

VLERËSIMI I NEVOJAVE PËR TRAJNIM PËR
MENAXHERËT E QENDRAVE SHËNDETËSORE
NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR
NË SHQIPËRI

Mbështetur nga Projekti për Zhvillimin Profesional



UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
Faculté de médecine



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC



RAPORT

VLERËSIMI I NEVOJAVE PËR TRAJNIM

PËR MENAXHERËT E QENDRAVE

SHËNDETËSORE

NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR

NË SHQIPËRI

Mbështetur nga Projekti “Sistemi për Zhvillimin Profesional”



Tiranë, korrik 2009

Autorë:

Agim Koçiraj
Livia Nano

Financoi Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC**

Përmbajtja:

A. SHKURTIME

B. FALËNDERIME

C. HYRJE

D. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

E. PËRSHKRIM I SITUATËS

F. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

G. METODOLOGJIA E STUDIMIT

H. REZULTATET E STUDIMIT

I. DISKUTIM

J. PËRFUNDIME

K. REKOMANDIME

L. ANEKSE

M.REFERENCA

A. SHKURTIME TË PËRDORURA

BB – Banka Botërore

BQSHQ – Bordi i Qendrave Shëndetësore të Qarkut

DRSKSH – Drejtoria Rajonale e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

DSHPQ – Drejtoria e Shëndetit Publik të Qarkut

EMV – Edukimi Mjekësor në Vazhdim

FG – Fokus Grup

FMN – Fondi Monetar Ndërkombëtar

GDP – Gross Domestic Product (Prodhimi i brendshëm bruto)

INSTAT – Instituti i Statistikave

ISKSH – Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

IPR – Inputs, Processes, Results (burime, procese, rezultate)

ISHP – Instituti i Shëndetit Publik

KSHP – Kujdesi Shëndetësor Parësor

MF – Mjekësia e Familjes

MP – Mjeku i Përgjithshëm

MSH – Ministria e Shëndetësisë

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

PBSH – Paketa Bazë e Shërbimeve

QKCSA – Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit

QKEV – Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim

QSH – Qendra Shëndetësore

SISH – Sistemi i Informacionit Shëndetësor

SM – Supervizimi Mbështetës

URC – University Research Co

UT – Universiteti i Tiranës

VKM – Vendim i Këshillit të Ministrave

VNT – Vlerësim i Nevojave për Trajnim

B. FALËNDERIME

Raporti u shkrua nga Agim Koçiraj dhe Livia Nano.

Ekipi që kreu vlerësimin e nevojave përbëhej nga Agim Koçiraj, Livia Nano, Ilir Shamata dhe Laura Kolaneci.

Ekipi i studimit u mbështet nga Fabian Cenko, koordinator i projektit “Sistemi i Zhvillimit Profesional”, Besim Nuri, ekspert i shëndetit publik në Universitetin e Montrealit dhe stafi i Qendrës Kombëtare të Edukimit në Vazhdim (QKEV).

Një kontribut të posaçëm kanë dhënë shumë drejtues dhe specialistë të sistemit shëndetësor në vëndin tonë, si Dr. Zamira Sinoimeri, zëvendësministre e Shëndetësisë dhe znj. Elvana Hana, drejtore e Përgjithshme e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, Dr. Zhaneta Shatri, përgjegjëse e programeve të shëndetësisë në zyrën e misionit të USAID-it në Tiranë, Dr. Vasil Miho, specialist në zyrën e OBSH-së në Shqipëri, si dhe z. Paul Richardson, drejtor i projektit “Përmirësimi i Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri”.

QKEV-ja falënderon Agjencinë Zvicerane për Bashkëpunim e Zhvillim për mbështetjen financiare.

C. HYRJE

Ky material paraqet një analizë përmbledhëse të nevojave për trajnim të menaxherëve të QSH-së të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri. Këtu do të përshkruhen në vija të përgjithshme disa komponentë të rëndësishëm të këtij sistemi, si: politikat, mekanizmat rregullues, infrastruktura, burimet materiale dhe ato njerëzore të disponueshme. Në raport do të paraqiten edhe disa nga detyrat, përgjegjësitë dhe problemet e përditshme të menaxherëve të QSH-së në mbarë vëndin, si dhe do të jepen rekomandime mbi format dhe përmbajtjen e programeve të edukimit bazë dhe edukimit në vazhdim për këtë grup specialistësh.

Ky vlerësim është bërë nga QKEV për punonjësit e shëndetësisë me mbështetjen e projektit “Shqipëria: Zhvillimi i burimeve njerëzore në sektorin shëndetësor - Sistemi i zhvillimit profesional” me fondet e Agjencisë Zviceriane për Zhvillim dhe Bashkëpunim.

Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim për punonjësit e shëndetësisë është krijuar në maj 2008, për të nxitur zhvillimin e vazhdueshëm profesional të të gjitha kategorive të punonjësve të shëndetësisë, me synim rritjen dhe zhvillimin e aftësive të tyre, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Një nga detyrat e QKEV-së është të hartojë planin kombëtar të edukimit në vazhdim, bazuar në disa procese vlerësimi të nevojave për trajnim të profesionistëve në sistemin shëndetësor. Në këtë kontekst, vlerësimi i nevojave për trajnim të menaxherëve të QSH-së, paraqitur në këtë raport, është një nga këto procese vlerësimi.

Qëllimi kryesor i këtij studimi është të vlerësojë nevojat për trajnim të menaxherëve (drejtori, manaxheri i financës) të qendrave shëndetësore autonome në KSHP, me synim hartimin e një programi të edukimit në vazhdim për ta.

Një pjesë e rëndësishme e informacionit të përdorur në këtë analizë është mbledhur nga botime të ndryshme të INSTAT-it, MSH-së, ISKSH-së, ISHP-së etj. Përveç këtyre, janë konsultuar edhe botime të OBSH-së, USAID-it, Zyrës së Kooperaconit Zviceran, Bankës Botërore, DFID-së etj. Një burim shumë i rëndësishëm informacioni kanë qenë edhe takimet individuale dhe në grupe të zhvilluara gjatë këtyre tre muajve në disa rrethe të vëndit.

Vlerësimi i nevojave për trajnim të menaxherëve të qendrave shëndetësore në periudhën aktuale merr rëndësi të veçantë për disa arsye:

- zbatimi i mënyrës së re të administrimit dhe financimit të QSH-ve, të cilat kanë fituar një nivel të rëndësishëm autonomie;
- mungesa e plotë e programeve të menaxhimit shëndetësor në kurrikulën e fakultetit të vetëm publik të mjekësisë në vend – përveç nje cikli në degën e shëndetit publik të këtij fakulteti);
- mungesa gati e plotë e programeve bazë të edukimit të menaxherëve të sistemit shëndetësor – përveç degës së re të menaxhimit shëndetësor, në fakultetin e mjekësisë të Universitetit (privat) “Zonja e Këshillit të Mirë” në Tiranë;
- mungesa e plotë e programeve të edukimit në vazhdim për menaxherët e sistemit shëndetësor;

Në këtë analizë, përcaktimi “Kujdes Shëndetësor Parësor” nënkupton tërësinë e QSH-ve të vëndit, të cilat ofrojnë shërbime shëndetësore të përcaktuara në Paketën Bazë të Shërbimeve në KSHP.

Ky raport përmban hyrjen, përmbledhjen ekzekutive, një përshkrim të shkurtër të situatës, qëllimin dhe objektivat, metodologjinë, rezultatet, diskutimet, përfundimet, rekomandimet, anekset dhe referencat përkatëse.

Ky proces i vlerësimit të nevojave për trajnim është zhvilluar në disa faza:

- Faza përgatitore
 - Përcaktimi i objektivave të studimit, metodologjisë, hartimi i pyetësorëve, planifikimi i fokus-grupeve, planifikimi i takimeve me personat kyç në sistemin shëndetësor
- Faza e zbatimit
 - Zhvillimi i intervistave, puna me fokus-grupet, takimi me personat kyç
 - Përpunimi i të dhënave dhe analiza e tyre
- Faza e raportimit
 - Hartimi dhe paraqitja e draft-raportit
 - Organizimi i një tavoline të rumbullakët për komunikimin e diskutimin e gjetjeve në këtë proces të vlerësimit të nevojave
 - Hartimi dhe paraqitja e raportit përfundimtar

D. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Ky vlerësim është kryer nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim të punonjësve të shëndetësisë me mbështetjen e projektit “Shqipëria: Zhvillimi i burimeve njerëzore në sektorin shëndetësor - Sistemi i zhvillimit profesional të vazhdueshëm” me fondet e Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim në Shqipëri.

Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim për punonjësit e shëndetësisë është krijuar në maj 2008 për të nxitur zhvillimin e vazhdueshëm profesional të të gjitha kategorive të punonjësve të shëndetësisë, me synim rritjen dhe zhvillimin e aftësive të tyre, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Një nga detyrat e QKEV-së është të hartojë planin kombëtar të edukimit në vazhdim, bazuar në disa procese vlerësimi të nevojave për trajnim të profesionistëve në sistemin shëndetësor. Në këtë kontekst, vlerësimi i nevojave për trajnim të menaxherëve të QSH-ve, paraqitur në këtë raport, është një nga këto procese vlerësimi.

I gjithë ky proces vlerësimi ka rëndësi të veçantë, sepse realizohet në një periudhë kyç të reformimit të rrjetit të kujdesit shëndetësor parësor. Një nga momentet thelbësore të këtij procesi reformimi është dhënia e “autonomisë” qendrave shëndetësore në mbarë vëndin. Kjo autonomi është relativisht e gjërë dhe shtrihet në menaxhimin e përgjithshëm të institucionit, menaxhimin financiar, menaxhimin e burimeve njerëzore etj. Për një zbatim të suksesshëm të saj është i nevojshëm trajnimi mbi modalitetet e reformës, por edhe më gjërë, i menaxherëve të QSH-së.

Metodat e përdorura në këtë studim kanë qenë:

- Biseda në fokus-grupe me menaxherë të QSH-së;
- plotësim i pyetësorëve mbi detyrat/aktivitetet/problematikën e menaxherëve të QSH-së;
- plotësim i pyetësorëve mbi perceptimin e nevojave për trajnim nga menaxherët e QSH-së
- intervista me persona “kyç” në nivel politikëbërës dhe vendimmarrës.

Në këtë studim del që detyrat kryesore të drejtorit të QSH-së janë planifikimi i përgjithshëm në QSH, menaxhimi rutinë i punës, menaxhimi financiar, menaxhimi i cilësisë, menaxhimi i burimeve njerëzore, menaxhimi i SISH-së, njohja e gjëndjes shëndetësore në zonën e tij dhe planifikimi i nevojave, zbatimi i kodit të punës, hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme, vlerësimi dhe përmirësimi i cilësisë. Ndërkohë, detyrat kryesore të ekonomistit të QSH-së janë menaxhimi financiar, menaxhimi i logjistikës dhe inventarit, njohja dhe zbatimi i procesit të prokurimit.

Menaxherët e QSH-së perceptojnë si vështirësi serioze angazhimin e madh me punë klinike, mosmenaxhimin efektiv të kohës, paqartësitë për rolin dhe detyrat e drejtuesit, vështirësitë në delegimin e detyrave, vështirësitë në programimin afatgjatë, mungesën e njohurive ekonomike, kufizimet në drejtim të menaxhimit të buxhetit, mungesat në infrastrukturë, ambiente, pajisje. Një pjesë e këtyre vështirësive nuk lidhen direkt me menaxherin e QSH-së, pra për zgjidhjen e tyre kërkohen ndërhyrje në nivele më të larta. Por disa prej këtyre sfidave lidhen direkt me nivelin e njohurive të këtyre menaxherëve, pra në përballjen e tyre do të kenë ndikim pozitiv programet përkatëse të trajnimit, p.sh. në menaxhimin financiar, planifikimin afatgjatë, menaxhimin efektiv të burimeve njerëzore, menaxhimin e kohës etj.

Specialistët e institucioneve të përfshira në reformën e KSHP-së perceptojnë si shumë të rëndësishme dhe imediate nevojën për trajnim në menaxhimin e burimeve financiare, njohjen dhe përdorimin e legjislacionit, përmirësimin e aftësive komunikuese, menaxhimin e burimeve njerëzore.

Drejtorët e QSH-së me profesion mjek konsiderojnë shumë të nevojshëm trajnimin mbi mikro-menaxhimin e QSH-së, të ndjekur nga menaxhimi i përgjithshëm dhe menaxhimi financiar, ndërsa më pak të rëndësishme trajnimet mbi menaxhimin e SISH-së dhe udhëheqjen, komunikimin dhe negocimin. Drejtorët me profesion ekonomist konsiderojnë shumë të nevojshme trajnimet mbi menaxhimin financiar, mikro-menaxhimin dhe menaxhimin e përgjithshëm në QSH, ndërsa më pak të rëndësishme trajnimet mbi menaxhimin e SISH-së dhe udhëheqjen, negocimin dhe komunikimin. Ekonomistët e QSH-së konsiderojnë shumë të nevojshëm trajnimin mbi menaxhimin financiar dhe më pak të nevojshme ato mbi menaxhimin e burimeve njerëzore, si dhe udhëheqjen, negocimin dhe komunikimin.

Përgjithësisht, drejtorët dhe ekonomistët e QSH-së, të përfshirë në këtë studim, i konsiderojnë të gjitha fushat e trajnimit si të nevojshme, pavarësisht dallimeve në nevojat e perceptuara për trajnim, të cilat lidhen me pozicionin në QSH apo duke u bazuar në shtatë fushat kryesore, që lidhen me menaxhimin e një QSH-je. Drejtuesit e QSH-së, të trajnuar më parë, kishin një perceptim qartësisht të ndryshëm mbi rolin, detyrat dhe nevojat për trajnim në raport me kolegët e tyre që nukishin trajnuar më parë.

Duke qenë se nuk ka diferenca thelbësore midis detyrave të menaxherit të QSH-së në një zonë rurale me atë në një zonë urbane, nuk vlerësohet si e nevojshme që programet e trajnimit të kenë ndryshime duke u bazuar në këtë fakt. Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve në studim preferojnë që, krahas trajnimit teorik, të ketë edhe trajnim që ka të bëjë direkt me punën, madje edhe të organizuar gjatë procesit të punës. Një formë e përshtatshme mund të ishte “peer trajnim”, si dhe trajnimi nëpërmjet “shkëmbimit të përvojës” midis QSH-ve të ndryshme.

Pjesa më e madhe e menaxherëve të QSH-së preferojnë të marrin pjesë në trajnime afatshkurtëra të realizuara në fundjavë dhe në nivel lokal. Pjesëmarrësit janë shumë të interesuar që trajnimet të shoqërohen me një manual bazë për menaxhimin e QSH-së. Problem kryesor i ngritur në këtë kontekst është që këto trajnime nuk janë të akredituara nga MSH-ja ose Universiteti.

Në këtë raport janë paraqitur edhe fushat e nënfushat e trajnimeve të mundshme, të renditura sipas rëndësisë përkatëse të perceptuar nga pjesëmarrësit në studim. Mbi këtë bazë mund të përpunohen kurrikulat përkatëse të trajnimeve (të shkurtëra - orientuese ose të gjata - formuese) sipas modelit të edukimit në vazhdim për menaxherët e QSH-së.

Mbi bazën e rezultateve të studimit, në fund të raportit jepen edhe një seri rekomandimesh. Në radhë të parë rekomandohet që programet e trajnimit të kenë përmbajtje dhe forma të ndryshme (pra, të mos ketë vetëm një program standard). Në këtë kontekst mund të organizohen:

- programe të shkurtëra (orientuese) të njëjta për të gjithë pjesëmarrësit (duke synuar marrjen e njohurive bazë mbi menaxhimin e QSH-së);
- programe të shkurtëra (orientuese) specifike (duke synuar marrjen e njohurive bazë në përputhje me gjetjet në këtë raport për secilin grup të përfshirë);
- programe të gjata trajnimi të njëjta për të gjithë pjesëmarrësit, duke synuar marrjen e njohurive të plota mbi menaxhimin shëndetësor (programe formuese).

Do të ishte më e përshtatshme që programet e shkurtëra të trajnimit të ishin të disponueshme e të aksesueshme (ndoshta të detyrueshme) për të gjithë menaxherët aktualë të QSH-së. Në këtë kuadër, këto programe duhet të organizohen e financohen nga MSH-ja dhe ISKSH-ja. Ndërkohë, programet e plota të trajnimit duhet t'u ofrohen të gjithë atyre, që vendosin t'i ndjekin (menaxherë aktualë apo specialistë të tjerë). Në këtë kuadër, këto mund të jenë edhe programe të organizuara e financuara nga agjenci të ndryshme, të vendit ose të huaja, institucione arsimore publike ose private etj.

Në raport theksohet rëndësia e monitorimit të rregullt të trajnimeve nga QKEV-ja, si dhe rëndësia e zhvillimit të një sistemi vlerësimi për organizmat (institucionet) mësimdhënëse, që kërkojnë të përfshihen në këtë proces.

E. PËRSHKRIMI I GJENDJES

E.1. Të dhëna të përgjithshme

Shqipëria ka rreth 3.6 milionë banorë (mosha mesatare 32.2 vjeç) dhe sipërfaqe 28 750 km². Vendi ndahet në 12 njësi administrative, që janë qarqet (prefektura, në kontekstin e pushtetit ekzekutiv), 36 rrethe dhe 384 njësi të pushtetit lokal (bashki në qytet; komunë në fshat), që përbëjnë nivelin e parë të qeverisjes lokale. Shpërndarja e qarqeve dhe e popullsisë sipas rretheve në çdo qark jepet në aneksin 1, ndërsa një informacion i shkurtër mbi profilin e vendit jepet në aneksin 2.

Reformimi i sistemit shëndetësor në dy dhjetëvjeçarët e fundit ka synuar racionalizimin e tij, zgjerimin dhe rritjen e cilësisë së shërbimeve të ofruara, privatizimin e disa aktiviteteve etj. Ndryshim themelor në sistem ka qënë hyrja në “lojë” e ISKSH-së si “pagues i vetëm” i shërbimeve shëndetësore. MSH-ja është munduar që reformimin e sistemit shëndetësor ta mbështesë në një paketë dokumentesh të rëndësishme politike e ligjore, ndër të cilat më të rëndësishmet janë:

- *Strategjia kombëtare (afatmesme) e zhvillimit të sistemit shëndetësor në Shqipëri*, aprovuar me VKM në vitin 2004, por që është aktualisht në rishikim.
- *Ligji bazë i sistemit shëndetësor*, aprovuar në vitin 2008 me konsensus të gjërë në parlament.
- *Ligji i shëndetit publik*, aprovuar në vitin 2008 me konsensus të gjërë në parlament.
- *Ligji i financimit të sistemit shëndetësor*, paraqitur për aprovim në 2008, por nuk është aprovuar (nuk pati konsensus nga të gjitha grupet parlamentare).
- *Disa strategji sektoriale dhe ligje që mbulojnë sektorë të veçantë të sistemit shëndetësor*

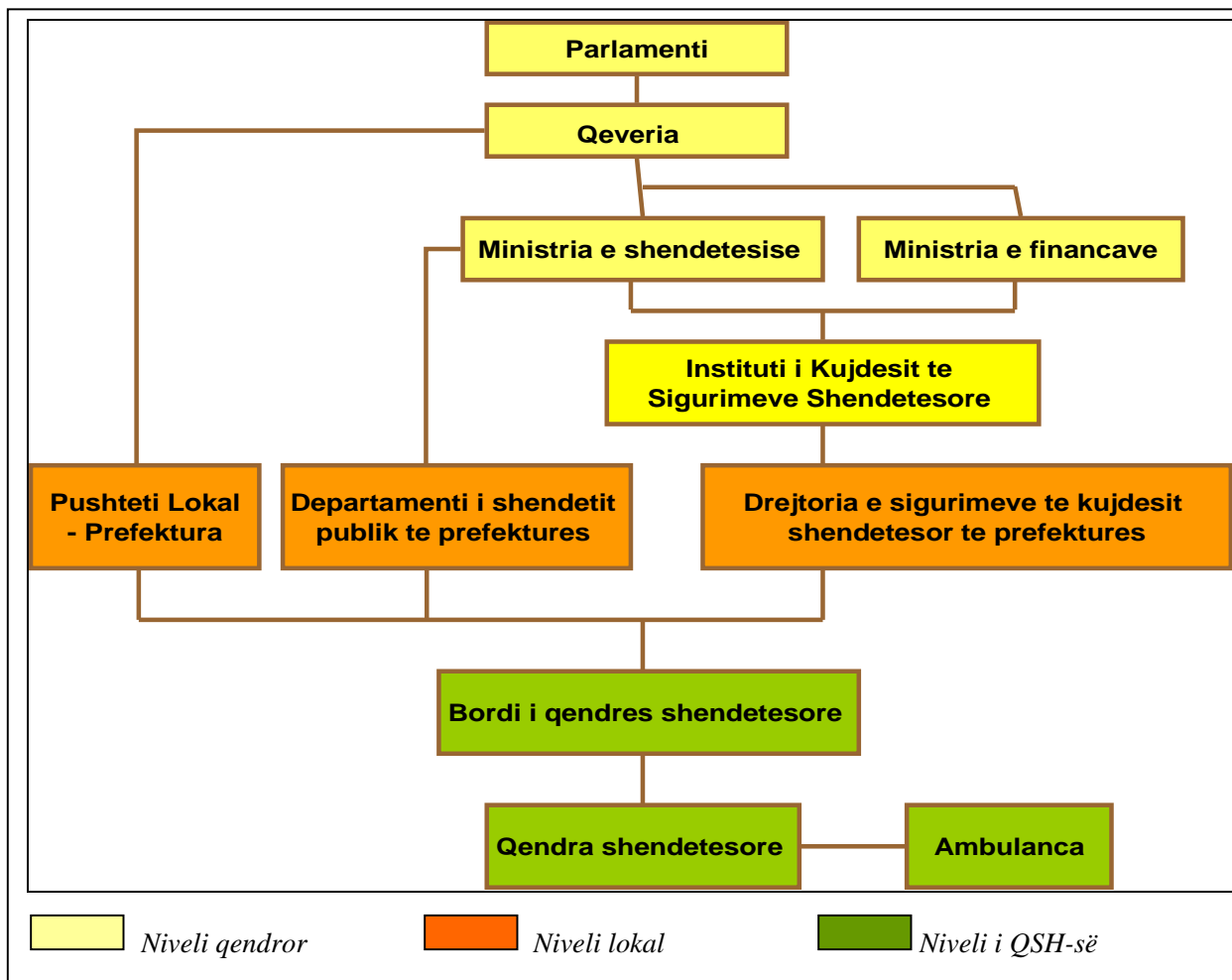
Brenda sistemit shëndetësor vërehen ndryshime të mëdha në mbulimin me shërbime në zona të ndryshme të vendit. Shpërndarja e kapaciteteve fizike dhe burimeve njerëzore në KSHP mbetet e pabarabartë në rajone të ndryshme, si dhe brenda rajoneve. Për shkak të cilësisë së ulët të perceptuar, shmangia e kujdesit parësor në favor të kërimit të kujdesit në poliklinika e spitale është fenomen i përhapur, gjë që çon në një shfrytëzim të pakët të QSH-së dhe personelit përkatës. Mesatarisht, një mjek i KSHP-së viziton më pak se 8 pacientë në ditë, me luhaje të dukshme rajonale (4-16 vizita në ditë). Roli i “portierit”, që duhet të luajë mjeku i përgjithshëm, nuk funksionon siç duhet.

