, fushatat e promovimit të shëndetit duhet të kryhen në lidhje me:

- Problemet e varësisë nga drogat (Pirja e duhanit, Alkooli, narkotikët)
- Ushqyerja dhe dieta
- Sëmundjet seksualisht të transmetueshme & shëndeti riprodhues
- Shëndeti dentar

Përveç sa më sipër, besojmë që instituti duhet të kryejë sa më poshtë:

- Zhvillimi i fushatave publike për të ndërgjegjësuar për shkaqet dhe mbrojtjet ndaj sëmundjeve të parandalueshme dhe kushteve të diktimit të tyre
- Shpërndarja e mesazheve të ndërgjegjësimit publik në shkolla, qendra pune, media dhe vende të tjera ku mund të fitohet vëmendja e publikut.
- Zhvillimi dhe nxitja e pjesëmarrjes së sektorit privat në nxitjen e ndërgjegjësimit shëndetësor.

Rregullimi i shëndetësisë

Propozojmë krijimin e një funksioni kombëtar të rregullimit të shëndetësisë, i cili të kryhet nëpërmjet Autoriteteve Rajonale të Shëndetësisë. Funksionet si: shëndeti në pikat hyrëse, inspektimet në institucionet shëndetësore, inspektimet në institucionet publike shëndetësore jo spitalore janë në përgjegjësinë e rregullatorëve dhe stafi i tyre duhet të kryejë auditimet/inspektimet dhe zbatimet e ligjit siç kërkohet. Autoriteteve Rajonale Shëndetësore do t'i caktonim përgjegjësitë rregullatore si më poshtë::

- Licensimin institucional e profesional
- Licensimin dhe akreditimin e spitaleve, klinikave mjekësore/dentare, laboratorëve klinikë, materniteteve: vlerësimi i shërbimeve të këtyre institucioneve dhe monitorimi i cilësisë së kujdesit të dhënë.
- Auditimet e Kujdesit Profesional
- Monitorimi dhe shqyrtimi i programeve të përmirësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor, koordinimi dhe ndjekja e auditimeve klinike.

Impakti i propozimeve tona

Ministria e Shëndetësisë për të cilën është kryer kjo analizë funksionale përfshinte 9 drejtori. Ne propozojmë një strukturë që të ketë 8 drejtori (përfshi edhe Auditimin e brendshëm) dhe dy Drejtori të Përgjithshme: një në lidhje me Ofrimin e Shërbimeve dhe një e ngarkuar me Shërbimet Mbështetëse. Auditimi i brendshëm ka një marëdhënie të veçantë raportimi me autoritetin më të lartë menaxherial në ministri. Mendojmë që propozimet tona i japin çdo njësie në ministri një fokus që do të bëjë të mundur që ato të vendosin objektivat e tyre SMART si dhe synimet për performancën. Nëqoftëse do të miratohet kjo strukturë, ministria do të jetë në gjendje të ofrojë shërbim më të mirë shëndetësor për popullsinë.

Propozimet tona janë strukturuar për t'u bazuar në pikat e forta e të dobta të ministrisë dhe sektorit shëndetësor. Propozojmë që rregullimi i industrisë farmaceutike të bëhet nga QKKB, rregullimi i kujdesit shëndetësor (i transformuar si funksion) të bëhet nga Autoritetet Rajonale të Shëndetësisë. Propozojmë që kompetencat e Institutit të Shëndetit Publik të zgjerohen për të marrë përgjegjësinë e plotë të zhvillimit të informacionit shëndetësor në lidhje me të gjitha problemet shëndetësore dhe për të kryer aktivitetet e promovimit të shëndetit në Shqipëri.

Propozojmë transformimin e Drejtorisë së Spitaleve në një Drejtori të Veprimit të Spitaleve dhe Shërbimeve Hoteliere, duke i dhënë një përgjegjësi më të qartë dhe përgjegjësi kryesore për të shtrirë pavarësinë menaxheriale të fasiliteve të kujdesit shëndetësor. Propozojmë që drejtorja e Farmaceutikës të mbyllet dhe funksioni i saj rregullator të thithet nga QKKB dhe ai i politikave të merret nga Drejtorja e Politikave e Standardeve. Meqënëse parashikojmë një rol ekzekutiv për ISHP dhe një rol të zgjeruar dhe funksione rregullatore për ARSH-të, propozojmë që Drejtorja e Kujdesit Shëndetësor Parësor të mbyllet. Propozojmë gjithashtu të krijohet një Drejtori Specifike për Zhvillimin Profesional. Disa nga drejtoritë e tjera do të ndjejnë këto ndryshime në shkallë të ndryshme. Sidoqoftë, ndiejmë që Ministria që do rezultojë do të jetë më e aftë të merret me kërkesat e një sektori me rëndësi strategjike e disi të neglizhuar.