Fragmentimi evident i sistemit financiar shëndetësor dhe paqartësia në përcaktimin e përgjegjësive financuese kanë ndikuar dukshëm në performancën sektoriale e individuale në këtë sistem. Megjithatë, gjatë viteve 2008-2009 gjendja duket se po qartësohet – ISKSH-ja ka marrë rolin e blerësit të vetëm të shërbimeve, gjë që është shtrirë plotësisht në KSHP. Megjithëse sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm, vetëm 40-45 % e popullsisë merr pjesë në këtë skemë (kontributi individual është 3.4% e të ardhurave mujore), duke përfituar nga mbulimi. Mbulimi është shumë më i lartë në popullsinë urbane dhe grupet me të ardhura më të larta. Përqindja e lartë e pagesave nga xhepi gjatë shërbimit dhe jashtë një kuadri të përgjithshëm financiar shëndetësor, krijon pabarazi në akses dhe probleme në administrimin efikas të sektorit.

E.2. Kujdesi shëndetësor parësor në Shqipëri

Njohja e saktë e rrjetit të kujdesit shëndetësor parësor (organizimi, struktura, përgjegjësitë, linjat e autoritetit, rrjedhja e fondeve etj.) në nivel qendror dhe lokal (Figura 1), ka rëndësi të madhe edhe për procesin e vlerësimit të nevojave për trajnim për të gjithë profesionistët në këtë sistem.

Figura 1: Pozicioni i QSH-së në strukturën e sistemit shëndetësor



Që prej vitit 2006, me një VKM të veçantë, QSH-ja është konsideruar njësi bazë në KSHP, e cila duhet të ofrojë një paketë bazë shërbimesh për komunitetin e zonës së mbuluar. Shërbimet e ofruara nga QSH-ja në komunitetet përkatëse kanë këto karakteristika:

- Shërbimet lokalizohen në zona me akses sa më të lartë për popullatën e zonës së mbulimit dhe organizohen për të qenë pika e parë e kontaktit me sistemin kombëtar të kujdesit shëndetësor;
- Shërbimet e ofruara përputhen me nevojat bazë të popullatës (diagnostikim, trajtim, menaxhim dhe parandalim i sëmundjeve, si dhe promovim shëndetësor);
- Pacientët dhe familjet ndiqen nga i njëjti ekip i kujdesit shëndetësor;
- Shërbimet e ofruara janë të integruara dhe bashkërendohen me nivele më të larta të shërbimit, të cilat ofrojnë kujdesin e specializuar sipas nevojave.

Për herë të parë në Shqipëri, që nga viti 2007, çdo QSH funksionon si person juridik, publik, jobuxhetor, jofitimprurës, me llogari bankare më vete dhe përfshin të gjithë rrjetin e dhënësve të shërbimit në varësi të saj. Ky status i jep QSH-së edhe të drejtën e administrimit të burimeve njerëzore e financiare në dispozicion, pra edhe mundësi për të rritur nivelin e shërbimit

shëndetësor parësor në zonën që mbulon, si dhe për të përmirësuar vazhdimisht cilësinë e këtij shërbimi.

Në dokumentin bazë të QSH-së (Paketa bazë e shërbimeve, që i bashkangjitet kontratës së QSH-së me ISKSH-në) misioni i saj është “t’i ofrojë komunitetit shërbim shëndetësor të cilësisë së lartë, të plotë, të vazhdueshëm, të integruar, të arritshëm nga të gjithë”. Personeli i QSH-së u përgjigjet nevojave shëndetësore të pacientëve në kuadër të MF-së, kryesisht nëpërmjet promocionit shëndetësor, parandalimit të sëmundjeve, si dhe kujdesit kurativ e paliativ”. Ndërkohë, po në këtë dokument, vizioni i QSH-së përcaktohet si “Njerëz të shëndetshëm në një komunitet të shëndetshëm, gjë që QSH-ja e arrin duke zbatuar modelin e MF-së në komunitetin që mbulon”.

Aktualisht, QSH-të kanë strukturë organizative dhe linjë varësie të njëjtë. Duke u mbështetur në ligjin “Për Sigurimet Shëndetësore” dhe VKM-në “Për financimin e shërbimeve të KSHP-së nga skema e sigurimeve shëndetësore”, ISKSH-ja realizon financimin e QSH-së në bazë të kontratës përkatëse. QSH-ja është entitet juridik, jo fitimprurës, me llogari më vete, e cila operon në bazë të statutit të QSH-së dhe rregullores së kontraktimit të shërbimeve të KSHP-së. Bordi i QSH-së funksionon për çdo njësi pushteti vendor. Kontrata mes ISKSH-së dhe QSH-së lidhet për paketën e shërbimeve që duhet të ofrojë kjo e fundit, përmes rrjetit të dhënësve të shërbimit, në varësi të saj. Drejtori i QSH-së, si përfaqësues i QSH-së në marrëdhëniet me sigurimin shëndetësor, firmos kontratën tip (të aprovuar çdo vit) për shërbime që ofrohen sipas paketës përkatëse të shërbimeve.

Në pjesën më të madhe të vendit, QSH-ja është organizim që përfshin disa ambulanca. Pra, shërbimet e kujdesit shëndetësor nuk ofrohen në një godinë të vetme, por nëpërmjet një rrjeti ofruesish të shërbimeve shëndetësore, që punojnë afër komuniteteve. Personeli i QSH-së përbëhet nga menaxherë, mjekë, infermierë, mami, personel mbështetës. Çdo minibashki, bashki e vogël apo komunë ka, detyrimisht, një QSH dhe çdo fshat ka një ambulancë ku shërben të paktën një infermier (aneksi 3). Mesatarisht, çdo QSH i shërben një popullate prej 8,000 - 10,000 vetësh (kjo luhet ndjeshëm në zonat urbane dhe rurale), duke patur një raport mjek/pacient rreth 1 / 2500 dhe infermier/pacient rreth 1 / 400.

Në qytete të mëdha, disa shërbime, si këshillimorja e gruas dhe fëmijës, mund të funksionojnë jashtë QSH-së kryesore, por janë pjesë përbërëse e saj, sepse kanë të njëjtin buxhet e administrim, vendosen në të njëjtën ndarje administrative, i shërbejnë të njëjtës popullatë. Ndërtesat e QSH-ve në të gjithë vendin janë në pronësi të pushtetit lokal. Në përgjithësi, këto ndërtesa janë ndërtuar për këtë qëllim, pra kanë strukturë të ngjashme. Megjithatë gjatë viteve të fundit janë ndërtuar QSH të reja dhe janë rikonstruktuar shumë të tjera, ende shume prej tyre kanë probleme të rëndësishme të infrastrukturës fizike. Një numër i madh ndërtesash të QSH-ve kanë ende probleme me furnizimin e vazhdueshëm me ujë, ndërkohë që furnizimi me energji elektrike, aktualisht, nuk është problem madhor. Gati të gjitha QSH-të kanë probleme serioze me mbledhjen dhe shkatërrimin e mbeturinave, veçanërisht atyre biologjikisht të rrezikshme. Mobilimi i QSH-ve është përgjegjësi e MSH-së dhe bëhet me një proces planifikimi e prokurimi qendror, gjë që shpesh rezulton në vonesa në kohë, furnizime të papërshtatshme apo mungesë furnizimi për QSH-të që kanë nevojë, pamundësi për të reklamuar cilësinë e mallit etj. Pajisja e QSH-ve me aparatura mjekësore është përgjegjësi e MSH-së.

Procesi i planifikimit, prokurimit, instalimit, përdorimit, mirëmbajtjes së aparaturave në QSH është një pikë e dobët në KSHP, por, në përgjithësi, edhe në sistemin shëndetësor. Furnizimi i QSH-ve

me barna dhe materiale konsumi është tërësisht përgjegjësi e vetë QSH-së. Pikërisht këtu menaxherët e QSH-së kanë një pozicion kyç në procesin e planifikimit, prokurimit, kontraktimit, monitorimit etj.

Për herë të parë, QSH-të kanë një statut tip të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë dhe që përcakton në vija të përgjithshme funksionimin, raportet, hierarkinë, marrëdhëniet ndërmjet bordit dhe drejtorit të QSH-së etj. Në këtë statut QSH-ja përcaktohet si dhënësi i parë i shërbimeve të KSHP-së, të ofruara nga mjeku i familjes ose i përgjithshëm, specialisti, infermieri, personeli mbështetës. QSH-ja i ofron popullatës kujdes shëndetësor cilësor, në përputhje me ligjin për kujdesin shëndetësor, ligjin për sigurimet shëndetësore, ligjin për barnat, rregullat/udhëzimet e përgjithshme, protokollat profesionale, normat dhe standardet e miratuara nga MSH-ja dhe të monitoruara nga MSH-ja e ISKSH-ja.

Bordi i QSH-së është organi më i lartë ekzekutiv dhe përbëhet nga drejtori i DSHPQ-së (kryetar), një përfaqësues i DRSKSH-së dhe një përfaqësues i njësisë përkatëse të pushtetit vendor. Bordi i QSH-së miraton rregulloren e brendshme të funksionimit të QSH-së; miraton projekt-buxhetin dhe bilancin përkatës të QSH-së; miraton strukturën e QSH-së; shqyrton propozimet e drejtorit për rekrutimin dhe largimin nga puna të punonjësve të QSH-së; miraton objektivat vjetore të QSH-së; vlerëson punën e drejtorit të QSH-së në fund të vitit; miraton projekt-kontratën dhe autorizon drejtorin për nënshkrimin e saj; shqyrton ankesat lidhur me aktivitetin e drejtorit të QSH-së.

Sipas kuadrit rregullues në fuqi, QSH-ja duhet të bashkëpunojë zyrtarisht me përfaqësuesit e pushtetit vendor dhe komunitetit, por këto marrëdhënie, për më tepër roli i pushtetit lokal në këtë kontekst, janë të turbullta dhe shpesh të padukshme.

Në kontratën aktuale të QSH-së me ISKSH-në përfshihen përgjegjësitë e drejtorit të QSH-së, të lidhura me aktivitetin e tij si menaxher i qëndrës, por edhe me aktivitetin e tij si mjek (kur është mjek). Këto përgjegjësi lidhen me organizimin e punës për dhënien e shërbimit të pandërprerë, mbarëvajtjen e të gjitha proceseve, raportimin në kohë dhe sipas formateve të përcaktuara, aktivitetin profesional si mjek etj. Sipas statutit, drejtori i QSH-së është personi përgjegjës për aktivitetin shëndetësor, mbarëvajtjen financiare dhe ligjshmërinë e punës së QSH-së, realizimi i të cilave përbën kriter për vlerësimin e drejtorit (aneksi 4). Drejtori shihet si “person juridik” kur ai lidh kontratë me ISKSH-në dhe si person i punësuar i QSH-së, kur ai lidh kontratë me bordin.

Sipas statutit të QSH-së, drejtori i saj organizon dhe drejton punën në QSH; harton rregulloren e brendshme; planifikon dhe zbaton menaxhimin efikas dhe transparent të fondeve; drejton dhe përgjigjet për zbatimin e buxhetit të kontraktuar të QSH-së; drejton dhe përgjigjet për mbledhjen dhe përdorimin e të ardhurave të tjera; paraqet në bord projekt-buxhetin e bilancin përkatës; përgjigjet për raportimin financiar sipas kërkesave të ISKSH-së; përgjigjet për cilësinë e shërbimeve të ofruara; planifikon strukturën e personelit dhe e paraqet në bord për miratim; organizon konkursin për punësim të personelit të specializuar dhe punëson personel mbështetës; harton dhe paraqet në bord për miratim përshkrimin e punës për çdo punonjës të QSH-së; raporton në MSH të dhënat e kërkuara në zbatim të SISH-së të miratuar; përfaqëson QSH-në në marrëdhënji me DRSKSH-në dhe me institucionet e tjera dhe me të tretët; gëzon të drejtën e firmës si përfaqësues i QSH-së.

Siç shihet, drejtori i QSH-së përgjigjet për menaxhimin eficient dhe efektiv të burimeve njerëzore dhe financiare. Pikërisht për këtë arsye, ky drejtor (dhe financieri) duhet të jetë subjekt i një trajnimit të vazhdueshëm mbi teknikat dhe aftësitë menaxhuese të një njësie publike të ofrimit të shërbimeve.

Paketa bazë e shërbimeve, që duhet të ofrojë QSH-ja është plotësuar në vitin 2009 dhe pas aprovimit nga Ministri i Shëndetësisë, është bërë pjesë përbërëse e kontratës së çdo QSH-je me ISKSH-në për periudhën 2009 - 2010. Sidoqoftë, QSH-ja, përveç ofrimit të shërbimeve të paketës, përgjigjet edhe për shërbime të tjera si aktivitete survejance për sëmundjet ngjithëse (investigim rasti, përgjigje ndaj epidemive), vaksinime, probleme të higjienës etj.

Në këtë paketë, shërbimet e ofruara në KSHP përmbledhen në shtatë grupe: kujdesi në rastet e urgjencës; kujdesi shëndetësor për fëmijët; kujdesi shëndetësor për të rriturit; kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues; kujdesi shëndetësor për të moshuarit; kujdesi shëndetësor mendor; promovimi dhe edukimi shëndetësor. Për secilin nga këto grupe në paketë përcaktohen: përshkrimi i shërbimit; qëllimi i shërbimit; menaxhimi i gjëndjeve të zakonshme në këtë grup; kujdesi parandalues dhe edukimi i pacientit/familjes; aftësitë e personelit të QSH-së; referimet e rekomanduara; shërbimet në komunitet; standardet në dispozicion; pajisjet e kërkuara në QSH; mjekimet dhe materialet e konsumit në QSH; dokumentacioni mjekësor në QSH.

Një dokument i rëndësishëm për KSHP-në është paketa e standardeve të QSH-së (2009). Ky dokument i ndan standardet në tre nivele: *standarde minimale* (licencimi); *standarde optimale* (akreditimi); *standarde të së ardhmes* (objektiva afatgjatë). Bashkë me standardet jepen edhe indikatorët e çdo fushe (112 indikatorë). Në dokument, dimensionet për vlerësimin e cilësisë janë infrastruktura, të drejtat e pacientit, personeli, kujdesi për pacientin, dokumentacioni, menaxhimi i informacionit, shërbimet mbështetëse, financa/buxheti, komiteti/koordinatori i cilësisë, siguria, objektivat e MF-së.

Paketës së standardeve të QSH-së i janë bashkangjitur edhe dy dokumente të tjera të aprovuara nga MSH-ja që janë “Udhëzuesit e praktikë s klinike për QSH” (deri tani ka katër udhëzues të plotë - diabeti, HTA, insulti cerebro-vaskular, anemia në sëmundjet renale - dhe një bllok me 15 referenca të shpejta për mjekun e familjes) dhe “Protokollet infermiore për KSHP-në”.

Supervizimi mbështetës (SM) është një mekanizëm i ri i përmirësimit të cilësisë, që zbatohet në KSHP (2009). Qëllimi i SM-së është të përcaktojë në mënyrë të matshme mospërputhjet e nivelit aktual me nivelin e pritshëm të cilësisë, si dhe të adresojë mospërputhjet, me qëllim përmirësimin e cilësisë, performancës dhe efikasitetit të shërbimit. SM-ja siguron që inputet, proceset, rezultatet (IPR) të përputhen me standardet e KSHP-së dhe rregulloret. Rezultatet e aktiviteteve të SM-së përdoren për të monitoruar KSHP-në dhe planifikuar aktivitetet për përmirësim. Aktualisht QSH-të supervizohen nga DSHPQ-ja (IPR të aktivitetit klinik) dhe DRSKSH-ja (IPR të aktivitetit menaxherial e financiar).

Financimi i QSH-së bazohet në kohën dhe kufijtë e përcaktuar në kontratën përkatëse me ISKSH-në. QSH-të hartojnë dhe dorëzojnë rregullisht evidencën e realizimit të buxhetit, si dhe treguesit e tjerë, të nevojshëm për marrjen e financimit. Mosrealizimi i treguesve të aktivitetit dhe cilësisë u kushton QSH-ve financim jo të plotë dhe vështirësi të theksuara financiare (deri pagesë jo të plotë të pagave sipas treguesve për çdo individ). Është e drejtë e drejtorit të QSH-së, bazuar në buxhetin

që disponon dhe rezultatet e vartësve, të vendosë pagesën e personelit, brenda kufijve të përcaktuar për pagat në QSH. Drejtuesit e QSH-së (drejtori/ekonomisti) përgjigjen edhe për veprimtarinë kontabël përkatëse, si dhe procedurat e prokurimeve publike dhe blerjeve me vlera të vogla. Të ardhurat e QSH-së nga ofrimi i shërbimeve të pakontraktuara mund të mbulojnë shpenzime për mirëmbajtjen, ruajtjen e objekteve, shërbimin e pastrimit e dezinfektimit etj. Të gjitha këto detyrime janë krejt të reja për menaxherët e QSH-ve (pas fillimit të funksionimit të QSH-ve si njësi autonome) dhe, pikë risht për këtë arsye, shpesh vërehen probleme e gabime në njohjen dhe zbatimin e tyre.

Në përlllogaritjen e buxhetit të QSH-së merren parasysh pagat (përfshirë pagesat për performancë e cilësi); sigurimet shoqërore/shëndetësore; shpenzimet për mallra e shërbime etj. Në këtë kontekst, bie në sy fakti që, aktualisht, QSH-ja nuk përfshihet direkt në planifikimin e buxhetit përfundimtar të saj (në fakt, QSH-ja paraqet propozimin e saj në DRSKSH, por shpesh ky propozim nuk përputhet me buxhetin e aprovuar), gjë që do të mundësonte një mbështetje më të mirë në analizën e gjendjes dhe problematikën specifike. Kjo ndodh për dy arsye kryesore: mënyra tradicionale e punës në ISKSH, si dhe mungesa e kapaciteteve të mirëfillta menaxheriale në QSH.

Me përparimin e reformës, është rritur kërkesa për informacion të saktë dhe në kohë, gjë që, nga ISKSH-ja është mbështetur në zbatimin e sistemit të ri të informacionit shëndetësor (SISH), të bazuar në formularët individualë të vizitës dhe procedurave mjekësore, gjë që u kursen ofruesve kohë për llogaritjen e indikatorëve dhe eviton gabimet njerëzore. Aktiviteti i QSH-së raportohet rregullisht dhe mbi të përlllogariten pagesat e mjekut, si: pagesa për kapital (85% e pagës standarde, për të paktën 2000 banore të mbuluar), pagesa për performancë (10% e pagës standarde dhe lidhet me numrin e vizitave) dhe pagesa bonus (5% e pagës standarde dhe lidhet me 5 tregues të cilësisë së shërbimit, një nga të cilët është pjesëmarrja në programet e edukimit mjekësor në vazhdim - në fakt pagesa bonus për pjesëmarrësit në EMV nuk vlerësohet të ketë patur ndonjë impakt në këta tre vjet).

Për matjen e cilësisë së shërbimit shërbejnë indikatorët e sanksionuar në kontratë, të cilët:

- ndjekin respektimin dhe përmbushjen e të gjitha elementeve që rrjedhin nga kontrata,
- tregojnë në çfarë niveli ndodhet QSH-ja në dhënien e shërbimit ndaj popullatës,
- tregojnë vlerat profesionale të stafit brenda autonomisë së sanksionuar me ligj,
- japin të dhëna të mjaftueshme për të krahasuar QSH-të mes tyre,
- janë baza për zbatimin e parimit “Një shpërblim më të mirë për një punë më të mirë”.

Në mënyrë të përmbledhur, rolet dhe përgjegjësitë e strukturave të lidhura me funksionimin e QSH-së jepen në aneksin 5

E.3. Burimet njerëzore në sistemin shëndetësor në Shqipëri

Autoritetet dhe institucionet që përfshihen në procesin e planifikimit, prodhimit, menaxhimit dhe rregullimit të burimeve njerëzore janë :

- *Ministria e Shëndetësisë* : Planifikimi, monitorimi, zhvillimi i burimeve njerëzore.
- *Ministria e Arsimit dhe Shkencës*: Dizenjimi i kurrikulave dhe procesi edukativ.
- *Institucionet shëndetësore profesionale dhe edukative*: Zhvillimi i programeve të edukimit.

- *Ministria e Financave*: Planifikimi i buxhetit dhe financimi i aktiviteteve të MSH-së dhe Ministrisë së Arsimit dhe Shkencës.
- *Instituti i Sigurimeve Shëndetësore*: Financimi i shërbimeve të ofruara nga personeli në KSHP.
- *Shoqatat profesionale*: Zhvillimi i standardeve etike dhe protokolleve klinike.
- *Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim*: Akreditimi, planifikimi, koordinimi, monitorimi, vlerësimi i programeve të edukimit në vazhdim.

Planifikimi i burimeve njerëzore ende nuk funksionon si proces i rregulluar, ndërsa menaxhimi i tyre nuk është pjesë e një strategjie të caktuar. Vetëm në KSHP ka një farë decentralizimi në planifikimin e burimeve njerëzore - strukturat e personelit në QSH janë riorganizuar dhe forcuar duke synuar përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të kontraktuara nga një blerës i vetëm. Sigurisht, normat/standardet përkatëse përcaktohen dhe monitorohen nga ISKSH-ja, por ka një nivel pavarësie të QSH-së, që ka të bëjë me procedurat e rekrutimit të mjekëve dhe infermierëve (në bashkëpunim me bordin e QSH-së).

F. Qëllimi dhe objektivat e studimit

Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i nevojave për trajnim të menaxherëve të QSH-së.

Objektivat specifikë të këtij studimi janë si më poshtë:

1. Paraqitja e situatës së përgjithshme të sektorit të shërbimit shëndetësor parësor në Shqipëri duke u fokusuar mbi reformat e fundit që kanë të bëjnë me financimin dhe organizimin e këtyre shërbimeve.
2. Përshkrimi i pozicionit të menaxherëve duke përfshirë përgjegjësitë dhe detyrat që duhet të kryejnë (menaxherët mjekë dhe ekonomistë).
3. Identifikimi i kompetencave kryesore që nevojiten për të arritur objektivat e pozicionit të menaxherit.
4. Identifikimi dhe përshkrimi i programeve trajnuese dhe/ose aktiviteteve të ofruara nga Ministria e Shëndetësisë, agjenci të tjera publike ose donatorë të tjerë.
5. Hartimi i një liste temash që duhet të përfshihen në paketa të ndryshme trajnimi për kategoritë specifike të personelit që punon në ekipet menaxheriale të shërbimeve shëndetësore parësore (menaxherë, ekonomistë dhe, eventualisht, kryeinfermierë) të shoqëruara me objektivat e trajnimeve përkatëse.
6. Formulimi i rekomandimeve mbi metodat dhe format pedagogjike të një programi trajnimi efektiv për menaxherët e Shërbimit Shëndetësor Parësor.

G. METODOLOGJIA E STUDIMIT

G1. Metodatat e përdorura

Të dhënat për këtë vlerësim nevojash janë mbledhur gjatë periudhës mars - maj 2009.

Për të realizuar këtë vlerësim nevojash u përdorën metoda cilësore dhe sasiore kërkimi. Metodatat cilësore ndryshojnë në disa aspekte nga metodatat sasiore. Metodatat cilësore janë të pastrukturuara dhe, nëpërmjet pyetjeve të hapura e jo drejtuese, mundësojnë eksplorimin e çështjeve të interesit. Nga ana tjetër, metodatat sasiore, nëpërmjet pyetjeve të strukturuara, mundësojnë të kuptuarin e çështjeve nga pikëpamja sasiore.

Target grupi.

Target grupi i përzgjedhur formohet nga Drejtuesit e QSH-së dhe ekonomistët e këtyre qendrave. Përzgjedhja e tyre u bë me ndihmën e DRSHP-së dhe DRSKSH-së në katër qarqe të vendit: Tiranë, Vlorë, Shkodër dhe Lushnjë .

Përzgjedhja e qarqeve u bë duke marrë në konsideratë :

1. Veçoritë gjeografike – QSH rurale përkundrejt QSH urbane,
2. Trajnimet e mëparshme të drejtuesve të QSH-ve në fushën e menaxhimit shëndetësor – të trajnuar, përkundrejt të patrajnuar.

Për mbledhjen e të dhënave janë përdorur këto metoda:

Fokus Grupe: U realizuan gjithsej katër fokus grupe me rreth 8-12 persona secili, përkatësisht në Tiranë, Vlorë, Shkodër dhe Lushnjë. Pjesëmarrësit në fokus grupe ishin drejtues të QSH-ve me profesion mjek ose ekonomist, si edhe ekonomistë të QSH-së. Pjesëmarrësit në fokus grupe janë përzgjedhur në mënyrë të qëllimshme duke marrë parasysh edhe këto kritere:

- shpërndarja gjeografike (Veri, Jug dhe Shqipëri e Mesme)
- përfaqësimi i QSH-ve në zona rurale dhe urbane.
- përfshirja në programe të mëparshme të trajnimit të menaxherëve të QSH-ve në qarqet përkatëse.
 - një pjesë e anëtarëve të FG-së në Tiranë kanë ndjekur programin e trajnimit të organizuar nga Universiteti i Montrealit (“Program Trainimi në Planifikimin dhe Menaxhimin Shëndetësor”), si dhe kursin e shkurtër (“Menaxhimi i institucioneve shëndetësore”), të organizuar nga Universiteti “Zonja e Këshillit të Mirë ” në Tiranë ;
 - pjesëmarrësit e FG-së në Shkodër kanë ndjekur programin e trajnimit të organizuar nga Pro Shëndetit - USAID (“Reformimi i kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri”);
 - pjesëmarrësit e FG-së në Vlorë kanë ndjekur trajnime të shkurtëra me tema të veçanta të ofruara nga OJF të ndryshme;
 - pjesëmarrësit e FG-së në Lushnjë nuk kishin marrë pjesë në asnjë trajnim të mëparshëm në fushën e menaxhimit shëndetësor.

Çështjet që u eksploruan nëpërmjet fokus grupeve paraqiten në udhëzuesin e FG-së (shiko aneksin 8). Diskutimet në grup u regjistruan duke përdorur magnetofon dhe u transkriptuan verbatim.

Intervista me persona kyç: Për të eksploruar më thellë çështjet e interesit u kryen 12 intervista me persona kyç nga institucione e organizma të ndryshme me përfshirje esenciale në organizimin dhe funksionimin e KSHP-së. Personat u përzgjedhën në bazë të ekspertizës dhe njohurive të mira mbi çështjet që do të eksplororeshin në vlerësim. Intervistat u kryen në formë bisede me secilin pjesëmarrës dhe më pas, nga secila intervistë, u përzgjedhën të dhënat e nevojshme në përputhje me kërkesat e këtij studimi. Në aneksin 8 gjendet lista e plotë e personave kyç të intervistuar. Guida e përdorur për intervistimin e personave kyç përmban një sërë pyetjesh që përmbledhen në aneksin 9.

Përdorimi i një pyetësoi standard: Pyetësoi i përdorur për këtë vlerësim u hartua nëpërmjet një procesi shumëfazësh:

- shqyrtimi i literaturës së fushës;
 - shqyrtimi dhe mbajtja parasysh e dokumenteve, si: përshkrimi i vendit të punës (aneksi 4) të drejtorit të QSH-së dhe supervisorëve të tij (drejtori i DSHPQ-së, supervisorët e sektorit të mjekësisë së familjes dhe sektorit të monitorim-vlerësimit);
 - sugjerimet nga specialistët përkatës në sektorët e mjekësisë së familjes në MSH dhe ISKSH.
- Pyetësoi është hartuar nga konsulentët dhe është diskutuar në hollësi me grupin e specialistëve të QKEV-së. Pyetësoi u para-testua me një grup target, të ngjashëm me kampionin e këtij vlerësimi, për të kuptuar:
- nëse pyetjet dhe alternativat përkatëse janë të kuptueshme e të qarta,
 - nëse ka një rrjedhje të natyrshme nga pyetja në pyetje,
 - nëse koha është e mjaftueshme për plotësimin e pyetësoit,
 - nëse instruksionet e dhëna në pyetësoi janë të qarta.

Sugjerimet e mbledhura nga paratestimi u përdorën për të përmirësuar pyetësoin dhe finalizuar atë. Pyetësoi (aneksi 11) synon të mbledhë të dhëna (sasiore) kryesisht në këto drejtime:

- rëndësia që menaxherët e QSH-ve u japin sot detyrave dhe aktiviteteve në QSH;
- nevojat për trajnime në fushën e menaxhimit të Qendrës Shëndetësore.

Pyetësoi u administrua në mënyrë individuale nga vetë të anketuarit, ndërkohë që, paraprakisht, ekspertët u prezantuan të anketuarve qëllimin e studimit dhe strukturën e pyetësoit. Ekspertët ishin të pranishëm gjatë plotësimit të pyetësoit, për t'iu përgjigjur pyetjeve të mundshme, që mund të dilnin gjatë procesit. Plotësimi i pyetësoit ishte anonim.

Kampioni i metodës sasiore u përzgjedh në mënyrë të qëllimshme, duke patur parasysh kritere si:

- shpërndarja e ndryshme gjeografike;
- qenia drejtues apo ekonomistë të QSH-ve;
- pjesëmarrja apo jo në trajnime të mëparshme;
- qenia punonjës në një QSH rurale apo urbane.

Triangulimi i të dhënave të mbledhura nga metodat e ndryshme kërkimore të përmendura më lart, si dhe nga burime të ndryshme informacioni, bëri që rezultatet apo gjetjet e këtij vlerësimi të ishin më të besueshme e më të vlefshme, në të njëjtën kohë. Në mënyrë të përmbledhur, të dhënat specifike mbi kampionin e përzgjedhur jepen në figurën 2.

G2. Analiza e të dhënave

Të dhënat cilësore dhe sasiore u analizuan duke u bazuar në këtë strukturë analize:

- Aktivitetet dhe detyrat kryesore të drejtuesit të QSH-së;
- Vështirësitë dhe sfidat me të cilat përballen drejtuesit e QSH-ve;
- Perceptimi i tyre për cilësitë dhe karakteristikat e një drejtuesi ideal të QSH-së;
- Nevojat për trajnime në fushën e menaxhimit të QSH-së;
- Format dhe mënyrat më të përshtatshme pedagogjike të shpërndarjes së informacionit

Analiza dhe marrja parasysh e aktiviteteve/detyrave aktuale të drejtuesve të QSH-ve, e vështirësive me të cilat ata ndeshen, si dhe perceptimi i tyre për rolin dhe cilësitë e drejtuesit ideal, ndihmojnë për të kuptuar në mënyrë indirekte nevojat për trajnim. Këto të dhëna, të kombinuara me nevojën për trajnim të shprehur në mënyrë direkte nga drejtuesit/ekonomistët e anketuar nëpërmjet pyetësorit, janë guidë e mirë orientuese për të planifikuar trajnimet e ardhshme për menaxherët e QSH-ve.

Të dhënat sasiore u analizuan nëpërmjet programit SPSS 12. U kryen dy lloj analizash të statistikës përshkruese: me një variabël dhe me dy variabla (kryesisht për të kuptuar diferencat në nevojën për trajnime mes drejtuesve të QSH-ve me profesion mjek, drejtuesve me profesion ekonomist, si dhe ekonomistëve që punojnë në QSH.).

Analiza për rëndësinë e aktiviteteve e detyrave të ndryshme, si dhe shprehja e nevojave për trajnim në fushën e menaxhimit u krye në mënyrë të përmbledhur për shtatë fusha specifike:

1. Menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm
2. Mikromenaxhimi
3. Menaxhimi financiar
4. Menaxhimi i burimeve njerëzore
5. Menaxhimi i cilësisë
6. Menaxhimi i sistemit të informacionit
7. Udhëheqja, negocimi dhe komunikimi

Secila prej shtatë fushave të mësipërme u detajua në gjashtë nënfusha (shiko aneksin 11). Për secilën prej gjashtë nënfushave, të anketuarit mund të zgjidhnin pikëzimet në vazhdim

- 0 = aspak;
- 1 = pak;
- 2 = disi;
- 3 = konsiderueshëm;
- 4 = shumë.

Pikëzimi maksimal dhe minimal për secilën nga shtatë fushat kryesore është përkatësisht 24 pikë (maksimal) dhe 0 (minimal), me shkallë matëse të rëndësisë apo nevojës për trajnime si më poshtë:

- 0 = aspak i rëndësishëm ose aspak nevojë për trajnim;
- 1-6 = pak i rëndësishëm ose pak nevojë për trajnim;
- 7-12 = disi i rëndësishëm ose disi nevojë për trajnim;
- 13-18 = i një rëndësie të konsiderueshme apo nevojë të konsiderueshme për trajnim;
- 18-24 = shumë i rëndësishëm ose shumë nevojë për trajnim.

Të dhënat cilësore u analizuan duke rishikuar në detaje të gjitha intervistat e transkriptuara dhe duke regjistruar në kategoritë përkatëse gjithë informacionin e dhënë nga personat e intervistuar, që kishte të bënte me kategorinë specifike. Për të kuptuar më mirë dhe paraqitur gamën e plotë të opinionëve, analiza e të dhënve cilësore ka marrë parasysh dhe ka konsideruar të rëndësishme si informacionin e përsëritur disa herë nga të intervistuar të ndryshëm, ashtu edhe atë që mund të jetë dhënë vetëm nga një prej të intervistuarve.

G3. Kufizimet e metodologjisë

Duke qenë se studimi është i mbështetur kryesisht në perceptime, ai sigurisht që ka një “dozë” subjektiviteti në përfundimet e arritura. Sidoqoftë, edhe në këtë rast, triangulimi i të dhënave na bën të ndihemi konfident se të dhënat e mbledhura mund të shërbejnë si një guidë e mirë për të kuptuar nevojat për trajnim të drejtuesve të QSH-së.

Pjesëmarrësit në fokus grupet në Tiranë, Shkodër, Vlorë, Lushnjë shërbyen në të njëjtën kohë edhe si kampioni për plotësimin e pyetësorit në rrethet përkatëse. Ndoshta do të ishte mirë që të ishin përzgjedhur grupe të ndryshme për anketimin nëpërmjet pyetësorit dhe intervistimit në FG (gjë që do të kërkonte më shumë kohë dhe më shumë buxhet).

Prania në të njëjtin fokus grup e drejtuesve të QSH-së dhe ekonomistëve të tyre mund të ketë ndikuar në rritje të nivelit të konformimit në opinionet e shprehura apo në censurim të tyre.

Do të kishte qenë me interes intervistimi i personave kyç nga rrethet e tjera të vendit përveç Tiranës, Shkodrës, Lushnjës dhe Vlorës. Pavarësisht nga kjo, triangulimi i të dhënave (përdorimi në të njëjtën kohë i metodave të ndryshme kërkimore si fokus grupi, pyetësori, intervista me personat kyç), si dhe prania e burimeve të ndryshme të informacionit, e bëjnë ndikimin e kufizimeve sa më të vogël dhe na bëjnë të ndihemi konfident se të dhënat e mbledhura mund të shërbejnë si një guidë e mirë për të kuptuar nevojat për trajnim të drejtuesve të QSH-së.

Tabela2: Të dhënat specifike mbi kampionin e përzgjedhur

Metodat për vlerësimin e nevojave	Numri	Rrethet	Numri gjithsej i pjesëmarrësve dhe karakteristika specifike
Fokus grupi	<i>Çështjet e eksploruara:</i> Aktivitetet/detyrat e drejtuesit; vështirësitë/sfidat me të cilat ndeshet; karakteristikat e drejtuesit ideal; nevoja për trajnime; format e ndryshme të ofrimit të trajnimeve		
	4 fokus grupe	Tiranë, Shkodër, Vlorë, Lushnjë	37 pjesëmarrës gjithsej 16 drejtues mjekë 7 drejtues ekonomistë 14 ekonomistë
Intervista me personat kyç	<i>Çështjet e eksploruara:</i> Aktivitetet/detyrat e drejtuesit; vështirësitë/sfidat me të cilat ndeshen; karakteristikat e drejtuesit ideal; nevoja për trajnime; format e ndryshme të ofrimit të trajnimeve		
	12 intervista	Tiranë, Shkodër, Vlorë, Lushnjë	12 persona kyç të intervistuar
Pyetësi			
- Rëndësia e aktiviteteve të ndryshme dhe koha, që zënë këto aktivitete	83 pyetësorë	Tiranë, Shkodër, Vlorë, Lushnjë, Korçë, Lezhë, Berat, Dibër	83 të anketuar gjithsej 44 drejtues mjekë 7 drejtues ekonomistë 32 ekonomistë
- Nevoja për trajnime	83 pyetësorë	Tiranë, Shkodër, Vlorë, Lushnjë, Korçë, Lezhë, Berat, Dibër	83 të anketuar gjithsej 44 drejtues mjekë 7 drejtues ekonomistë 32 ekonomistë
- Format e ndryshme të ofrimit të trajnimeve	83 pyetësorë	Tiranë, Shkodër, Vlorë, Lushnjë, Korçë, Lezhë, Berat, Dibër	83 të anketuar gjithsej 44 drejtues mjekë 7 drejtues ekonomistë 32 ekonomistë

H. REZULTATET E STUDIMIT

Mbledhja e të dhënave cilësore e sasiore për fushat e mëposhtme synon në thelb kuptimin sa më të mirë të situatës aktuale dhe identifikimin e nevojave për trajnim në fushën e menaxhimit të QSH-së.

Nevojat e shprehura në mënyrë direkte:

- Kështu, një pjesë e nevojave për trajnim dalin të shprehura në mënyrë direkte nga vetë drejtuesit e QSH-së, kur ata pyeten nëpërmjet pyetësorit apo fokus grupeve në lidhje me njohuritë për të cilat do të kishin nevojë për të menaxhuar QSH-në (të gjitha këto përshkruhen në seksionin G4 të këtij kapitulli - Nevojat për trajnim).

Nevojat e shprehura në mënyrë indirekte:

- Një pjesë tjetër e nevojave për trajnim del e shprehur në mënyrë indirekte (përshkruhen në seksionin G1, G2, dhe G3) duke analizuar dhe kuptuar më mirë:
 - o Detyrat dhe aktivitetet me të cilat merren aktualisht drejtuesit e QSH-së dhe koha që ata shpenzojnë për secilën prej këtyre detyrave etj.
 - o Vështirësitë dhe sfidat me të cilat përballen aktualisht drejtuesit e QSH-së.
 - o Perceptimet e tyre për cilësitë dhe karakteristikat e një drejtuesi ideal.

Pra, si përfundim, mund të thuhet se analiza dhe marrja parasysh e aktiviteteve dhe detyrave me të cilat merren aktualisht drejtuesit e QSH-ve; vështirësitë me të cilat ata ndeshen; perceptimi i tyre për rolin dhe cilësitë e drejtuesit ideal; si edhe nevojat për trajnim, të shprehura prej tyre në mënyrë direkte, janë një guidë e mirë orientuese për të kuptuar më mirë :

- aspekte të veçanta të punës së drejtuesve të QSH-ve, të cilat nevojiten të përmirësohen,
- njohuritë dhe aftësitë e reja, të cilat ata duhet të marrin, duke çuar kështu drejt planifikimit të një trajnimit për menaxherët e QSH-ve, bazuar në nevojat reale të tyre.

Struktura e paraqitjes së rezultateve të vlerësimit

Rezultatet e vlerësimit të nevojave paraqiten më poshtë sipas kësaj strukture:

1. Aktivitetet dhe detyrat kryesore të drejtuesit të QSh-së.

- 1.1 Të dhënat e mbledhura nëpërmjet fokus grupeve.
- 1.2 Të dhënat e mbledhura nëpërmjet intervistave me persona kyç.
- 1.3 Të dhënat e mbledhura nga anketimi nëpërmjet një pyetësori.

2. Vështirësitë dhe sfidat gjatë realizimit të detyrave dhe aktiviteteve.

- 2.1 Të dhënat e mbledhura nëpërmjet fokus grupeve..
- 2.2 Të dhënat e mbledhura nëpërmjet intervistave me persona kyç.

3. Roli, detyrat, cilësitë dhe karakteristikat e një drejtuesi ideal: Të dhënat cilësore për të eksploruar perceptimet në lidhje me karakteristikat e një drejtuesi ideal u mblodhën duke përdorur metodat kërkimore të mëposhtme:

- 3.1 Fokus grupet.
- 3.2 Intervistat me persona kyç.

4. Nevojat për trajnime: Një aspekt tjetër shumë i rëndësishëm i këtij studimi është eksplorimi i

nevojave për trajnim në fushën e menaxhimit, që vetë drejtuesit e ekonomistët e QSH-ve perceptojnë. Për këtë aspekt janë mbledhur të dhëna cilësore dhe sasiore me këto metoda:

- 4.1 Fokus grupet.
- 4.2 Intervistat me persona kyç.
- 4.3 Anketimet nëpërmjet një pyetësoi.

5. Pjesëmarrja në trajnime të mëparshme për menaxhimin shëndetësor ku drejtues dhe ekonomistë të QSH-ve u anketuan nëpërmjet pyetësoi.

6. Diferencat në nevojat për trajnim:

- 6.1 Drejtues të trajnuar më parë vs. drejtues të pa trajnuar
- 6.2 Drejtues të QSH-ve urbane vs. drejtues të QSH-ve rurale

7. Mënyrat dhe format më efektive të ofrimit të trajnimeve: Edhe për këtë aspekt janë mbledhur të dhëna cilësore dhe sasiore nëpërmjet:

- 7.1 Fokus grupeve.
- 7.2 Intervistave me persona kyç.
- 7.3 Anketimit nëpërmjet një pyetësoi.

H1. DETYRAT DHE AKTIVITETET KRYESORE TË DREJTUESIT TË QSH-së

1.1 Fokus grupet dhe intervistat me personat kyçë

Nga analiza e të dhënave të mbledhura nëpërmjet fokus grupeve dhe intervistave me personat kyçë, u renditën një sërë detyrash apo aktiviteteve kryesore, me të cilat angazhohet një drejtues i QSH-së dhe që në përgjithësi janë :

Punë klinike: Kjo konsiston në bërjen e vizitave për pacientët (drejtuesi mjek, në detyrën si mjek, ka me ISKSH-në të njëjtën kontratë si mjekët e tjerë) dhe plotësimin e dokumentacionit përkatës, si për shembull, plotësimi i formularit të pacientit.

"Pjesa më e madhe e ditës së punës kalon me punë klinike"- FG Tiranë

"Krahas punës si drejtor kemi edhe detyrimin që të realizojmë numrin e vizitav, që na kërkohen dhe te kartelave që duhet të plotësojmë" - FG Lushnjë.

Organizimi i punës: konsiston kryesisht në kontrollin e prezencës së stafit shëndetësor, si dhe në shpërndarjen e punës (në varësi të prezencës ose mungesës së stafit), në mënyrë që të mos lihet asnjë prej pikave apo zonave pa shërbimin e nevojshëm.

"Shoh pjesëmarrjen në punë që në orën 8 të mëngjesit. Mbase verifikoj listë-prezencën, shoh ku kam mungesa dhe përpiqem të mbuloj shërbimin aty ku ka nevojë"- FG Shkodër

Trajtimi i ankesave të pacientëve: konsiston në pritjen e pacientëve, dëgjimin e ankesave të tyre, angazhimin për zgjidhjen e problemeve të tyre.

Monitorimi i punës: Drejtuesi i QSH-së angazhohet në mbledhjen e të dhënave për aktivitetin e punës për secilin punonjës, nëpërmjet formularëve dhe evidencave javore e mujore. Gjithashtu, drejtuesi viziton pika të ndryshme për të monitoruar mbarëvajtjen e punës dhe më konkretisht për të marrë informacione; kontrolluar praninë e personelit; verifikuar numrin e vizitave të kryera; evidentuar problemet me pacientët apo kontraditat midis stafit etj. Denduria e monitorimit varet kryesisht nga dy faktorë: a) madhësia e QSH-së (kur është e madhe dhe pikat janë të shpërndara, monitorimi është më i rrallë, krahasuar kjo me QSH-të e vogla; b) shkalla dhe sasia e problemeve që paraqiten.

"Nëse QSH-ja është e shpërndarë dhe ka shumë pika, monitorimi bëhet një herë në dy javë ose ka rastë edhe dy herë në javë, sipas problematikës" - FG Tiranë.

"Lëvizjet i bëj për të parë nëse mjekët apo infermierët janë aty ku thanë se do të shkonin"- FG Vlorë.

Takimet mujore me personelin shëndetësor të QSH-së: konsistojnë në bërjen e analizës mujore të punës së realizuar. Problemet e evidentuara gjatë muajit vihen në dukje dhe analizohen. Zakonisht, analizohen treguesit e punës, numri i vizitave, sëmundshmëria, evidentimi i sëmundjeve kronike, rastet e veçanta, rimbursimi etj.

"Bëj takime të veçanta me mjekët dhe pastaj me personelin e mesëm"- FG në Tiranë

"Çdo muaj, secili mjek vjen dhe paraqet raste pikante, me kartela dhe ekzaminime dhe i diskutojmë si grup mjekësh"- FG Shkodër

"Në takime mujore diskutojmë profesionalisht rastet dhe kjo më duket shumë pozitive"- FG Shkodër

Menaxhimi i konflikteve brenda stafit: lidhet me zgjidhjen e konflikteve mes personelit të QSH-së, të tilla si ato mjek-mjek apo mjek-infermier. Gjithashtu, nga analiza e të dhënave të FG-së rezultoi se sa më e madhe QSH-ja, aq më i vështirë bëhet menaxhimi i këtyre konflikteve.

"Infermieres i kërkohet të bëj diçka dhe ajo refuzon ta bëjë"- FG Vlorë.

Dhënia e informacionit për personelin shëndetësor - takimet me kryeinfermierin: bëhen për të diskutuar probleme të pazgjidhura më parë, probleme të ndryshme që kanë dalë, masat që duhen marrë, programi i punës që duhet të ndiqet etj.

Bërja e raportimeve periodike: Drejtuesi i QSH-së, gjithashtu, angazhohet në hartimin e raporteve mujore, 3-mujore dhe 6-mujore të punës së QSH-së.

Njohja dhe interpretimi i shkresave, rregulloreve, legjislacionit: Një pjesë e konsiderueshme e kohës shpenzohet me njohjen, kuptimin dhe interpretimin e shkresave e rregulloreve, që vijnë nga institucione të ndryshme apo edhe e legjislacionit në fushën e shëndetësisë.