Brenda Ministrisë, funksionet e politikëbërjes janë grumbulluar së bashku në një Fushë të Politikave; ofrimi i shërbimeve brenda një fushe të Ofrimit të Shërbimeve dhe një agregim i ngjashëm është bërë për funksionet e shërbimeve mbështetëse. Funksionet rregullatore janë propozuar të jenë pranë ministrisë.

Fusha e politikave

Në strukturën e propozuar, fusha e Politikave do të jetë përgjegjëse për hartimin e politikave të mëdha dhe standardeve për dhënie të shërbimeve shëndetësore në vend. Për më tepër funksionet e politikave e planifikimit do të lidhen me përgjegjësinë për të siguruar që politikat shëndetësore mbështesin objektivat e përgjithshme sociale të vendit për zbutjen e varfërisë.

Fusha e Ofrimit të Shërbimeve

Fusha e Ofrimit të Shërbimeve në Ministrinë e Shëndetësisë është disi e ndryshme nga ajo që ministritë e tjera. Kjo për arsye se klienteal direkte e shërbimeve që ajo ofron nuk është publiku, por vetë institucionet shëndetësore dhe specialistët që punojnë brenda këtyre institucioneve. Brenda kësaj fushe, propozojmë të grupojmë përgjegjësitë për operimin e fasiliteve të kujdesit shëndetësor (dhe krijimin e pavarësisë së tyre menaxheriale) së bashku me përgjegjësinë për koordinimin e funksioneve institucionale të shërbimit “hotelier”.

Si një element tjetër të Fushës të Ofrimit të Shërbimeve kemi përfshirë një drejtori që do të ngarkohet me përgjegjësinë për zhvillimin e profesioneve. Duhet kuptuar që kur institucionet spitalore të vetmenaxhohen pjesa më e madhe e këtij funksioni do të delegohet ose do të jetë e tepërt. Në konceptimin tonë, ISHP e Qendra Komëbtare për Transfuzionin e Gjakut, duke qënë institucione ofrimi shërbimesh do të raportojnë tek Drejtori i Përgjithshëm i Ofrimit të Shërbimeve.

Fusha e Shërbimeve Mbështetëse

Brenda strukturës që propozojmë Drejtoria e Përgjithshme e Shërbimeve Mbështetëse do të përfshijë Drejtorinë e Burimeve Njerëzore dhe Shërbimet, Drejtorinë Ekonomike; Drejtorinë Juridike me një sektor për menaxhimin e dokuemntacionit dhe një sektor për përkthimet; dhe një drejtori për Teknologjinë e Informacionit.

Duhet kuptuar që nëqoftëse propozimet tona që lidhen me krijimin e Drejtorisë së Politikave e Standardeve do të zbatohen, Drejtoria e Burimeve Njerëzore në Shërbimet Mbështetëse nuk do të ketë më funksione politikash e planifikuese në lidhje me stafin profesionist të infermierëve dhe do të përqëndrohet në funksionin e saj kryesor për të ofruar mbështetje për vetë ministrinë.

* * * * *

Mendojmë që struktura e propozuar (treguar në faqen tjetër) do të japë përfitimet e mëposhtme:

- Do të reduktojë hapësirën menaxhuese të Sekretarit të Përgjithshëm në një hapësirë të menaxhueshme prej 4 personash – përfshi edhe Auditimin e brendshëm.
- Çdo drejtori do të ketë një mision të vetëm.
- Do t'i japë mundësinë strukturës së Ministrisë që të rikonfigurohet në një mënyrë që është konsistente me parimet qeveritare të strukturës organizative.

Është e këshillueshme që Sekretari i Përgjithshëm të shihet e të shfrytëzohet si lidhja midis politikanëve dhe burimeve teknike dhe duhet të marrë pjesë në çdo takim që mbahet midis tyre e Zëvendës ministrave si dhe burimeve teknike.

Ministry of Health

Proposed Functional Structure