"Vjen një mjek dhe më pyet si ta interpretoj, vjen ekonomisti dhe më pyet si ta interpretoj dhe kjo merr kohë... edhe rishikimi i shkresave të kaluara merr kohë..." - FG në Tiranë

Zgjidhja e problemeve që lidhen me infrastrukturën e QSH-së: Më konkretisht atyre që lidhen me ujën, dritat, sigurimin e bazës materiale apo pajisjeve të tjera, karburantit, telefonit etj.

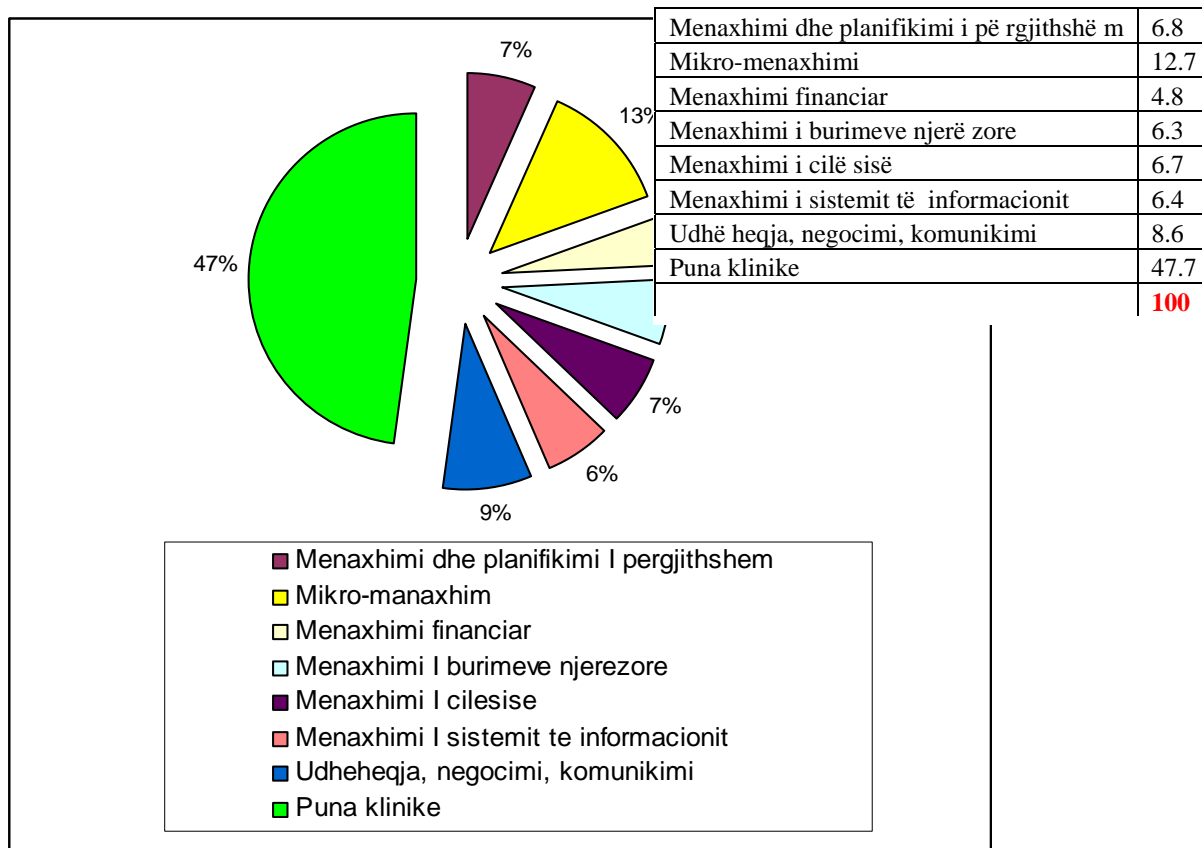
Planifikimi dhe menaxhimi i buxhetit: Planifikimi i buxhetit konsiston në një procedurë rutinë të kryer çdo vit nga menaxherët e QSH-së, që në bazë të buxhetit historik dhe analizës së bërë, hartojnë një draft-buxhet për vitin pasardhës dhe e paraqesin në DRSKSH. Sipas pjesëmarrësve në FG, draft-buxheti i paraqitur prej tyre, në shumicën e rasteve nuk merret plotësisht në konsideratë nga ISKSH-ja, e cila, në përgjithësi, mbështetet vetëm në numrin e banorëve të QSH-së dhe buxhetin e mëparshëm. Për sa i përket menaxhimit të buxhetit, ai, konkretisht, lidhet me planifikimin e shpenzimeve të thjeshta dhe adresimin e tyre, rrogat mujore të stafit, realizimin e bilancit.

1.2 Të dhënat sasiore – anketimi

1.2.1 Vendi që zënë detyra të ndryshme që kryhen nga drejtuesi gjatë aktivitetit të tij në QSH

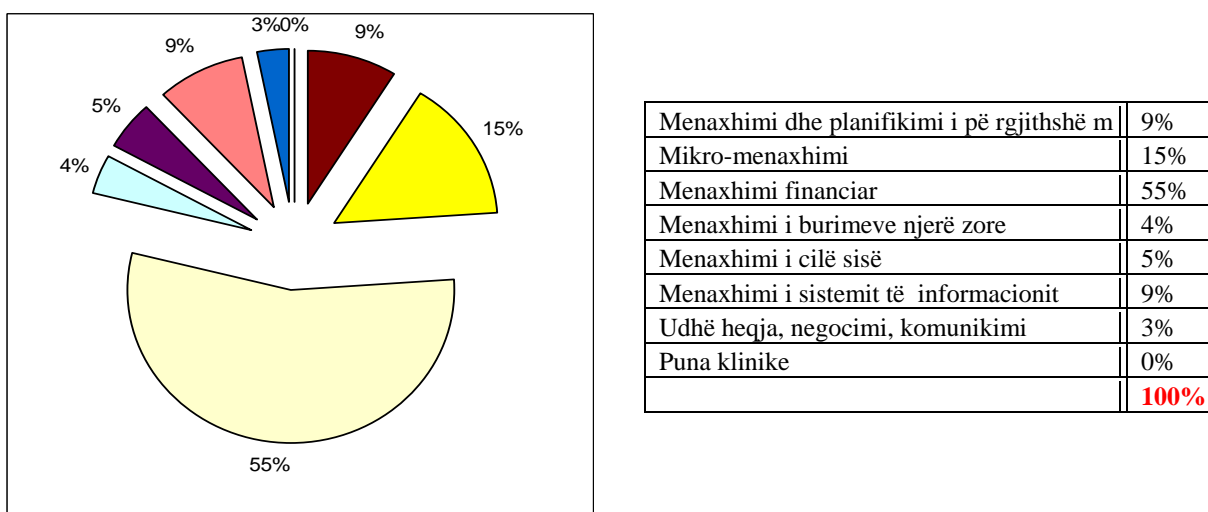
Për të kuptuar më mirë detyrat dhe aktivitetet me të cilat merren aktualisht drejtuesit e QSH-ve dhe kohën që ata shpenzojnë për këto aktivitete, u anketuan gjithsej 28 drejtues mjekë, përkatësisht në rrethet Korçë, Shkodër, Lezhë, Berat. Nga analiza e të dhënave sasiore, vihet re se gati 50% e kohës së drejtuesit të QSH-së kalon me punë klinike. Gjysma tjetër e kohës shpenzohet me aspekte që lidhen direkt me menaxhimin - drejtuesit e anketuar shprehën se shpenzojnë rreth 13% të kohës me mikromenaxhimin e QSH-ve dhe rreth 8% të kohës fokusohen në probleme të drejtimit, negociimit dhe komunikimit. Në përqindje thuhet se njëjtë (6%), drejtuesit shpenzojnë kohë për aspekte të tilla, si: menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm, menaxhimi i burimeve njëzore, menaxhimi i cilësisë dhe menaxhimi i sistemit të informacionit. Rreth 5% të kohës së tyre ata e shpenzojnë me menaxhimin financiar (shiko më poshtë grafikun dhe tabelën në figurën 3).

Figura 3: Vendi, që zënë detyra të ndryshme që kryen aktualisht drejtuesi i QSH-së



Për sa u përket ekonomistëve të QSH-ve të anketuar (18 ekonomistë), ata pothuajse gjysmën e kohës së punës e shpenzojnë me menaxhimin financiar (55%). Gjithashtu, ata i dedikojnë rreth 15% të kohës mikromenaxhimit dhe rreth 9% menaxhimit / planifikimit të përgjithshëm dhe menaxhimit të SISH-së. Për të dhëna më të detajuara shiko tabelën dhe grafikun në figurën 4.

Figura 4: Vendi, që zënë detyra të ndryshme që kryen aktualisht ekonomisti i QSH-së



1.2.2 Perceptimi i rëndësisë për detyra/aktivitete/fusha të ndryshme në menaxhimin e QSH-së

Nëpërmjet anketimit u eksploruan perceptimet e 37 drejtuesve të QSH-ve dhe ekonomistëve mbi rëndësinë që kanë shtatë fushat e mëposhtme në menaxhimin e QSH-ve:

- I. menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm;
- II. mikromenaxhimi;
- III. menaxhimi financiar;
- IV. menaxhimi i burimeve njerëzore;
- V. menaxhimi i cilësisë;
- VI. menaxhimi i sistemit të informacionit;
- VII. udhëheqja, negocimi, komunikimi

Nga analiza e të dhënave (tabela dhe grafiku më poshtë) drejtuesit dhe ekonomistët e QSH-ve i konsideronin të shtata fushat e lartpërmendura si shumë të rëndësishme. Shkalla e përdorur për të vlerësuar rëndësinë është si në vijim:

- | | |
|-------|------------------------|
| 0 | = aspak e rëndësishme; |
| 1-6 | = pak e rëndësishme; |
| 7-12 | = disi e rëndësishme; |
| 13-18 | = konsiderueshëm; |
| 19-24 | = shumë e rëndësishme. |

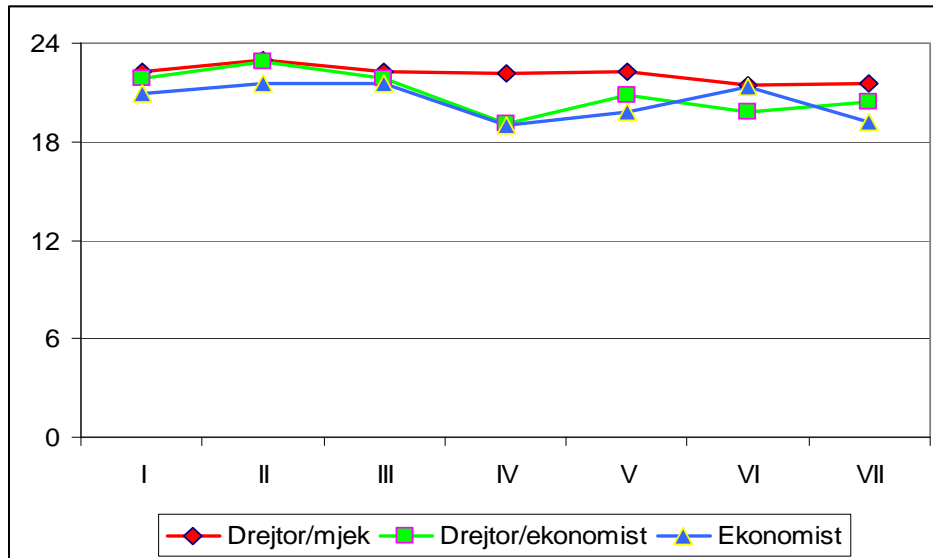
Opinionet e tyre janë pak a shumë të ngjashme përsa i përket menaxhimit dhe planifikimit të përgjithshëm (fusha I) dhe menaxhimit financiar (fusha III). Drejtuesit me profesion ekonomist, si dhe ekonomistët, kanë perceptime të ngjashme në lidhje me menaxhimin e burimeve njerëzore, duke bërë kështu dallim nga drejtuesit me profesion mjek, që e perceptojnë këtë fushë (IV) si më të rëndësishme se grupi i lartpërmendur (shiko grafikun dhe tabelën në figurën 5).

Nëse do të fokusohemi më në detajë për të parë perceptimet e personelit shëndetësor të anketuar sipas pozicioneve, mundet që :

- për drejtuesit e QSH-ve me profesion mjek, perceptimi për rëndësinë është thujse i njëjtë për të gjitha fushat (shiko tabelën dhe grafikun në aneksin 12);
- drejtuesit e QSH-ve me profesion ekonomist, nga të shtata fushat, perceptojnë si më të rëndësishëm mikromenaxhimin e QSH-së (22.86) (dhe si më pak të rëndësishme menaxhimin e burimeve njerëzore (19.14) (shiko tabelën dhe grafikun në aneksin 13);
- ekonomistët e QSH-ve perceptojnë si më të rëndësishëm mikromenaxhimin e QSH-së, menaxhimin financiar dhe menaxhimin e SISH-it; si më pak të rëndësishme perceptohen menaxhimi i burimeve njerëzore (19.1) dhe udhëheqja/negocimi/komunikimi (19.22) (tabela/grafiku në aneksin 14).

Figura 5: Rëndësia e fushave dhe aspekteve të ndryshme, që lidhen ne menaxhimin e QSH

Rëndësia e fushave dhe aspekteve të ndryshme, që lidhen ne menaxhimin e QSH



Rëndësia e fushave/aspekteve të ndryshme që lidhen me menaxhimin e QSH

	Drejtor mjek	Drejtor ekonomist	Ekonomist
I. Menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	22.23	21.84	20.93
II. Mikro-menaxhimi	22.98	22.86	21.5
III. Menaxhimi financiar	22.22	21.85	21.53
IV. Menaxhimi i burimeve njerëzore	22.13	19.14	19.01
V. Menaxhimi i cilësisë	22.26	20.85	19.82
VI. Menaxhimi i sistemit të informacionit	21.43	19.86	21.3
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	21.56	20.43	19.22

H2. VËSHIRËSITË DHE SFIDAT GJATË REALIZIMIT TË DETYRAVE

2.1 Fokus Grupet

Diskutimet në fokus grupe nxorën në pah edhe vështirësi dhe sfida, me të cilat përballen drejtuesit e QSH-ve gjatë punës së tyre. Më poshtë, këto paraqiten të grupuara sipas kategorive kryesore:

Kërkesë dhe angazhim i madh me punë klinike: Drejtuesit mjekë të QSH-ve kanë një kontratë me DRSKSH-në ku parashikohen pikat e shërbimeve që priten të ofrojnë; megjithatë ata, në përgjithësi, shprehen se “*kanë nevojë për më tepër frymëmarrje*”.

Pjesa më e madhe e kohës së tyre kalon me aktivitet klinik dhe pak kohë i mbetet menaxhimit. “*Problemi është se ne jemi mjekë dhe nuk mund t’i realizojmë dot të gjitha*” - FG Tiranë.

Sipas drejtuesve të QSH-ve, kjo mbingarkesë në punën klinike vjen kryesisht si pasojë e dy faktorëve:

- **Ngarkesa e madhe për numër banorësh** (kjo është më tepër relevante për zonat urbane dhe QSH-të me numër të madh banorësh). Drejtuesi është i detyruar të ofrojë shërbim klinik për një numër të caktuar banorësh pasi nga kjo varet së tepërmi edhe pagesa e tij.
 - “*Kam mbingarkesë, kam 3800 banorë. Mjeku është bërë robot*” - FG Vlorë.
 - “*Është thelbësore të rishikohet ngarkesa për banorë, të ulet se është e lartë*” FG Tiranë.
 - “*Unë kam 50 punonjës dhe jam i detyruar të shkëputem nga puna si mjek e t’i kontrolloj, ndërsa duhet të plotësoj numrin e vizitave, pa të cilin rroga ime zvogëlohet*” - FG Lushnjë.
 - “*Kjo punë duhet parë sepse nuk mund të bëhen të dyja njëkohësisht, drejtori duhet të lirohet nga detyra si mjek, që të përmbushë ato të tjerat si drejtor*” - FG Lushnjë.
- **Vështirësi në plotësimin e formularit të ri të vizitës.** Si rrjedhim i kësaj situate, kërkohet më shumë kohë për të plotësuar formularët dhe shpesh mjekët detyrohen t’i marrin kartelat me vete në shtëpi, pasi nuk u del koha në punë.
 - “*Ka ndryshime me formularët e vjetër dhe kodet për diagnozat*” - FG Tiranë;
 - “*Vështirësi në gjetjen e kodeve...për herë të parë mjeku punon kokulur. Nuk ka kohë të bëhet një bisedë me pacientin*” - FG Vlorë.

Ja, se si shprehet një drejtues në mënyrë retorike: “*Do të bëj menaxhim unë? Do të pres popullin? Do të zgjidh problemet e ditës? Kemi shumë ngarkesë*” - FG Tiranë. Kjo shprehje reflekton fare mirë edhe një vështirësi tjetër që ata hasin në lidhje me **menaxhimin efektiv të kohës**.

Paqartësi në rolin, detyrat dhe të drejtat e drejtuesit: Nga diskutimet në grup me drejtues në Vlorë u vu në dukje vështirësia që ata hasin në menaxhim si pasojë e mosnjohjes së mirë apo paqartësive mbi kompetencat, detyrat dhe të drejtat e tyre. Ja, si shprehet njëra prej tyre: “*Çfarë menaxhimi duhet të bëj unë kur nuk di kompetencat e mia?*” - FG Vlorë.

Mospjesëmarrje në planifikimin e strukturës së stafit dhe paqartësi në rolet dhe detyrat e tyre:

Gjatë diskutimeve në grup drejtuesit raportuan se ata pothuajse nuk marrin pjesë në planifikimin e strukturës së personelit të QSH-së. Kryesisht, kjo strukturë vjen e parapërcaktuar (dhe e kufizuar nga fondi i caktuar i pagave) dhe, si rrjedhim, ndikon së tepërmi në mbarëvajtjen e punës. Në fakt, kjo nuk përputhet me kërkesat e statutit të QSH-së, gjë që tregon se statuti ende nuk zbatohet plotësisht.

"Ne ecim akoma me të vjetrën, mua më dalin disa vetë në pension dhe unë nuk kam nevojë t'i zëvendësoj pasi punën e bën personeli tjetër. Por kjo merret vesh dhe mua më vjen emërimi që dy muaj përpara, pa më marrë fare mendim..." - FG Vlorë

"Numri i lindjeve ka rënë dhe unë punoj akoma me të njëjtin numër infermieresh..." - FG Vlorë

"Akoma kontratat e punës mes drejtorit të QSH-së dhe punonjësve të tjerë vijnë nga DRSKSH-ja. Këto duhet të marrin fund. Drejtori i QSH-së duhet, brenda kuadrit ligjor, të ketë të drejtë të përcaktojë kontratat si me mjekët, infermieret apo ekonomistin" - FG Shkodër.

Paqartësi në rolet dhe detyrat e stafit të QSH-së: Nga diskutimet në grup doli në pah nevoja e sqarimit dhe ndarjes më të mirë të përgjegjesive dhe detyrave të mjekëve dhe personelit tjetër të QSH. Shpesh kjo pengon dhe vështirëson së tepërmi punën. Sipas drejtuesve, është mirë që këto gjëra të diskutohen me bordin e QSH-së dhe të përcaktohen qartë në kontratat individuale të stafit.

"Duhet plotësuar regjistri, të nxirren statistikat..., njerëzit nuk kanë përgjegjësi; OK duhet t'a bëjë infermieri nën kujdesin e mjekut, pra mjeku duhet ta rinumërojë e rishikojë, kështu më mirë e bëj vetë... nuk ka gabime, nuk penalizohet infermieri, por mjeku; duhen ndarë detyrat" - FG Tiranë.

Edhe sipas pjesëmarrësve në FG, shumë shpesh drejtuesit e QSH-ve mbajnë mbi vete të gjitha përgjegjësitë për mbarëvajtjen e punëve të qendrës dhe nuk arrijnë dot të bëjnë të "përgjegjshëm" në këtë drejtim edhe anëtarë të tjerë të stafit. Kjo mund të lidhet me dy arsye kryesore: *ose* vetë drejtuesit nuk kanë aftësi të delegojnë detyra dhe përgjegjësi, *ose* drejtuesit nuk kanë besimin e duhur në aftësitë dhe seriozitetin e anëtarëve të tjerë të stafit.

Vështirësi në delegimin e punëve dhe detyrave: Në diskutimet në fokus grupe disa drejtues të QSH-ve u shprehën se hasnin shumë vështirësi në delegimin e detyrave të ndryshme te personeli shëndetësor. Sipas drejtuesve, këto vështirësi vijnë:

- si pasojë e strukturës moshore të personelit;
- për shkak të një mënyre tjetër të perceptimit të punës dhe të asaj se çfarë pritet prej tyre;
- si pasojë e mosndarjes së qartë të detyrave dhe përgjegjësive.

"Moshë mesatare e personelit është 50-60 vjeç" - FG Tiranë

"Për mua nuk është faji i infermieres, por është faji i mjekut; nëse infermierja nuk të përgjigjet (për detyrat që duhet të bëjë), atëherë kot që je..." - FG Vlorë.

"Personeli akoma nuk arrin të kuptojë që poliklinika nuk është më e shtetit, por jona. Këto para (fondet) janë tonat. Mentaliteti është shumë i vjetër" - FG Tiranë

"Infermierja më ndihmon, por, meqë përgjegjës është mjeku, shumicën e bëj vetë" - FG Shkodër.

Nivel i ulët motivimi për punë: Një vështirësi tjetër e vënë në dukje nga disa prej drejtuesve gjatë fokus grupeve është edhe motivimi i ulët për punë nga ana e personelit shëndetësor. Shpesh mjekët nuk duan të angazhohen në zgjidhjen e ankesave të ndryshme që mund të kenë pacientët dhe i referojnë ato direkt te drejtori i QSH-së, pavarësisht se e kanë gjithë informacionin e nevojshëm dhe udhëzimet përkatëse se si të veprojnë në situata të tilla.

Vështirësi në zgjidhjen e vështirësive të punës: Nga diskutimet në grup u vu re se drejtuesit bëjnë përpjekje të vazhdueshme, kryesisht individuale, për të zgjidhur vështirësitë me të cilat përballen (si: ulja e ngarkesës për drejtuesin; përcaktimi i qartë i roleve dhe përgjegjësive të personelit në kontratën individuale; vështirësitë në bërjen e blerjeve për QSH-në etj.), i diskutojnë këto probleme e vështirësi me bordin apo shkojnë në zyrat e pushtetit vendor, paraqesin dhe bëjnë kërkesa të shumta, por shpesh të gjitha këto kanë pak ose aspak rezultat.

Vështirësi në menaxhimin e konflikteve: Nga komentet e drejtuesve vihet re se ata shpenzojnë shumë kohë me menaxhimin e konflikteve mes personelit shëndetësor apo mes personelit dhe pacientëve, por jo gjithnjë arrijnë në zgjidhje efektive.

“Kemi përplasje për banorët e rinj, që vijnë të regjistrohens se askush (asnjë mjek) nuk do t’i marrë ... ka arritur kulmi...fillojnë përplasjet... dhe në fund përfundoj duke i marrë vetë”.- FG Tiranë.

Vështirësi në programim dhe planifikim afatgjatë: Gjatë fokus grupeve të realizuara, drejtuesit e QSH-ve shprehën se bëjnë përpjekjet për të identifikuar nevojat dhe planifikuar diçka bazuar në to; megjithatë planifikimet e tyre janë kryesisht vetëm mbi baza ditore.

”Bëjmë një program një ditë më përpara, do të ishte mirë të bënim një program javor ose mujor, por duke qenë se jemi në një terren të ri dhe gjërat evoluojnë shumë shpejt, krijojmë një program pothuajse të përditshëm.”- FG Shkodër.

Angazhim i madh me dokumentacionin: Një pjesë e konsiderueshme e drejtuesve gjatë fokus grupeve u shprehën se e gjejnë veten tepër të angazhuar në hartimin e shkresave/dokumentacionit:

”Ne duhet të bëjmë edhe punën e sekretarit”- FG Tiranë.

Mungesë e njohurive në aspektin ekonomik: Një pjesë e madhe e drejtuesve u shprehën se ata kanë pak ose aspak njohuri në aspektin ekonomik, planifikimin dhe menaxhimin e buxhetit.

Kufizime në aspektin ligjor, përsa i përket menaxhimit të buxhetit të QSH-ve:

Kjo është një nga vështirësitë e artikuluara në të gjithë fokus grupet e realizuara. Drejtuesit e QSH-ve perceptojnë se ka ende kufizime në menaxhimin e buxhetit. Si rrjedhim i këtyre kufizimeve, vijnë edhe shume vështirësi të tjera

“Na japin buxhetin, nga ana tjetër thonë jo këtu...jo aty...unë e di ku me pikon çatia, duhet të ma lënë mua këtë kompetencë.”- FG Vlorë

“Buxheti nga ISKSH-ja nuk lejon investime, edhe një karrige quhet investim.”- FG Shkodër.

”Na ikin dritat dhe nuk kemi mundësi të blejmë një llambë...Që kur ka filluar ky lloj shërbimi, QSH-ja ka mbetur pa bazë materiale, laboratorin nuk ka bazë materiale, kemi ngelur pa stola...” - FG Tiranë.

Mungesë në infrastrukture, ambiente, pajisje: Kjo është një kategori tjetër vështirësish që hasen dhe që u vunë dukje nga një pjesë e madhe e drejtuesve gjatë fokus grupeve.

”Ne nuk kemi një zyrë ku të punojmë, nuk kemi kompjuter...”- FG Vlorë

Vështirësi në koordinim dhe bashkëpunim me struktura të ndryshme të tilla si DSHP, DRSKSH dhe pushtet vendor: Nga diskutimet në FG u evidentua se ekziston një hendek midis tyre (QSH-ve) dhe disa institucioneve, gjë që ndikon në mbarëvajtjen e punës.

”Drejtuesi duhet të ketë autonomi më të madhe, sigurisht nën monitorim e kontroll.”- FG Shkodër.

”Godinat ku ndodhen QSH-të janë në pronësi të komunës dhe çdo riparim që mund të bëhet në to kërkon bashkëpunim me komunën dhe kjo e vështirëson punën.”- FG Lushnjë.

2.2 Intervista me personat kyç

Sipas personave kyç të intervistuar, fushat në të cilat drejtuesit e QSH-ve hasin vështirësi janë:

- mbledhja, përpunimi, raportimi dhe përdorimi i të dhënave;

- menaxhimi i cilësisë;
- menaxhimi financiar;
- menaxhimi në përgjithësi i QSH-ve;
- mosnjohja e akteve ligjore dhe nënligjore në fuqi;
- kushtet e punës.

Sipas personave kyç, këto vështirësi lidhen kryesisht me faktin që drejtuesit e QSH-ve me profesion mjek nuk kanë asnjë përvojë pune të mëparshme në menaxhim apo nuk kanë marrë asnjë trajnim në fushën e menaxhimit.

”Vështirësia më e madhe për menaxherët e QSH-ve është fakti se ata nuk janë në thelb menaxherë të mirëfilltë, por përpiqen të bëhen të tillë gjatë punës.” - AH (pedagog, Fakulteti i Mjekësisë).

Po ashtu, mungon një manual i plotë orientimi për punën e përditshme, i cili do t’i ndihmonte së tepërmi drejtuesit e QSH-ve. Edhe financierët që punojnë në QSH janë specialistë të financës, por pa asnjë informacion në lidhje me sistemin shëndetësor. Kjo i bën ata të merren më tepër me aspektet rutinë financiare dhe të paaftë të bëjnë analizë të kostos apo kosto-efektivitetit në QSH.

Një aspekt tjetër që ndikon në hasjen e vështirësive është edhe fakti që shumë vendime, që duhen marrë, sidomos ato që lidhen me planifikimin, nuk janë kompetencë e tyre, por e institucioneve qendrore, si: MSH-ja, ISKSH-ja, DSHPQ-ja, DRSKSH-ja. Drejtuesit kanë kufizime për sa u përket marrjes së vendimeve për buxhetin, strukturën e personelit, blerjen e pajisjeve etj.

Gjithashtu, mungesa e një përshkrimi të qartë dhe të plotë të punës si për ekonomistët, ashtu edhe për drejtuesin e QSH-së, ndikon në hasjen e vështirësive të ndryshme.

H3. ROLI , DETYRAT DHE CILËSITË E NJË DREJTUESI IDEAL

3.1 Fokus grupet

Një aspekt tjetër i rëndësishëm, që u eksplorua në takimet me FG-të, ishte perceptimi i pjesëmarrësve për drejtuesin ideal të QSH-së dhe, më konkretisht, si duhet të jetë ai, cilat janë cilësitë/karakteristikat e tij etj. Më poshtë jepen të përmbledhura këto perceptime.

Karakteristikat kryesore të përmendura në të katër fokus grupet e realizuara janë:

- Drejtuesi i QSH-së ka autonomi dhe zgjidhet nga stafi i QSH-së (jo nga bordi). FG Vlorë, Tiranë
- Është transparent ndaj kolektivit dhe transparent në hartimin e buxhetit.
- Zotëron aftësi të mira komunikuese.

Gjithashtu karakteristika të tjera të drejtuesit të QSH-së, të përmendura në FG, janë:

- është i aftë të delegojë përgjegjësi;
- është i aftë i marrë pjesë aktive në përcaktimin e strukturës së personelit shëndetësor (mbi këtë bazë, ai do të mund të punësojë ose pushojë njerëz nga puna sipas nevojave e problemeve dhe brenda kuadrit ligjor të mirëpërcaktuar);
- zotëron aftësi të mira drejtuese;
- është lider;
- krijon besim te stafi;
- ka dëshirë të njohë shumë aspekte që lidhen me punën në QSH, pra ka dëshirë të mësojë;
- është më i aftë se të tjerët;
- është specialist i mirë në fushën e tij;
- ka eksperiencë;
- ka njohuri të mirë në lidhje me legjislacionin;
- di të punojë në grup;
- ka objektiva dhe ide të qarta;
- është i orientuar ndaj pacientit, sepse ai është konsumatori kryesor i këtij shërbimi dhe QSH-ja është përgjegjëse për të ofruar shërbime cilësore.

Për sa i përket profesionit që duhet të ketë drejtuesi i QSH-së, ka dy linja të ndryshme mendimi, me një mbizotërim të linjës së dytë.

- Drejtuesi i QSH-së duhet të jetë i profesionit ekonomist, pasi mjekët janë tepër të ngarkuar me punën klinike.

"Megjithëse nuk ka informacion për punën klinike, ai mund të identifikojë problemet duke bërë takime pune me mjekët." - FG Vlorë.

- Drejtuesi i QSH-së duhet të jetë i profesionit mjek pasi i njeh shumë mirë problemet e mjekëve.

"Po nuk ishte mjek, nuk mund të gjykojë dot punën e mjekut." - FG Shkodër.

3.2 Intervista me personat kyç

Nga analiza e të dhënave të mbledhura nga personat kyç, cilësitë apo karakteristikat e një drejtuesi ideal të një QSH-je janë si më poshtë:

- është specialist i mirë në profesionin e tij;
"Duhet të jetë njëri prej mjekëve më të aftë të QSH-së." - A A (ISKSH)
- ka aftësi të mira komunikuese;

- trajton me respekt të tjerët dhe punën e tyre;
- njeh dhe zbaton rregullat në fuqi;
- është transparent;
- zotëron shprehi të mira të mikromenaxhimit;
- zotëron shprehi të mira të menaxhimit të burimeve njerëzore;
- njeh mirë kuadrin ligjor dhe nënligjor në fuqi;

H4. NEVOJAT PËR TRAJNIME

4.1 Fokus Grupet

Gjithashtu, gjatë fokus grupeve të realizuara u eksploruan nevojat për trajnime që kanë drejtuesit dhe ekonomistët e QSH-ve.

Tematika trajnimi të nevojshme

Nga analiza e të dhënave rezulton se tematikat e përmendura në katër fokus grupet e realizuara janë:

- Menaxhimi i burimeve financiare: Ofrimi i njohurive të nivelit bazë për drejtusin e QSH-së (nëse është mjek), si edhe për ekonomistët, pasi ata, në pjesën më të madhe të rasteve, janë ekonomistë të rinj, ndërkohë që për pjesën tjetër, megjithëse me përvojë, puna në sektorin e shëndetësisë përbën diçka krejt të re.
- Njohja me legjislacionin në fuqi (aktet ligjore dhe nënligjore): kjo do të ishte diçka e vlefshme si për drejtuesit (mjek/ekonomist), ashtu edhe për ekonomistin e QSH-së.
- Përmirësimi i aftësive komunikuese.
- Trajnim për ekonomistët në njohuritë bazë që lidhen me organizimin/funksionimin e sistemit shëndetësor. Për shembull, meqë ekonomistët merren me verifikimin e numrit të vizitave, duhet që ata të kuptojnë qartë çfarë janë vizitat, ku konsistojnë ato në përgjithësi etj. *"Ekonomisti ynë nuk është një ekonomist dosido, sepse punon në një QSH; ai nesër mund të më zëvendësojë mua...A e bën dot?"* - FG në Shkodër.

Tematika të tjera, të cilat u konsideruan të nevojshme nga drejtuesit, janë si më poshtë:

- planifikimi i aktiviteteve të një njësie të ofrimit të shërbimit shëndetësor;
- menaxhimi i burimeve njerëzore;
- "Duhet të dish të menaxhosh në maksimum personelin, për të mundur të marrësh maksimumin prej tij."* - FG Tiranë.
- praktikat e punësimit: kritere, indikatorë, për të vlerësuar stafin e ri që do të merret në punë;
- kritere dhe indikatorë për vlerësimin e performancës së punës;
- realizimi i një vlerësimi të nevojave shëndetësore;
- realizimi i një vlerësimi të nevojave për trajnim të stafit të QSH-së;
- Teknika të lobimit në funksion të interesave të popullatës dhe QSH-së që i shërben asaj;

4.2 Intervista me persona kyç

Më poshtë paraqesim opinionin e personave kyç të intervistuar në lidhje me nevojat për trajnime që kanë drejtuesit dhe ekonomistët e QSH-ve:

Drejtuesit e QSH:

- Menaxhimi i përgjithshëm;
- Mikromenaxhimi;
- Menaxhimi i burimeve njerëzore;
- Menaxhimi i cilësisë;
- Menaxhimi i sistemit të informacionit;
- Udhëheqja dhe negocimi;

- Parimet dhe praktikat e shëndetit publik në nivel QSH-je.

Ekonomistët e QSH-së:

- Planifikimi i përgjithshëm;
- Mikromenaxhimi i QSH-së;
- Menaxhimi financiar;
- Menaxhimi i sistemit të informacionit;
- Mënyra e funksionimit të QSH-së autonome.

4.3 Të dhënat sasiore - anketimi

Për të kuptuar më mirë **nevojat për trajnim** në fushën e menaxhimit të QSH-së, gjatë këtij studimi u anketuan 83 drejtues e ekonomistë të QSH-ve (përkatësisht 44 drejtues mjekë, 7 drejtues ekonomistë dhe 32 ekonomistë) në rrethet Lushnjë, Shkodër, Vlorë, Tiranë, Korçë, Berat, Dibër. Nga analiza e të dhënave sasiore për nevojën për trajnim (shiko grafikun përmbledhës dhe tabelën në figurën 5) rezultoi se:

I. Drejtuesit e anketuar (me profesion mjek)¹:

- quajnë si “*shumë të nevojshme*” (shkalla 19-24) trajnimet që kanë të bëjnë me:
 - o mikromenaxhimin e QSH-së;
- dhe si të një nevoje të “*të konsiderueshme*” trajnimet që kanë të bëjnë me fushat e tjera, si:
 - o menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm;
 - o menaxhimi financiar;
 - o menaxhimi i burimeve njerëzore;
 - o menaxhimi i cilësisë;
 - o menaxhimi i sistemit të informacionit;
 - o udhëheqja/negocimi dhe komunikimi.

Është interesante të shihet se rezultatet e fokus grupit nuk përputhen shumë me ato të anketimit; ndërsa tek i pari dominojnë çështjet e burimeve njerëzore, tek i dyti trajnimet për menaxhimin e burimeve njerëzore konsiderohen në vendet e fundit.

II. Drejtuesit e anketuar (me profesion ekonomist):²

- quajnë si “*shumë të nevojshme*” trajnimet që kanë të bëjnë me:
 - o menaxhimin financiar;
 - o mikromenaxhimin e QSH-së;
 - o menaxhimin dhe planifikimin e përgjithshëm;
- ndërsa fushat e mëposhtme perceptohen prej tyre të një shkalle “*të konsiderueshme*” përsa i përket nevojës për trajnim:
 - o menaxhimi i burimeve njerëzore;
 - o menaxhimi i cilësisë;
 - o menaxhimi i sistemit të informacionit;
 - o udhëheqja/negocimi dhe komunikimi.

III. Ekonomistët e QSH-së të anketuar:³

¹ Për më tepër informacion vetem per drejtuesit/mjek shiko tabelën dhe grafikun në aneksin 15

² Për më tepër informacion vetem per drejtuesit / ekonomiste shiko tabelën dhe grafikun ne aneksin 16

³ Për më tepër informacion vetem per ekonomistet shiko tabelën dhe grafikun ne aneksin 17

- quajjnë si “*shumë të nevojshme*” trajnimet që kanë të bëjnë me:
 - o menaxhimin financiar;
- ndërsa fushat e mëposhtme perceptohen prej tyre të një niveli pak më të ulët përsa i përket nevojës për trajnim, (pra “*konsiderueshëm*” shkalla: 13-18):
 - o mikromenaxhimi;
 - o menaxhimi i sistemit të informacionit;
 - o menaxhimi i cilësisë;
 - o menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm;
 - o udhëheqja, negocimi dhe komunikimi;
 - o menaxhimi i burimeve njerëzore.

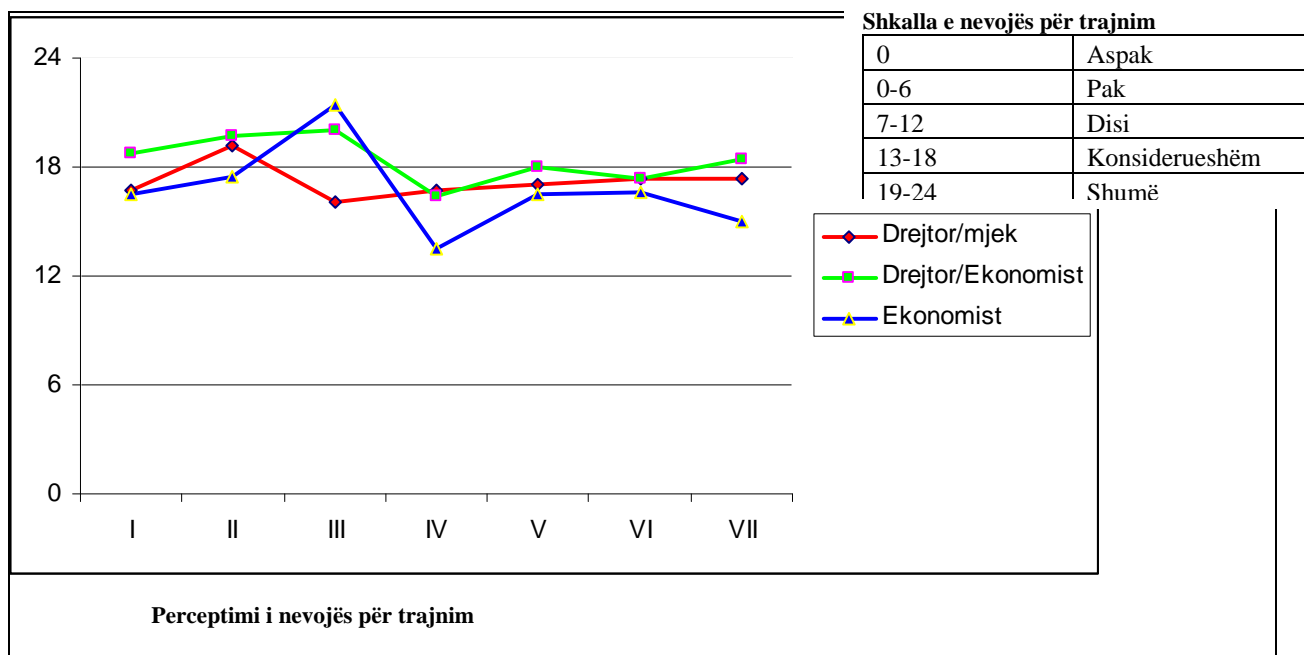
Nëse do të bënim një krahasim bazuar në fushat⁴ apo aspektet e ndryshme të menaxhimit të QSH-së, mund të themi se:

- I. ***Menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm***: Konsiderohet si fushë “*shumë e nevojshme*” për të marrë trajnime nga drejtuesit e QSH-ve me profesion ekonomist dhe më pak e nevojshme, krahasuar me të parët, për drejtuesit me profesion mjek dhe ekonomistët e QSH-ve.
- II. ***Mikromenaxhimi***: Perceptohet nga drejtuesit e QSH-ve me profesion mjek dhe profesion ekonomist si fushë “*shumë e nevojshme*” për të marrë trajnime.
- III. ***Menaxhimi Financiar***: Perceptohet nga ekonomistët e QSH-ve si aspekt “*shumë i nevojshëm*” për të marrë trajnime nga ekonomistët dhe drejtuesit e QSH-ve me profesion ekonomist dhe më pak nga ata drejtues që kanë profesion mjek.
- IV. ***Menaxhimi i burimeve njerëzore***: Perceptohet nga drejtuesit e QSH-ve (mjekë, ekonomistë) dhe ekonomistët, në shkallën “*konsiderueshëm e nevojshme*”. Megjithëse perceptimet e të tria grupeve janë brenda së njëjtës shkallë, ekonomistët e perceptojnë këtë aspekt si diçka më pak të nevojshme për t’u trajnuar, nëse do ta krahasonim me drejtuesit.
- V. ***Menaxhimi i cilësisë***: Drejtuesit dhe ekonomistët e QSH-ve e perceptojnë nivelin e nevojës për trajnim në këtë fushë si të “*konsiderueshëm*”.
- VI. ***Menaxhimi i sistemit të informacionit***: Po kështu, edhe kjo fushë perceptohet me nivel nevoje për trajnim “*të konsiderueshëm*” nga drejtuesit si dhe nga ekonomistët e QSH-ve.
- VII. ***Udhëheqja/negocimi dhe komunikimi***: Pothuajse të ngjashme janë perceptimet e drejtuesve me profesion mjek dhe profesion ekonomist në lidhje me nevojën për trajnim në këtë fushë. Pak dallim bëjnë ekonomistët, të cilët, nëse do t’i krahasonim me grupin e lartpërmendur, e konsiderojnë këtë fushë si më pak të nevojshme për t’u trajnuar.

Si përfundim, mund të thuhet se, pavarësisht dallimeve të vogla në perceptimin e nevojës për trajnim, nëse do të bënim një krahasim, bazuar në pozicionin në QSH (pra, drejtues mjek, drejtues ekonomist dhe ekonomist) apo bazuar në shtatë fushat kryesore, që lidhen me menaxhimin e QSH-ve, mund të thuhet se të gjithë drejtuesit/ekonomistët e QSH-ve, të anketuar në këtë studim, i konsiderojnë të gjitha fushat e mësipërme si të nevojshme për t’u trajnuar (shiko tabelën e grafikun në figurën 5)

⁴ Secila prej shtatë fushave / aspekteve kryesore, që lidhen me menaxhimin e një QSH-je ka edhe gjashtë nënfusha. Shiko anekset 18, 19 dhe 20 për të marrë më tepër informacion në lidhje me perceptimet e drejtuesve mjekë, drejtuesve ekonomistë dhe ekonomistëve të QSH-ve për këto nënfusha.

Figura 5: Të dhënat sasiore për nevojën për trajnim



	Drejtore mjek	Drejtore Ekonomist	Ekonomist
I. Menaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	16.7	18.72	16.47
II. Mikromenaxhimi	19.2	19.72	17.5
III. Menaxhimi financiar	16.08	20.05	21.42
IV. Menaxhimi i burimeve njerëzore	16.68	16.43	13.54
V. Menaxhimi i cilësisë	17	18.05	16.48
VI. Menaxhimi i sistemit të informacionit	17.36	17.4	16.64
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	17.33	18.43	15.03

H.5. Pjesëmarrja në Trajnime në Menaxhim Shëndetësor

Përsa i përket pjesëmarrjes në trajnime të tjera në fushën e menaxhimit, nga analiza e të dhënave sasiore, rezultoi se:

- 74% e të anketuarve raportojnë se kanë marrë pjesë në trajnime të ndryshme, që lidhen me menaxhimin; pjesa tjetër, 26%, nuk kanë marrë pjesë në asnjë trajnim mbi menaxhimin.
- nga ata që raportojnë se kanë marrë pjesë në trajnime në lidhje me menaxhimin:
 - 11% kanë ndjekur kursin e Universitetit të Montrealit;
 - 89% kanë ndjekur trajnime të realizuara nga ISKSH-ja / Pro Shëndeti.
- Përveç trajnimeve të lartpërmendura, të anketuarit listojnë edhe trajnimet e mëposhtme, në të cilat ata kanë marrë pjesë:
 - 3 muaj Shëndet Publik, menaxhim spitalor;
 - Trajnime të shkurtëra nga MSH;
 - Seminar 2-ditor nga BB & ISKSH;
 - Trainim në programin e Universitetit “ Zonja e Këshillit të Mirë”;

H.6. DIFERENCAT NË NEVOJËN PËR TRAJNIME

6.1. Drejtues që kanë marrë trajnime të mëparshme, krahasuar me ata që nuk kanë marrë trajnime të mëparshme

Megjithë tematikat e lartpërmendura, vihet re një ndryshim mes perceptimit të drejtuesve të QSH-ve, që kishin marrë trajnime të mëparshme në fushën e menaxhimit dhe atyre që nuk kishin marrë asnjë trajnim në këtë drejtim. Sigurisht, të dyja grupet e vlerësojnë tepër të rëndësishme marrjen e trajnimeve në fushën e menaxhimit, por niveli i nevojës së tyre për njohuri dhe mënyra sesi ata presin që t'i marrin këto njohuri, është e ndryshme. Kjo ilustron me komentet më poshtë:

- Gjatë fokus grupit në Vlorë (pjesëmarrësit nuk kishin marrë trajnime të mëparshme dhe përfaqësonin QSH-të urbane) një drejtuese shprehet: *“Ne kemi bërë punë drejtuese thjesht duke lexuar kontratën dhe statutin; unë jam thjesht një mjeke, por nuk di të drejtoj...jam munduar që t'i bëj...por një drejtues i QSH-së duhet të jetë patjetër i trajnuar në menaxhim”*.
- Gjatë fokus grupit në Lushnjë (pjesëmarrësit nuk ishin trajnuar më parë dhe përfaqësonin kryesisht QSH-të në zonat rurale) binte në sy vështirësia për të artikuluar drejtpërdrejt nevojat që kishin për trajnime (përveç tri nevojave kryesore të përmendura në fillim të këtij seksioni).
- Gjatë fokus grupit në Shkodër (vetëm disa pjesëmarrës që përfaqësonin QSH-të në zonën urbane kishin marrë trajnime) u nxor me tepër në pah lidhja e trajnimeve me nevojat e QSH-ve dhe lidhja e tyre me praktikën.
- Gjatë fokus grupit në Tiranë (gati të gjithë pjesëmarrësit kishin ndjekur kursin në menaxhim shëndetësor të ofruar nga Universiteti i Montrealit) perceptimet dhe sugjerimet ishin:
 - o Trajnimet duhet të bazohen në nevojat reale që kanë drejtuesit. *“Nëse unë kam bërë trajnim për këtë temë, përse ta bëj përsëri?”*- FG Tiranë
 - o Trajnimet e tjera tani duhet të bëhen për gjëra praktike.
 - o Është e rëndësishme që trajnimet të përshtaten me kontekstin shqiptar, pra të lidhen ngushtë me bazën ligjore aktuale në vend. *“Ne kemi marrë trajnime shumë të vlefshme, por nuk i zbatojmë dot; ato mund të zbatohen vetëm në kushtet e një decentralizimi të plotë.”*- FG Tiranë.
 - “Metodologjia është e saktë dhe bashkëkohore, por përmbajtja duhet përshtatur.”*- FG Tiranë

6.2. Drejtues të një QSH-je rurale, krahasuar me drejtues të një QSH-je urbane

Bazuar në të dhënat e mbledhura nga fokus grupet dhe intervistat me personat kyç, nuk ka diferenca thelbësore midis detyrave që duhet të kryejë një drejtues i një QSH-je në një zonë rurale me atë në një zonë urbane - i vetmi ndryshim është në volumin e punës - e për rrjedhojë nuk ka diferenca në trajnimet që ata duhet të marrin, megjithëse mund të drejtojnë një QSH rurale apo urbane. Gjithashtu, paketa bazë e shërbimeve të ofruara, si dhe kuadri rregullues i funksionimit të QSH-së, janë të njëjta për fshatin dhe qytetin - fakt tjetër që sugjeron se nuk ka pse të ketë diferenca në trajnime për drejtuesit e QSH-ve në një zonë rurale dhe në një urbane.

H7. MËNYRAT E OFRIMIT TË TRAJNIMEVE

7.1 Fokus grupet

Gjithashtu, gjatë fokus grupeve të realizuara u eksploruan format pedagogjike dhe mënyra më të përshtatshme për ofrimin e këtyre trajnimeve.

Format e trajnimeve

- Krahas trajnimeve teorike, me shumë vlerë janë trajnimet që kanë të bëjnë drejtpërdrejt me punën, pra me vështirësitë në punën e përditshme, si dhe të organizuara në vendin e punës.
- Shkëmbimi i eksperiencës brenda QSH-së do të ndihmonte shumë në njohjen e njohurive të reja.
- Stafii i një QSH-je, që konsiderohet si model, të trajnojë stafin e një QSH-je tjetër (për edukim).

Kohëzgjatja e trajnimeve

- Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve ishin për trajnime afatshkurtra, të realizuara në fundjavë dhe mbi bazë rrethi apo rajoni.
- Të gjithë pjesëmarrësit binin dakort me faktin se këto trajnime apo kurse kualifikimi duhet të kenë vazhdimësi, pra të shtrihen gjatë në kohë, por është më mirë të realizohen me cikle.

7.2 Intervistat me personat kyç

Format e trajnimeve

Mendimet e personave kyç, të intervistuar në lidhje me format e trajnimit, janë si më poshtë:

- Trajnime duhet të jenë të strukturuar mirë, të standardizuara e monitoruara (p.sh. nga DSHPQ-ja);
- Trajnime duhet të shoqërohen me materiale, botime periodike, manuale bazë për menaxhimin;
- Trajnime duhet të jenë të akredituara dhe të certifikuar nga MSH-ja ose nga Universitetet;
- Trajnime duhet të jenë të detyrueshme për t'u ndjekur;
- Trajnime duhet të përmbillen me një proces testimi;
- Trajnime duhet të jenë të formave të ndryshme: teorike, praktike si dhe të komunikimit të informacioneve të ndryshme, që lidhen me ndryshimet në vazhdimësi të kuadrit rregullues etj.

Trajnuesit

Për të gjithë pjesëmarrësit është e rëndësishme që trajnimet të ofrohen nga:

- Specialistë që njohin strukturën dhe praktikën e punës në KSHP në vend;
- Institucione të specializuara, të tilla si: departamentë të universiteteve, shoqata profesionale apo institucione të tjera qëndrore në Tiranë, si ISKSH-ja, ISHP-ja etj.

Kohëzgjatja e trajnimeve

Në lidhje me këtë pikë, sugjerimet e pjesëmarrësve mund të përmbliken si më poshtë:

- Trajnime/kurse të shkurtra në nivel lokal (në bazë rrethi ose qarku (2-3 ditore deri në 1 javë)
- Mirë është që trajnimet të zhvillohen pa shkëputje nga puna, ndoshta në fundjavë ose mbasdite.
- Trajnime/kurset duhet të jenë periodike (2-3 herë në vit)

7.3 Të dhënat sasiore - anketimi

Nga anketimi i 83 drejtuesve dhe ekonomistëve të QSH-ve (44 drejtues mjekë, 7 drejtues ekonomistë, 32 ekonomistë) në rrethet Lushnjë, Shkodër, Vlorë, Tiranë, Korçë, Lezhë, Dibër, rezultoi se:

Trajnime në nivel lokal vs. trajnime në nivel qendror :

- 42% e të anketuarve mbështesin idenë e organizimit të trajnimeve në nivel lokal;
- organizimi i trajnime në nivel qendror mbështetet vetëm nga 25% e të anketuarve

Trajnime afatshkurtra vs. trajnime afatgjata :

- 55% e të anketuarve mbështesin idenë e organizimit të trajnimeve afatshkurtëra (një javë ose më pak se një javë)
- Organizimi i trajnimeve të zgjatura (mbi një javë) mbështetet nga 19% e të anketuarve.

Koha e organizimit të trajnimeve :

- 13% e të anketuarve janë për organizimin e trajnimeve gjatë javës.
- 34% e të anketuarve janë për organizimin e trajnimeve në fundjavë.

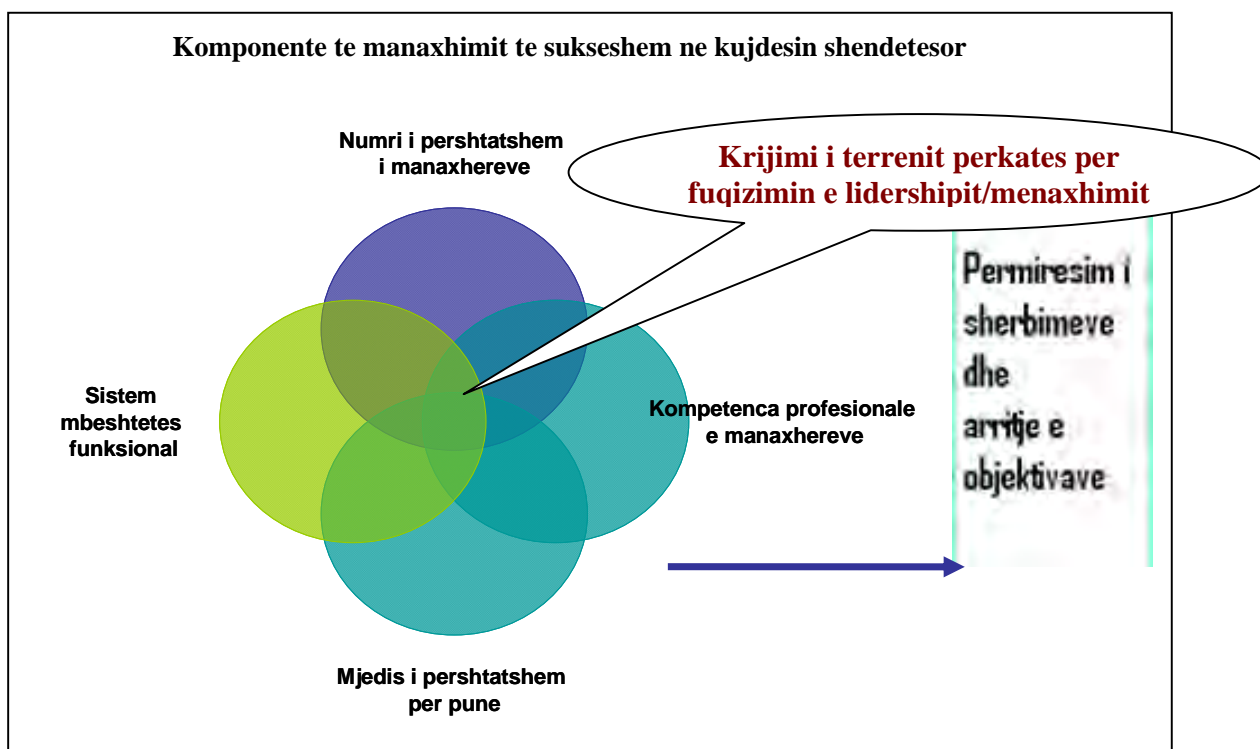
I. DISKUTIM

Gjatë kohës që grupi i punës ka punuar me këtë studim, është parë që situata aktuale, megjithëse në pamje të parë duket e vështirë, është, në fakt, pozitive për zbatimin e një programi të mirëfilltë të edukimit në vazhdim për menaxherët e QSH-ve. Ky konstatim mbështetet në disa fakte:

- I gjithë kujdesi shëndetësor parësor tashmë është në reformim të plotë.
- Përbajtja dhe shtrirja e reformës janë aprovuar gjërësisht nga institucionet shëndetësore të vendit, por është nga personeli shëndetësor i të gjitha niveleve.
- Krijimi dhe funksionimi i QSH-ve “autonome” është reflektuar shumë shpejt në përmirësimin e treguesve të shërbimit.
- Krijimi i QKEV-ve, që së shpejti do të përfundojë kuadrin e plotë rregullues të procesit të EMV-së.
- Krijimi i kapaciteteve aktuale (institucionale dhe individuale) të afta të ofrojnë programe të gjithanshme dhe cilësore të EMV-ve.
- Rritja e nivelit të ndërgjegjësimit të stafit të QSH-ve për rëndësinë e procesit të EMV-së dhe rritja e kërkesave të tyre për të marrë pjesë në trajnimet e disponueshme.

Në thelb, krijimi dhe funksionimi i qendrave shëndetësore autonome të sukseshme lidhet në një masë të madhe me krijimin e kapaciteteve menaxheriale në sistemin shëndetësor, por edhe me krijimin e një mjedisi të përshtatshëm, si dhe funksionimin e një sistemi mbështetës efektiv (Figura 6).

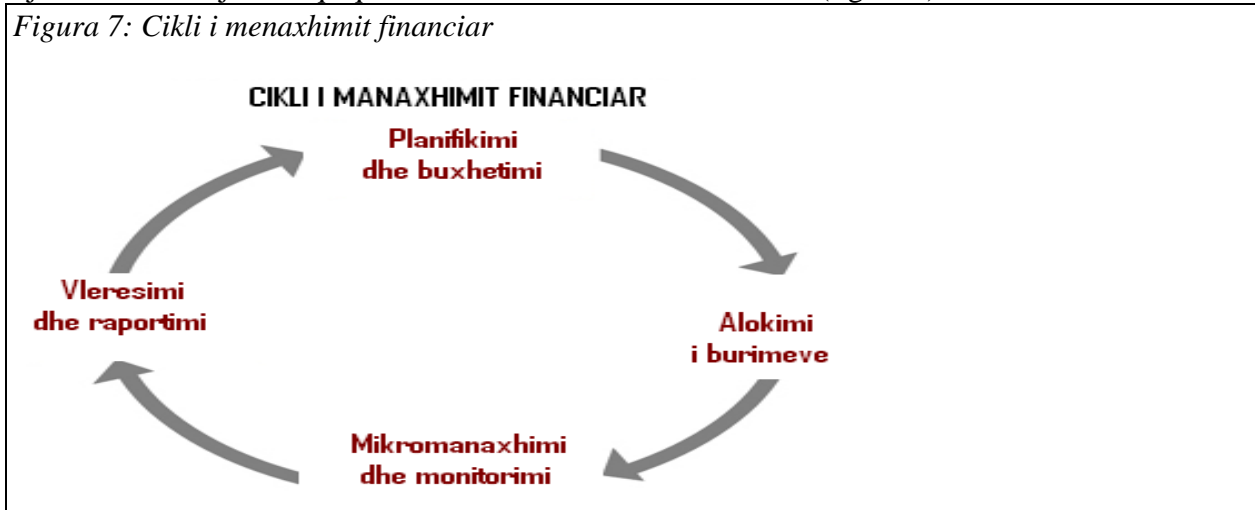
Figura 6: Fuqizimi i kapaciteteve menaxheriale



Siç e kemi parë edhe në këtë raport, menaxheri i QSH-së është më shpesh një MP (më rrallë një ekonomist), i cili pas emërimit që merr nga bordi i QSH-së, bëhet personi kyç i menaxhimit të

QSH-së. Ai do të jetë gjithashtu lider dhe përgjegjës për personelin në QSH, si dhe përgjegjës për cilësinë dhe sasinë e kujdesit shëndetësor të ofruar për komunitetin e mbuluar nga QSH-ja e tij. Kompetencat bazë të kërkuara prej tij janë kuptimi i kujdesit shëndetësor komunitar, menaxhimi i ekipit, menaxhimi me eficiencë dhe efektivitet i burimeve në dispozicion, ndërveprimet institucionale dhe përgjegjësia e shtuar administrative. Ndërkohë, ekonomistët e QSH-ve duhet të njohin dhe zbatojnë atë që quhet "Cikël i menaxhimit financiar" (figura 7)

Figura 7: Cikli i menaxhimit financiar



Mbi bazën e problematikës aktuale, si dhe të informacionit të paraqitur në këtë raport, është e qartë se drejtuesit e QSH-ve kanë nevojë për njohuri bazë mbi teorinë dhe praktikën më të mira në fushën e menaxhimit, por edhe për një përditësim të rregullt të tyre (pra, kanë nevojë për programe trajnimi bazë dhe programe të qëndrueshme të EMV-së). Megjithatë në Shqipëri nuk ka ende një sistem të akredituar të EMV-ve, kërkesa për trajnim të profesionistëve në sistemin shëndetësor është e madhe (gjë që evidentohet edhe nga ky raport). Në këtë kuadër, edhe pjesëmarrja e deritanishme në trajnime mbi menaxhimin shëndetësor mund të konsiderohet e lartë, pavarësisht nga mungesa e përfitimeve të drejtepërdrejta për pjesëmarrësit (me përjashtim të rritjes së njohurive dhe aftësive).

J. PËRFUNDIME

1. Në bazë të informacionit të mbledhur në këtë studim janë përcaktuar detyrat kryesore të drejtorit (planifikimi i përgjithshëm i aktiviteteve të QSH-së, menaxhimi i përditshëm i punës, menaxhimi financiar, menaxhimi i cilësisë, menaxhimi i burimeve njerëzore, menaxhimi i SISH-it, njohja e gjëndjes shëndetësore të zonës që mbulon dhe planifikimi i nevojave, zbatimi i kodit të punës, hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme, vlerësimi dhe përmirësimi i cilësisë) dhe ekonomistit të QSH-së (menaxhimi financiar, menaxhimi i logjistikës dhe inventarit, njohja dhe zbatimi i procesit të prokurimit). *Shihet pra, që prioritetet në punën e përditshme janë të ndryshme për këto grupe të përfshira në studim.*
2. Në praktikën e përditshme drejtori i QSH-së kalon gati 50% të kohës në punë klinike dhe pjesën tjetër në aktivitete menaxheriale (vendin kryesor e zë mikromenaxhimi i QSH-së dhe vendin e fundit menaxhimi financiar në QSH), ndërkohë që ekonomistët e QSH-së gjysmën e kohës së punës e shpenzojnë me menaxhimin financiar. *Shihet pra që edhe prioritetet e përceptuara për rëndësinë e detyrave, që kanë në punën e përditshme, janë të ndryshme për grupet e përfshira në studim.*
3. Në kontekstin e zhvillimit të reformës në KSHP, menaxherët e QSH-ve ndeshen me disa vështirësi serioze, ndër të cilat kryesoret janë: angazhimi i madh me punë klinike, mosmenaxhimi efektiv i kohës, paqartësitë për rolin dhe detyrat e drejtuesit, vështirësi në menaxhimin e marrëdhënieve me nivelet superiore të hierarkisë administrative, vështirësi në motivimin dhe monitorimin e punës së stafeve vartëse, vështirësi në menaxhimin e konfliktit, vështirësi në avokatinë e të drejtave të drejtuesit të QSH-së (të sanksionuara në dokumentet që rregullojnë veprimtarinë e drejtuesit të QSH-së), vështirësitë në delegimin e detyrave, vështirësitë në programimin afatgjatë, mungesa e njohurive ekonomike, kufizimet në drejtim të menaxhimit të buxhetit, mungesat në infrastrukturë, ambiente, pajisje. Disa nga këto vështirësi nuk lidhen direkt me menaxherin e QSH-së, pra për zgjidhjen e tyre kërkohen ndërhyrje në nivel më të lartë. Por, disa nga këto sfida lidhen direkt me nivelin e njohurive të menaxherit të QSH-së, pra për zgjidhjen e tyre ndikojnë pozitivisht programet përkatëse të trajnimit në menaxhim financiar, planifikim afatgjatë, menaxhim të burimeve njerëzore, menaxhim të kohës etj.
4. Menaxherët e QSH-ve konsiderojnë shumë të rëndësishme autonominë, llogaridhënien, sigurimin e transparencës, komunikimin, lidhshërinë etj. Në përgjithësi, këto tema janë esenciale në programe trajnimi të planifikuara mirë, por në fakt janë trajtuar pak në disa nga programet e deritanishme të trajnimit për ta.
5. Në përgjithësi, specialistët e institucioneve të përfshira në reformimin e KSHP-së perceptojnë si shumë të rëndësishme dhe imediate për t'u plotësuar nevojën për trajnime në menaxhimin e burimeve financiare, njohjen/përdorimin e legjislacionit, përmirësimin e aftësive komunikuese dhe menaxhimin e burimeve njerëzore.
6. *Drejtorët me profesion mjek të QSH-ve konsiderojnë si trajnim shumë të nevojshëm atë mbi mikromenaxhimin e QSH-së, të ndjekur nga menaxhimi i përgjithshëm dhe menaxhimi financiar, ndërsa më pak të rëndësishme trajnimet mbi menaxhimin e SISH-it dhe udhëheqjen/komunikimin/negocimin. Drejtorët me profesion ekonomist të QSH-ve konsiderojnë*

si trajnime shumë të nevojshme ato mbi menaxhimin financiar, mikromenaxhimin dhe menaxhimin e përgjithshëm në QSH, ndërsa më pak të rëndësishme trajnimet mbi menaxhimin e SISH-it dhe udhëheqjen/negocimin/komunikimin. *Ekonomistët* e QSH-ve konsiderojnë si trajnim shumë të nevojshëm atë mbi menaxhimin financiar, ndërsa më pak të nevojshme ato mbi udhëheqjen/negocimin/komunikimin dhe menaxhimin e burimeve njerëzore, sistemet shëndetësore në përgjithësi. Nga sa më sipër, mund të thuhet se:

- Nevojat për trajnim, sipas specialistëve të KSHP-së, kanë disa ndryshime nga nevojat për trajnim të perceptuara nga vetë menaxherët e QSH-ve.
 - Nevojat për trajnim, sipas menaxherëve të QSH-ve, lidhen ngushtë me specialitetin e tyre, pra ende nuk ka një konceptim të qartë të pozicionit të tyre si menaxherë të mirëfilltë.
 - Duket që nevojat për trajnim në fushat e lidhura me aftësitë e tyre (udhëheqja, komunikimi, negociimi) konsiderohen të parëndësishme. Edhe në këtë rast arsyeja lidhet me konceptimin e rolit të menaxherit të QSH -sësi drejtor i stilit të vjetër - urdhër dhe jo udhëheqje).
7. Duket se për grupet në studim trajnimet mbi menaxhimin e burimeve njerëzore, menaxhimin e cilësisë dhe menaxhimin e SISH-it perceptohen si të nevojshme, por jo prioritare. (ndoshta për menaxherët aktualë të QSH-ve nuk është e qartë rëndësia aktuale e këtyre proceseve në kontekstin aktual). Nga ana tjetër, ky perceptim është edhe rezultat i trajtimit pak/aspak të këtyre temave në disa nga programet e mëparshme të trajnimit (për ata që kanë ndjekur programe të tilla).
 8. Është e qartë se ndërmjet specialistëve, që kanë marrë pjesë dhe atyre që nuk kanë marrë pjesë në trajnime të mëparshme, ka dallim të dukshëm në nevojën e perceptuar për trajnim. Ndonëse për të gjithë vlerësohet shumë e rëndësishme marrja e trajnimeve në fushën e menaxhimit, niveli i nevojës së tyre për njohuri dhe mënyra si ata presin që t'i marrin këto njohuri, është e ndryshme. Për ata që janë trajnuar më parë, trajnimet e mëtejshme duhet të bazohen në nevojat reale që kanë drejtuesit dhe të përqëndrohen në gjëra praktike. Një përfundim i përgjithshëm është që në disa raste trajnimet nuk përshtaten me kontekstin shqiptar (pra, nuk lidhen ngushtë me situatën në vend).
 9. Duke iu referuar kontratës së QSH-së me ISKSH-në, si dhe paketës bazë të shërbimeve në KSHP, nuk ka diferenca thelbësore mes detyrave të menaxherit të QSH-së në një zonë rurale me atë në një zonë urbane (nuk ka nevojë që programet e trajnimit të ndryshojnë duke u bazuar në këtë fakt).
 10. Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve në studim preferojnë që, krahas trajnimit teorik, të kenë edhe trajnim që ka të bëjë direkt me punën, madje edhe të organizuar gjatë procesit të punës së përditshme – pra, të tipit “on the job training”. Asnjë nga pjesëmarrësit nuk ka ndjekur trajnime të formës “peer training” apo si “shkëmbim përvoje” ndërmjet QSH-së.
 11. Pjesa më e madhe e menaxhereve të QSH preferojnë trainime afat-shkurta të realizuara në fund-javë e në nivel lokal. Një përfundim i përgjithshëm është që disa trainime të mëparshme nuk kanë patur vazhdimësi, por kanë qënë ndërhyrje “të vetmuara”, që kanë trajtuar probleme të veçanta, por pa qënë pjesë e një programi të plotë e të integruar. Deri tani asnjë pjesëmarrës nuk ka marrë pjesë në programe të organizuara në formë periodike ose me cikle.
 12. Pjesëmarrësit janë shumë të interesuar që trajnimet të shoqërohen me një manual bazë për menaxhimin e QSH-së.

K. REKOMANDIME

Rekomandimet e mëposhtëme janë bazuar në rezultatet e studimit (dhe analizën e tyre), si dhe në përfundimet e arritura mbi:

- kuptimin e përgjegjësive dhe vështirësive që u dalin menaxherëve të QSH-ve;
- ndërgjegjësimin e menaxherëve të QSH-ve mbi njohuritë dhe aftësitë shtesë që ata duhet të kenë;
- perceptimin e drejtuesve të QSH-ve dhe specialistëve të KSHP-ve mbi nevojat e tyre për trajnim;
- opinionin e drejtuesve të QSH-ve dhe specialistëve të KSHP-ve mbi format e trajnimeve;
- gjëndjen aktuale në kujdesin shëndetësor parësor.

1. Pavarësisht nga ndryshimet në të dhënat e mbledhura nga “grupet” e përfshira në studim, është e qartë që të gjithë e perceptojnë si të madhe nevojën për trajnim në të gjitha fushat e renditura. Në këto kushte, rekomandohet që programet e trajnimit të kenë përmbajtje e forma të ndryshme (pra, të mos ketë vetëm nje program standard). Në këtë kontekst mund të organizohen:

- a. Programe të shkurtëra trajnimi të njëjta për të gjithë pjesëmarrësit (drejtorë mjekë, drejtorë ekonomistë, ekonomistë të QSH-ve); *me këto programe do të synohet marrja e njohurive bazë mbi menaxhimin e QSH-ve (programe orientuese).*
- b. Programe të shkurtëra trajnimi specifike, të cilat mund të jenë në përputhje me:
 - pozicionin e pjesëmarrësve (drejtorë apo ekonomistë); *me këto programe synohet marrja e njohurive bazë në përputhje me gjetjet në këtë raport.*
 - profesionin e pjesëmarrësve (mjekë apo ekonomistë), *me këto programe synohet marrja e njohurive bazë në përputhje me gjetjet në këtë raport.*
- c. Programe të gjata trajnimi të njëjta për të gjithë pjesëmarrësit (drejtorë mjekë, drejtorë ekonomistë, ekonomistë të QSH-ve, specialistë të tjerë); *me këto programe do të synohet marrja e njohurive të plota mbi menaxhimin shëndetësor (programe formuese).*

2. Duke marrë parasysh përmbajtjen e rekomandimit të mësipërm, do të ishte më e përshtatshme që programet e shkurtëra të trajnimit të ishin të disponueshme dhe të aksesueshme (ndoshta edhe të detyrueshme) për të gjithë menaxherët aktualë të QSH-ve. Në këtë kuadër, këto duhet të jenë programe të organizuara dhe financuara nga MSH-ja dhe ISKSH-ja.

3. Duke marrë parasysh përmbajtjen e rekomandimit të mësipërm, do të ishte më e përshtatshme që programet e plota të trajnimit të ishin të disponueshme për të gjithë ata që vendosin t’i ndjekin (menaxherë aktualë apo specialistë të tjerë). Në këtë kuadër, këto mund të jenë edhe programe të organizuara dhe financuara nga agjenci të ndryshme, të vendit ose të huaja, institucione arsimore publike ose private etj.

4. Në programet e trajnimit të menaxherëve të QSH-ve është e rëndësishme të përfshihen koncepte dhe praktika të lidhura me sjelljet organizative (motivimin, përgjegjshmërinë, autonominë, llogaridhënie, transparencën, komunikimin dhe lidërshpin) të cilat gjenden pak ose aspak në disa nga programet e deritanishme të trajnimit.

5. Është shumë e rëndësishme që programet e trajnimit të menaxherëve të QSH-ve të orientohen edhe nga vështirësitë që ata ndeshin aktualisht në punën e tyre - planifikimi dhe përcaktimi i

përparësive në kushtet e burimeve të reduktuara, menaxhimi i kohës, menaxhimi i konflikteve, menaxhimi i gjëndjeve të jashtëzakonshme.

6. Temat më të rëndësishme që duhet të përmbajë kurrikula e trajnimit imediat të menaxherëve të QSH-ve janë: menaxhimi i burimeve financiare, kuptimi i legjislacionit, përmirësimi i aftësive komunikuese, menaxhimi i burimeve njerëzore, avokatia e interesave të QSH-ve, firmosja e kontratës QSH-ISKSH për një blerës të vetëm, si dhe lidhja e kontratave me personelin.
7. Temat më të rëndësishme që duhet të përmbajë kurrikula e trajnimit afatgjatë të drejtorëve mjekë të QSH-ve janë: mikromenaxhimi i QSH-ve, menaxhimi i përgjithshëm, menaxhimi i SISH-it dhe udhëheqja/komunikimi/negocimi.
8. Temat më të rëndësishme që duhet të përmbajë kurrikula e trajnimit afatgjatë të drejtorëve ekonomistë të QSH-ve janë: menaxhimi financiar, mikromenaxhimi, menaxhimi i përgjithshëm, menaxhimi i SISH-it.
9. Temat më të rëndësishme që duhet të përmbajë kurrikula e trajnimit afatgjatë të ekonomistëve të QSH-ve janë: menaxhimi financiar, menaxhimi i përgjithshëm, mikromenaxhimi i QSH-ve. Në thelb, çdo ekonomist në QSH duhet të njohë dhe zbatojë "Ciklin e menaxhimit financiar"
10. Pavarësisht nga perceptimet e pjesëmarrësve në studim, është e rëndësishme që programet e trajnimit të menaxherëve të QSH-ve të përfshijnë edhe temat që ata vetë (në këtë studim) i kanë konsideruar si më pak të rëndësishme, si: udhëheqja/negocimi/komunikimi, menaxhimi i SISH-it, menaxhimi i burimeve njerëzore, sistemet shëndetësore në përgjithësi.
11. Rekomandohet që kurrikula e trajnimit (për programin afatshkurtër dhe për atë afatgjatë) të menaxherëve të QSH-ve në qytet dhe në fshat të jetë e njëjtë.
12. MSH-ja, nëpërmjet QKEV-së, duhet të vlerësojë mundësinë e organizimit të proceseve të "peer training" si edhe trajnimit nëpërmjet "shkëmbimit të përvojës" ndërmjet QSH-ve.
13. Rekomandohen si format më të përshtatshme të trajnimeve, programet e organizuara në formë periodike ose me cikle. Këto cikle duhet të jenë të shkurtëra dhe, mundësisht, të zhvilluara gjatë fundjavave. Është shumë e rëndësishme që trajnimet të jenë të kombinuara - leksionet ose seminarët duhet të ndërthurren me mësim praktikë.
14. Është shumë e rëndësishme që trajnimet të jenë të strukturuar mirë dhe të monitorohen rregullisht nga specialistët e QKEV-së. Në këtë proces ka shumë rëndësi që organizmat që ofrojnë programe të EMV-së të jenë sa më seriozë dhe autoritarë në fushën e tyre (universitete, institute, kompani të specializuara). Për këtë arsye, QKEV-ja mund të zhvillojë një sistem vlerësimi për organizmat që kërkojnë të përfshihen në këtë proces.
15. Rekomandohet që QKEV-ja të vlerësojë mundësinë e programeve të trajnimit në distancë, duke përdorur materiale trajnimi në formë elektronike ose të printuar. Ky proces mund të shoqërohet me seminare përmbledhëse.

- 16.** Për të patur një proces sa më efektiv, rekomandohet që menaxherët e QSH-ve, të trajnuar më parë (p.sh. programi i Universitetit të Montrealit, programi i Universitetit ZKM, Programi i Pro Shëndetit), të trajnohen më tej duke marrë parasysh këto trajnime (sigurisht, kjo duhet bërë mbi bazën e një vlerësimi të plotë nga QKEV-ja). Kjo do të bënte të mundur që kreditet e llogaritura nga ndjekja e këtyre programeve të njihen në funksion të procesit të mëvonshëm të rilicensimit.
- 17.** MSH-ja dhe ISKSH-ja duhet të vlerësojnë mundësinë e kontraktimit të drejtorëve të QSH-ve për një periudhë kohore të caktuar dhe si funksionarë me kohë të plotë (ose të reduktojnë detyrimin e tyre kontraktual si MP). Kjo mundëson angazhim me të plotë të tyre në menaxhimin e QSH-së, por edhe në programet e trajnimit për ta. Rekomandohet që MSH-ja të rishikojë procedurat e zgjedhjes së drejtorëve të QSH-ve, duke favorizuar kriterin e pjesëmarrjes në programe trajnimi në menaxhim shëndetësor. Kështu mundësohet krijimi i një grupi relativisht të qëndrueshëm menaxherësh, ndërkohë që bëhet shumë më kosto-efektiv, investimi për trajnimin e tyre.
- 18.** Rekomandohet që ISKSH-ja të rishikojë indikatorin (pjesë e kontratës së QSH-së me ISKSH-në) e pjesëmarrjes në programet e EMV-së. Është më e përshtatshme që ky indikator të mos jetë pjesë e paketës së indikatorëve të cilësisë, në bazë të së cilës përlllogaritet edhe pagesa bonus për MP përkatës. Pjesa e buxhetit të QSH-së, që do të shkonte për këtë pagesë bonus, do të ishte më e arsyeshme të përdorej për të lehtësuar pjesëmarrjen e stafit në programet e EMV-së.
- 19.** Një kurrikulë trajnimi për menaxherët e QSH-ve mund të ndërtohet duke marrë parasysh fushat dhe nënfushat në studim, si dhe pikëzimin e secilës prej tyre në anekset 18, 19, 20.

L. ANEKSE

Aneksi 1 : Qarqet dhe popullsia perkatese

Rrethet	Numri i banoreve		
	1989	2001	2009
SHQIPERIA	3,182,417	3,069,275	3 639 000
Berat (1)	136,461	127,837	
Bulqizë	50,282	42,968	
Delvinë	23,785	10,765	
Devoll	38,094	34,641	
Dibër (2)	99,368	85,699	
Durrës (3)	164,484	181,662	
Elbasan (4)	211,948	221,635	
Fier (5)	204,137	199,082	
Gramsh	43,565	35,750	
Gjirokastrë (6)	66,373	54,647	
Has	21,881	19,660	
Kavajë	81,015	78,179	
Kolonjë	24,781	17,161	
Korçë (7)	177,127	142,909	
Krujë	54,046	63,517	
Kuçovë	39,937	35,338	
Kukës (8)	79,421	63,786	
Kurbin	52,806	54,392	
Lezhë (9)	62,001	67,734	
Librazhd	71,982	72,387	
Lushnjë	134,280	143,933	
Malësi Madhe	43,784	36,692	
Mallakastër	40,925	39,529	
Mat	76,674	61,187	
Mirditë	50,447	37,056	
Peqin	30,002	32,964	
Përmet	39,775	25,780	
Pogradec	71,446	70,471	
Pukë	48,969	34,386	
Sarandë	63,983	35,089	
Skrapar	46,503	29,845	
Shkodër (10)	192,505	185,395	
Tepelenë	49,850	32,404	
Tiranë (11)	368,213	519,720	
Tropojë	44,779	27,947	
Vlorë (12)	176,788	147,128	

Qarqet, rrethet dhe njësitë e pushtetit lokal në secilin prej tyre

	Qarku	Qëndra	Rrethet	Njësi pushteti lokal	Qytete	Fshatra
1	Berat	Berat	Berat, Kuçovë, Skrapar	24	5	242
2	Dibër	Peshkopi	Bulqizë, Dibër, Mat	35	6	320
3	Durrës	Durrës	Durrës, Krujë	17	6	104
4	Elbasan	Elbasan	Elbasan, Gramsh, Librazhd, Peqin	50	6	395
5	Fier	Fier	Fier, Lushnjë, Mallakastër	42	6	278
6	Gjirokastër	Gjirokastër	Gjirokastër, Përmet, Tepelenë	32	6	269
7	Korçë	Korçë	Devoll, Kolonjë, Korçë, Pogradec	38	6	347
8	Kukës	Kukës	Has, Kukës, Tropojë	27	5	198
9	Lezhë	Lezhë	Kurbin, Lezhë, Mirditë	21	9	161
10	Shkodër	Shkodër	Malësi e Madhe, Pukë, Shkodër	34	6	270
11	Tirana	Tirana	Kavajë, Tirane	28	5	220
12	Vlorë	Vlorë	Delvinë, Sarandë, Vlorë	26	7	199

Aneksi 2: Disa të dhëna të rëndësishme mbi profilin e vëndit

Të dhëna mbi profilin e vëndit (<i>Human Development report PNUD</i>)	
Popullsia e përgjithshme	3,639,453 (vlerësim, Korrik 2009)
Struktura moshore	0-14 vjeç: 23.1% (meshkuj 440,528 / femra 400,816) 15-64 vjeç: 67.1% (meshkuj 1,251,001/femra 1,190,841) ≥ 65 vjeç: 9.8% (meshkuj 165,557 / femra 190,710) (vlerësim 2009)
Mosha mesatare e përgjithshme	29.9 vjeç
Ritmi i rritjes e popullsisë	0.546% (vlerësim, 2009)
Ritmi i lindjeve	15.22 lindje / 1,000 banorë (vlerësim, 2008)
Ritmi i vdekjeve	5.44 vdekje / 1,000 banorë (vlerësim, 2008)
Ritmi i migrimit	- 4.28 migrante / 1,000 banorë (vlerësim, 2009)
Urbanizimi	Popullsia urbane: 47% e popullsisë totale (2008) Ritmi i urbanizimit (ritmi i ndryshimit vjetor): 1.9% (2005 - 2010)
Vdekshmëria foshnjore e përgjithshme	18.62 vdekje / 1,000 lindje të gjalla (vlerësim, 2009)
Vdekshmëria e përgjithshme nën 5 vjeç	19.5 vdekje / 1000 fëmijë nën 5 vjeç
Imunizimi – fruthi	96 fëmijë të imunizuar / 100 fëmijë nën 12 muaj
Imunizimi – tuberkulozi	98 fëmijë të imunizuar / 100 fëmijë nën 12 muaj
Vdekshmëria amtare e raportuar	17 vdekje / 100 000 lindje gjallë (1990 – 2004)
Vdekshmëria amtare e axhustuar	45 vdekje / 100 000 lindje gjallë
Zgjata e pritshme e jetës në lindje	Popullsia e përgjithshme: 77.96 vjeç
Ritmi i përgjithshëm i fertilitetit	2.01 fëmijë të lindur / grua (vlerësim, 2009)
Përdorimi i kontraktivëve	75.1 % e grave të moshës 15 – 49 vjeç
Incidenca e tuberkulozit	27.5 / 100 000 banorë
Prevalenca e infeksionit HIV	<0.2 % në popullsinë 15 – 49 vjeç (2005)
Popullsia e nënushqyer	6 % e popullsisë të përgjithshme (2002 – 2004)
Fëmijë nën peshë	14 % e fëmijëve nën 5 vjeç (1996 – 2005)

Disa indikatorë të rëndësishëm (Banka botërore, FMN - 2008)	
• GDP (PPP) (2008)	
Totale	\$ 21.630 miliarde
Për kapital	\$ 6,797 (FMN)
• GDP (nominale) (2008)	
Totalë	\$ 13 515 miliarde
Për kapita	\$ 4 247 (FMN)
• Investime (% e GDP)	22.7
• Tregeti (% e GDP)	62.0
• Shpenzime publike per shendetesine (% e GDP), 2004	3.0
• Shpenzime private per shendetesine (% e GDP), 2004	3.7
• Shpenzime publike per arsimin (% e GDP), 2004	2.9
• Shpenzime ushtarake (% e GDP), 2005	1.4
• Njerez, qe jetojne nen nivelin kombetar te varferise (%), 1990-2004	25.4

Aneksi 3: Qëndrat shëndetësore sipas qarqeve

Qëndrat shëndetësore sipas qarqeve*						
Nr	Qarku	Nr QSH	Nr. i MP	Nr. i personelit tjetër		Nr total i Personelit
				Ekonomiste	Te tjere	
1.	BERAT	26	100	26	496	596
2.	DIBËR	35	65	35	519	584
3.	DURRËS	33	198	33	683	881
4.	ELBASAN	52	168	52	739	907
5.	FIER	45	177	45	658	835
6.	GJIROKASTËR	31	65	31	398	463
7.	KORÇË	39	159	39	648	807
8.	KUKËS	19	38	19	211	249
9.	TROPOJË	8	13	8	142	155
10.	LEZHË	21	88	21	372	460
11.	SHKODËR	37	118	37	670	788
12.	TIRANË	40	341	40	1,359	1,700
13.	VLORË	17	96	17	371	467
14.	SARANDE	13	34	13	135	169
	TOTALI **	416	1660	416	7,400	9,060

• *Saranda dhe Tropoja nuk jane qarqe por konsiderohen sit e tille per arsye te veshtiresive ne komunikim
 • **Nje paraqitje shume me e detajuar jepet ne aneksin ...

Komente:

Duke analizuar këto shifra dhe duke i parë ato përballë të dhënave demografike të vendit mund të nxirren disa përfundime:

- ka ende një numër shumë të madh QSH në krahasim me sipërfaqen dhe popullsinë e vendit (vetëm para 10 vjetësh në vend ka patur mbi 1 000 QSH);
- vërehet një shpërndarje e pabarabartë (në disa raste shumë e pabarabartë) e QSH – si në raport me numrin e popullsisë ashtu edhe me sipërfaqen e zonave të banuara;
- vërehet një shpërndarje e pabarabartë (në disa raste shumë e pabarabartë) e personelit në QSH – kjo në raport me numrin e popullatës së mbuluar;
- shpërndarja e pabarabartë ka si pasojë të drejtëpërdrejtë nënëpërdorimin e shumë QSH;
- problem madhor mbetet përdorimi jo eficient i buxhetit në QSH me aktivitet minimal;
- duke patur parasysh numrin e madh të drejtorëve të QSH, shpërndarjen e tyre në të gjithë vëndin, faktin që gati të gjithë ata aktualisht janë mjekë (megjithëse nuk ka asnjë pengesë që drejtori të jetë ekonomist, jurist, etj), mund të parashikohet që kërkohen përpjekje dhe burime relativisht të konsiderueshme për t'i orientuar dhe trainuar ata si manaxherë të QSH;
- duke patur parasysh numrin e madh të ekonomistëve të QSH, shpërndarjen e tyre në të gjithë vëndin, faktin që shumë pak prej tyre e njohin sistemin shëndetësor, mund të parashikohet që kërkohen përpjekje dhe burime relativisht të konsiderueshme për t'i orientuar dhe trainuar ata si manaxherë të QSH.

Aneksi 4: Funkcionet e Drejtorit të QSH dhe supervisorëve të tij

Funksionet e Drejtorit të QSH

- Lidhë kontratë me BQSHQ. Në kontratë parashikohen objektivat për QSH, realizimi ose mosrealizimi, i të cilave përbën kriter për vlerësimin e drejtorit;
- Organizon dhe drejton punën e QSH;
- Harton rregulloren e brëndshme të organizimit/funksionimit të QSH dhe ia paraqet për miratim bordit;
- Është përgjegjës për zbatimin e buxhetit sipas rregullave, që përshkruhen në kontratë;
- Paraqet në bordin e qëndrës projekt-buxhetin dhe bilancin përkatës;
- Respekton rregullat përkatëse në fuqi për mbledhjen e të ardhurave nga tarifat për shërbime ndaj të pasiguarve apo shërbime të ofruara jashtë paketës bazë të kontraktuar;
- Është përgjegjës për cilësinë e shërbimeve të ofruara;
- Paraqet për miratim në bordin e QSH përshkrimin e punës për çdo punonjës të saj;
- Raporton pranë MSH/ISHP të dhënat e kërkuara në zbatim të SISH të miratuara nga MSH;
- Përgjigjet për raportimin financiar sipas kërkesave të ISKSH;
- Përfaqëson QSH në marrëdhënie me DRSKSH, me institucione të tjera dhe me të tretë;
- Planifikon dhe ndjek zbatimin e manaxhimit të fondeve në mënyrë efikase dhe transparente;
- Nënshkruan të gjitha aktet dhe kontratat, që angazhojnë QSH ndaj subjekteve apo personave të tjerë juridikë në përputhje me rregullat në fuqi;
- Planifikon strukturën e personelit, që nevojitet për ofrimin e shërbimeve të përshkruara në kontratë dhe e paraqet në bordin e QSH për miratim.

Funksionet e Drejtorit të Drejtorisë së Shëndetit Publik të Qarkut

- Përcakton objektivat strategjikë afatmesme dhe afatgjata lidhur me përmirësimin e aksesit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor bazuar në politikën dhe strategjinë e MSH për shërbimin shëndetësor;
- Përpilon dhe përgjigjet për realizimin e planeve të punës duke respektuar problematikën dhe afatin kohor;
- Analizon monitorimin dhe vlerësimin vjetor të situatës shëndetësore në njësinë administrative, ku ushtron aktivitet institucioni si dhe përcakton nevojat shëndetësore, përfshirë shërbimet shëndetësore, që ofrohen, burimet njerëzore, inventarin fizik të institucioneve shëndetësore, financimet (pavarësisht burimit);
- Kontrollon zbatimin e standarteve të përcaktuara nga MSH në kujdesin parësor, spital, shëndet publik;
- Përgjigjet për ndjekjen e zbatimit të SISH (shëndeti publik, kujdesi parësor dhe spitalor), duke dërguar të dhënat statistikore në MSH, ISHP dhe ISKSH, bazuar në standartet e përcaktuara në udhëzimet e MSH;
- Merr masa për vënien e informacionit shëndetësor në dispozicion të përdoruesve për t'u shfrytëzuar në realizimin e analizave dhe përcaktuar detyrat për të ardhmen;
- Bashkëpunon me DRSKSH për çështje të lidhura me KSHP, përfshirë organizimin, financimin, cilësinë, shpërndarjen e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor, mbështetur në aktet normative.

Funksionet e supervisorëve në nivel qarku

Detyrat e sektorit të shërbimeve të Mjekësisë Familjare (MF)

- Përgjigjet për aktivitetin e QSH në zbatimin e paketës bazë të shërbimeve të KSHP;
- Inspekton QSH dhe raporton për standartet e pajisjeve mjekësore për çdo qendër si dhe raporton në DSHPQ për nevojat e pajisjeve mjekësore 1 herë në vit;
- Bashkëpunon me drejtuesit e QSH për planifikimin e nevojave në lidhje me këto standarte;
- Kontrollon zbatimin e manualeve të praktikave klinike si dhe raporton cdo tre muaj në DSHPQ për të dhënat e grumbullara;

- Evidenton nevojat për përmirësimin e infrastruktures në KSHP, për të planifikuar nevojat për investime;
- Evidenton nevojat për trainime dhe kualifikime të personelit shëndetësor në përputhje me planin rajonal për edukimin mjekësor të vazhdueshëm;
- Bashkëpunon me specialistin e kujdesit infermieror për zbatimin e detyrave, që përfshihen në strategjinë e përkujdesjeve infermiere;
- Monitoron realizimin e detyrave të shërbimit mjekësor në shkolla dhe institucione parashkollore;
- Bashkëpunon me sektorin e promocionit dhe edukimit shëndetësor për planifikimin e aktiviteteve në komunitet dhe QSH;
- Bashkëpunon me sektorin e SISH në DSHPQ për vlerësimin e situatës epidemiologjike në rajon dhe për çdo qëndër shëndetësore;
- Angazhohet në zgjidhjen e ankesave të popullatës për shërbimet e mjekut të familjes, duke bashkëpunuar me bordet e qëndrave shëndetësore.

Detyrat e sektorit të Monitorimit dhe Vlerësimit (MV) të performancës mjekësore

- Monitoron zbatimin e treguesve shëndetësore, që përfshihen në paketën bazë të shërbimeve KSHP si dhe raporton çdo tre muaj në DSHPQ për rezultatet e këtij monitorimi;
- Koordinon, vlerëson dhe analizon programin institucional të sigurimit të cilësisë;
- Formulon objektiva vjetore dhe zbaton metoda dhe procedura për vlerësimin e cilësisë;
- Bashkëpunon me sektorin e MF për vlerësimin e kujdesit për pacientët, bazuar në dokumentat klinike;
- Raporton për zbatimin e formularëve, që sigurojnë të dhëna për vlerësimin e kënaqësisë së pacientit;
- Bashkëpunon me QKCSA në formulimin e indikatorëve të besueshëm të cilësisë dhe performancës të miratuara nga MSH;
- Planifikon/monitoron, në bashkëpunim me sektorin e MF, aktivitetet e edukimit mjekësor në vazhdim;
- Bashkëpunon me organizatat e pacientëve të qarkut për të siguruar efektivitet në programin e cilësisë;

Aneksi 5: Rolet dhe përgjegjësitë lidhur me funksionet bazë të QSH

	Funksioni	Pergjegjesia
1.	Berje ligjesh, rregulloresh, standartesh, udhëzuesish, për QSH	Parlament, MSH, ISKSH, etj
2.	Vendimi mbi ngritjen apo mbylljen e QSH	DSHPQ, me aprovim të MSH
3.	Zgjedhja e drejtorit të QSH	Bordi i QSH
4.	Monitorimi i punës së drejtorit të QSH	DSHPQ, DRSKSH
5.	Drejtimi/manaxhimi i QSH	Drejtori i QSH
6.	Analiza e nevojave shëndetësore lokale	DSHPQ, QSH
7.	Planifikimi strategjik për QSH	DSHPQ, DRSKSH, Drejtori i QSH
8.	Regjistrimi i pacientëve	Personeli
9.	Promovimi i QSH në komunitet	QSH dhe te tjere
10.	Organizimi dhe sigurimi i shërbimeve të mjekësisë së familjes	Drejtori dhe kryeinfermieri i QSH
11.	Ofrimi i shërbimeve të mjekësisë së familjes	MP/MF/Infermieret
12.	Diagnoza	MP/MF
13.	Recetat	MP/MF (udhezues te MSH/ISKSH)
14.	Referimi	MP/MF (udhezues te MSH/ISKSH)
15.	Monitorimi dhe sigurimi i cilësisë	I brendshem: Drejtori/stafi i QSH I jashtem: DSHPQ, ISKSH, QKCSA
16.	Këshillim profesional klinik në rast diagnoze dhe trajtimi të dyzuar (udhëzim dhe supervizim)	Drejtori i QSH
17.	Politika të brëndshme të manaxhimit të personelit; ngritje profesionale e personelit, etj.	Drejtori i QSH
18.	Politika të përgjithshme të personelit, etj	MSH dhe DSHP
19.	Monitorimi i performancës së personelit	Drejtori i QSH
20.	Administrimi i burimeve njerëzore	Drejtori i QSH apo burime të tjera
21.	Monitorimi i performancës së QSH	DRSKSH, DKSHP, Drejtori i QSH
22.	Administrimi (mbajtja e llogarive, informacioni financiar etj.)	Drejtori i QSH apo burime të tjera
23.	Manaxhimi financiar (vendimet për financat) në QSH (shpenzime operative, investime)	Drejtori i QSH, MSH, ISKSH, DRSKSH
24.	Buxheti (buxheti për KSHP, përpilimi dhe aprovimi i projekt buxhetit për QSH, rialokimi, e drejta për kredi bankare, etj	Parlamenti, MSH, MF, DSHPQ, ISKSH, DRSKSH, Drejtori i QSH
25.	Hartimi i udhëzuesve/rregulloreve të brëndshme të QSH	Drejtori i QSH, me aprovim të DSHPQ
26.	Mbledhja dhe shpërndarja e informacionit	Drejtori dhe stafi i QSH, burime të tjera
27.	Marrja në punë apo pushimi nga puna i personelit	Drejtori i QSH, me aprovim të DSHPQ
28.	Kontrolli dhe auditi i jashtëm	MSH, ISKSH, Kontrolli i shtetit

Aneksi 6: Informacion i përgjithshëm mbi burimet njerëzore në sistemit shëndetësor

Disa të dhëna mbi burimet njerëzore në sistemin shëndetësor			
Indikatori	Vlera	Mesatarja ne vendet europiane te OBSH	Mesatarja ne vendet e KE
Punësimi në sektorin shëndetësor si % e punësimit total	3 %		7%
Numri i përgjithshëm i mjekëve	4 100		
o Mjekë për 100 000 banorë	132,9	353	348
o Mjekë të përgjithshëm për 100 000 banorë	51	66	99
o Mjekë specialistë për 100 000 banorë	74	115	121
o Kirurgë specialistë për 100 000 banorë	7	42	38
o Gjinekologë për 100 000 banorë	6	19	14
o Pediatër për 100 000 banorë	5	27	15
Numri i përgjithshëm i infermiereve	12 746		
o Infemiere për 100 000 banorë	406		719
o Raporti mjekë / infermiere	7 : 2	2 : 1	
Numri i përgjithshëm i manaxherëve në sektorin shëndetësor	82		
Numri i përgjithshëm i punojësve në sektorin mbështetës	2 772		

Aneksi 7: Përshkrim i shkurtër disa programeve trainimi në manaxhim shëndetësor

Programi i Universitetit të Montrealit

Programi “Planifikimi dhe manaxhimi në kujdesin shëndetësor parësor” ofron trainim në teknikat e planifikimit dhe manaxhimit shëndetësor për administratën shëndetësore në nivel qendror dhe lokal si dhe kategori të tjera të punonjësve të shëndetësisë, që punojnë në shërbime dhe programe private. Programi i trainimit zgjat 6 muaj dhe është i formës me shkëputje nga puna. Programi është ndërtuar në pesë blloqe:

- *Shëndet Publik* (Koncepte bazë të shëndetit dhe shëndetit publik; Promocioni dhe edukimi shëndetësor; Shëndeti i ambientit; Shëndeti riprodhues, përfshirë shëndetin e nënës e fëmijës, ushqyerjen, planifikimin familjar dhe shëndetin seksual; Çështje dhe prioritete në shëndetin publik (sëmundjet e transmetueshme dhe kronike, duhani, aksidentet/traumat, dhuna me bazë gjinore); Metodot sasore në shëndetin publik; Metodot cilësore në shëndetin publik; Shkencat shoqërore dhe shëndeti publik; Epidemiologjia e terrenit; Shkenca kompiuterike e aplikuar).
- *Sistemet dhe Politikat Shëndetësore* (Analiza e sistemeve të shëndetësisë dhe sigurimet shëndetësore; Treguesit demografikë e shëndetësore dhe sistemet e informacionit shëndetësor; Konceptet dhe metodat bazë të ekonomisë shëndetësore; Politikat dhe legjislacioni shëndetësor).
- *Planifikimi shëndetësor* (Hyrje në planifikimin shëndetësor; Analiza e situatës; Vendosja e prioriteteve dhe objektivave; Zhvillimi i strategjive dhe programimi; Monitorimi dhe vlerësimi).
- *Manaxhimi shëndetësor* (Planifikimi dhe menaxhimi financiar; Manaxhimi i burimeve njerëzore; Çështje të logjistikës; Manaxhimi i projekteve).
- *Ushtrimi në terren dhe tema përfundimtare*

Programi i Projektit Pro Shëndetit

Ky program jep udhëzues kyç për politikat, rregulloret dhe procedurat për manaxhimin dhe përmirësimin e arritjeve në zbatim të reformës shëndetësore në nivel prefekturë dhe QSH. Programi i trainimit zgjat 4 ditë dhe është i formës me shkëputje nga puna. Përmbajtja e udhëzuesve është:

- Kontraktimi i qendrave shëndetësore me sigurimin shëndetësor;
- Paketa e shërbimeve shëndetësore në KSHP;
- Vlerësimi dhe përlllogaritja e indikatorëve në KSHP;
- Financimi i qendrave shëndetësore dhe përmbledhje e veprimtarisë kontabël të qendrës shëndetësore;
- Prokurimet publike;
- Hartimi i buxhetit, detajimi i buxhetit; përdorimi i buxhetit; raportimi i buxhetit të QSH;
- Pagesat dhe shpërblimet për personelin e QSH;
- Supervizimi mbështetës;
- Disa interpretime të bazës ligjore;
- Statuti tip i qendrës shëndetësore.

Programi i Universitetit “Zonja e Këshillit të Mirë” (UZKM)

Programi “Kurs formimi për drejtues të institucioneve shëndetësore në Shqipëri” ofron trainim në teknikat e planifikimit e manaxhimit shëndetësor për administratën shëndetësore në nivel qendror dhe lokal. Programi i trainimit zgjat 2 javë dhe është i formës me shkëputje nga puna. Përmbajtja e programit është:

- Shërbimi shëndetësor kombëtar;
- Sistemet e financimit të shëndetësisë;
- Kontabiliteti në shëndetësi;
- Shërbimi shëndetësor në Shqipëri;
- Sfidat dhe financimi i shëndetësisë në Shqipëri;
- Modelet e sistemeve shëndetësore.
- E ardhmja e sigurimeve shëndetësore;

- Kujdesi shëndetësor parësor;
- Decentralizimi i shërbimit shëndetësor;
- Administrimi i institucioneve shëndetësore;
- Kontrolli i brëndshëm i institucioneve shëndetësore;
- Monitorimi i shpenzimeve shëndetësore;
- Plani shëndetësor rajonal;
- Planifikimi, programimi dhe kontrolli i një spitali.

Programi i specializimit pasuniversitar në shëndet publik

Është program i plotë tre vjeçar specializimi pasuniversitar i organizuar nga Universiteti i Tiranës dhe ISHP. Përbajtja e programit (të ndarë në orë teorike dhe praktike) është si më poshtë:

- Teoria e shëndetit publik; Metodat kërkimore në SHP
- Biostatistika; Epidemiologji e përgjithshme; Informatike
- Sociologji mjekësore; Edukim shëndetësor dhe promovim shëndetësor
- Shëndet mjedisor; Ekologji humane; Inxhinieri mjedisor; Shëndeti në punë
- Demografi dhe shëndet riprodhues
- Klinika dhe epidemiologjia e sëmundjeve infektive; Infeksionet ST
- Epidemiologjia e sëmundjeve kronike; Epidemiologjia e sëmundjeve kardiovaskulare
- *Manaxhimi shëndetësor; Ekonomia shëndetësore; Politikat shëndetësore; Organizimi shëndetësor*
- Ushqyerja; Shëndeti i nënës dhe fëmijës
- Adolshenca; Geriatria

Programi “Master në shëndet publik” i Institutit të Shëndetit Publik

Është program master i nivelit të dytë, që organizohet nga ISHP. Kohëzgjatja e programit është një vit dhe është i formës me shkëputje nga puna. Blloqet e ndërtimit të programit janë si më poshtë:

- Hyrje në shëndetin publik;
- Studimet sasiore dhe cilësore
- Planifikimi dhe politikat shëndetësore (2 javë)
 - *Manaxhimi shëndetësor* (konceptet e manaxhimit; lidërshipi dhe stilet e lidërshipit; teoritë e organizimit; komunikimi; zgjidhja e konflikteve; negociimi; krijimi i grupit; manaxhimi financiar; analiza financiare në institucionet shëndetësore; kontabiliteti në institucionet shëndetësore; analiza e kostos; cilësia në kujdesin shëndetësor; manaxhimi i projekteve).
 - *Organizimi i kujdesit shëndetësor* (sistemet shëndetësore; sistemi shëndetësor në Shqipëri; indikatorët në sistemin shëndetësor; strategjitë e analizës e planifikimit; financimi i kujdesit shëndetësor; shërbimet shëndetësore).
 - *Ekonomia shëndetësore* (ekuiteti dhe effienca; burimet, proceset dhe outputet; vlerësimi ekonomik; konceptet e tregut)
- Promocioni shëndetësore;
- Kujdesi shëndetësor parandalues;
- Shëndeti mjedisor dhe shëndeti në punë;
- Sëmundjet e komunikueshme.

Programi “Mastër në manaxhim shëndetësor” i ISAAT

Është program master i nivelit të dytë, që organizohet nga institucioni universitar i arsimit të lartë privat ISAAT. Kohëzgjatja e programit është një vit dhe është i formës pa shkëputje nga puna. Blloqet e ndërtimit të programit janë si më poshtë:

- Koncepti bashkëkohor mbi shëndetin
- Shëndeti i ri publik
- Hyrje në ekonominë e shëndetit

- Rast studimor: Analizë e sistemit shëndetësor në Shqipëri
- Mikroekonomics
- Politikat shëndetësore
- Financat e shëndetësisë
- Organizimi i sistemeve shëndetësore
- Menaxhimi i burimeve njerëzore
- Sistemet e informacionit të menaxhimit shëndetësor
- Logjistika dhe sistemet e informacionit të menaxhimit logjistik
- Puna me programe/projekte: programet aktuale dhe nevojat
- *Kujdesi Parësor i Orientuar drejt Komunitetit*
- *Planifikimi strategjik dhe marketingu shëndetësor*
- *Metoda statistikore të avancuara për përpunimin e informacionit shëndetësor*
- *Cilësia, siguria e cilësisë dhe akreditimi i institucioneve shëndetësore*
- Rast studimor: Menaxhimi autonom i institucioneve shëndetësore

Programi “Mastër në manaxhim shëndetësor” i UZKM

Është program mastër i nivelit të dytë, që organizohet nga Kompania UZKM. Kohëzgjatja e programit është një vit dhe është i formës pa shkëputje nga puna. Programi është i orientuar më shumë në manaxhimin e kujdesit spitalor.

Aneksi 8: Guida e fokus grupeve

1. Cilat do të ishin detyrat kryesore / aktivitetet kryesore, që duhet te kryejë një manaxher i QSH?
2. Cilat mund të jenë disa prej vështirësive, me të cilat një manaxher i QSH mund të përballet gjatë realizimit të detyrave të përmendura më lart?
3. Sipas opininit tuaj, cilat do të ishin cilësitë që duhet të ketë një manaxher i mirë i një QSH (në mënyrë që të realizojë me sukses detyrat e mësipërme):
 - cilësitë
 - njohuritë
 - shprehjet
4. Sipas opinionit tuaj, në çfarë fushash kanë më tepër nevojë për trainim manaxheret e QSH?
5. Sipas opinionit tuaj, cilat do të ishin mënyrat më të mira pedagogjike të dhënies së njohurive për manaxherët e QSH? (Sugjerime për forma të ndryshme të organizimit të trainimeve).
6. Pyetjet për diferencat: (mund të jenë të ndryshme në varësi të qarqeve ku bëhen fokus grupet)
 - A ka diferenca midis detyrave / aktiviteteve, që duhet të kryejë një drejtues i QSH:
 - a. në zonë rurale – në zonë urbane
 - b. që drejton një QSH të madhe apo të vogël
 - A ka diferenca midis cilësive, njohurive, shprehjeve, që duhet të ketë një drejtues, që punon:
 - a. në QSH rurale – në QSH urbane
 - b. në QSH të madhe – në QSH të vogël
 - A ka diferenca midis nevojave për trajnim, që duhet të ketë një manaxher shëndetësor:
 - a. në zonë rurale – në zonë urbane
 - b. që drejton një QSH të madhe apo të vogël
 - A ka dallime në lidhje me trainimet, që duhet të marrin drejtuesit e QSH, që janë mjekë dhe drejtuesit e QSH, që janë ekonomistë? Nëse po, për çfarë mund të flitet më konkretisht?
 - Kjo pyetje do të përdoret vetëm për fokus grupin e Tiranës :
 - a. A ka diferenca në fushat e nevojshme të trajnimit për një manaxher të QSH, që është trainuar nga programi i Universitetit të Montrealit dhe dikujt tjetër, që nuk është trainuar nga ky program
 - b. nëse po, cilat fusha do të ishin më tepër të vlefshme për ata, që kanë marrë trainimin e Montrealit dhe për ata, që nuk kanë marrë trainime të mëparshme në manaxhim?

Aneksi 9: Lista e personave kyç të intervistuar

- 1. Gazmend Koduzi (Drejtor, Drejtoria e Mjekut, ISKSH)**
 - 2. Albana Adhami (Specialiste, Drejtoria e Mjekut, ISKSH)**
 - 3. Gazmend Bejtja (Drejtor, Drejtoria e Shëndetit Publik, MSH)**
 - 4. Errol Como (Shef, Sektori i Kujdesit Parësor, Drejtoria e Shëndetit Publik, MSH)**
 - 5. Adrian Hoxha (Pedagog, Departamenti i Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjekësisë)**
 - 6. Alba Duni (Drejtoreshë, DRSKSH Vlorë)**
 - 7. Naun Sinani (Specialist, Drejtoria e Mjekut, ISKSH)**
 - 8. Mehmet Xhindole (Drejtor, Drejtoria e Shëndetit Publik, Lushnje)**
 - 9. Irena Shestani (Drejtoreshë, Drejtoria e Shëndetit Publik të Qarkut, Shkodër)**
 - 10. Brunilda Ndreu (Drejtoreshë, Drejtoria e Shëndetit Publik të Qarkut, Vlorë)**
 - 11. Paul Richardson (Drejtor, Projekti Pro Shëndetit, USAID)**
- Vasil Miho (Specialist, Zyra Lokale e OBSH, Tiranë)**

Aneksi 10: Çështjet që janë diskutuar me të intervistuarit

1. Cilat do të ishin detyrat kryesore / aktivitetet kryesore, që duhet të kryejë një manaxher i QSH?
 2. Cilat mund të jenë disa prej vështirësive, me të cilat një manaxher i QSH mund të përballet gjatë realizimit të detyrave të përmendura më lart?
 3. Sipas opinionit tuaj, cilat do të ishin cilësitë që duhet të ketë një manaxher i mirë i një QSH (në mënyrë që të realizojë me sukses detyrat e mësipërme): cilësitë, njohuritë, shprehitë
 4. Sipas opinionit tuaj, në çfarë fushash kanë më tepër nevojë për trainim manaxherët e QSH?
 5. Sipas opinionit tuaj, cilat do të ishin mënyrat më të mira pedagogjike të dhënies së njohurive për manaxherët e QSH? (Sugjerime për forma të ndryshme të organizimit të trainimeve).
1. Pyetjet për diferencat: (mund të jenë të ndryshme në varësi të qarqeve ku bëhen fokus grupet)
 - a. A ka diferenca midis detyrave / aktiviteteve, që duhet të kryejë një drejtues i QSH:
 - a.në zonë rurale – në zonë urbane
 - që drejton një QSH të madhe apo të vogël
 - b. A ka diferenca midis cilësive, njohurive, shprehive, që duhet të ketë një drejtues, që punon:
 - në QSH rurale – në QSH urbane
 - në QSH të madhe – në QSH të vogël
 - c. A ka diferenca midis nevojave për trajnim, që duhet të ketë një manaxher shëndetësor:
 - në zonë rurale – në zonë urbane
 - që drejton një QSH të madhe apo të vogël

A ka dallime në lidhje me trainimet, që duhet të marrin drejtuesit e QSH, që janë mjekë dhe drejtuesit e QSH, që janë ekonomistë? Nëse po, për çfarë mund të flitet më konkretisht?

Aneksi 11: Pyetësi standard i përdorur në studim

VLERESIM I NEVOJAVE PER TRAINIM
PER MANAXHERET E QENDRAVE SHENDETESORE (QSH)
KRYER nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim
mbështetur nga Projekti për Zhvillimin Profesional

Ju lutemi, plotësoni qartë këto të dhëna:

1. QENDRA E PUNES :	QSh në qytet	QSh në fshat		
2. SEKSI:	Femër	Mashkull		
3. MOSHA:	25-35 vjeç	35-45	45-55	> 55

4. POZICIONI I TË INTERVISTUARIT:

Drejtor i qendrës shëndetësore, Mjek	Drejtor i qendrës shëndetësore, Ekonomist
Ekonomist i qendrës shëndetësore	

5. ARSIMI (Vendosni një kryq mbi nivelin më të lartë të arsimimit, që keni):

Shkollë e lartë	Master
Specializim pasuniversitar	Doktoratë

6. Sa kohe keni që punoni në sistemin shëndetësor? _____ vjet

7. Sa kohe keni që punoni në pozicionin aktual? _____ vjet

8. Cilat nga format e trainimit më poshtë mendoni se janë më të pershtatshme për ju?

Trainim në nivel qendror	Trainim në nivel lokal
Trainim i shkurtër (1 – 3 ditë)	Trainim i zgjatur (mbi 1 javë)
Trainim gjatë javës	Trainim në fund – javë
Forma të tjera (renditini më poshtë)	

9. A keni marrë pjesë më parë në programe trainimi mbi manaxhimin?

Jo	Po (nëse PO, renditini më poshtë)
Trainim nga ISKSH / ProShëndeti	Kursi i Universitetit të Montrealit
Të tjera _____	

A. Në këtë tabelë jepen përgjegjësitë aktuale të manaxherëve të Qëndrave Shëndetësore. Vlerësoni me pikë (0 – 5) rëndësinë, që ju jepni këtyre përgjegjësiave në praktikën e përditshme.

Përgjegjësitë e Manaxherit të Qëndrës Shëndetësore	Rëndësia që ju jepni këtyre përgjegjësiave				
	Aspak		Shumë		
1. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm në QSh	0	1	2	3	4
a. Analiza e gjëndjes dhe e punës mbi bazën e të dhënave të mbledhura;					
b. Identifikimi i problemeve dhe nevojave të qendrës shëndetësore dhe komunitetit;					
c. Përcaktimi i përparësive dhe objektivave si dhe marrja e vendimeve;					
d. Hartimi i planit strategjik të QSh (në funksion të objektivave të caktuara);					
e. Identifikimi dhe manaxhimi i burimeve për zbatimin e planit strategjik;					
f. Ndjekja dhe rishikimi i planit në funksion të arritjes së objektivave.					
2. Mikro-manaxhimi në QSh	0	1	2	3	4
a. Organizimi dhe drejtimi i punës në QSh;					
b. Zbatimi i rregullave të kodit të punës;					
c. Hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme të QSh;					
d. Zgjidhja e çështjeve dhe problemeve të paraqitura nga përdoruesit e shërbimeve;					
e. Drejtimi i procesit të prokurimit në përputhje me rregullat në fuqi;					
f. Manaxhimi i logjistikës, materialeve dhe pajisjeve (inventari, magazina, mirëmbajtja, etj).					
3. Manaxhimi financiar në QSh	0	1	2	3	4
a. Hartimi dhe manaxhimi i buxhetit të QSh dhe hartimi i bilancit përkatës;					
b. Planifikimi dhe ndjekja e zbatimit efektiv dhe transparent të fondeve.					
c. Raportimi financiar sipas kërkesave të ISKSh;					
d. Planifikimi, mbledhja dhe përdorimi i të ardhurave nga shërbime ose kontrata të ndryshme;					
e. Planifikimi dhe mbikqyrja e procedurave dhe dokumentacionit të arkëtimit dhe të pagesave;					
f. Përlllogaritja e “bonuseve” për cilësi dhe performancë;					
4. Manaxhimi i burimeve njerëzore në QSh	0	1	2	3	4
a. Planifikimi i strukturës së personelit, që nevojitet për ofrimin e shërbimeve të kontraktuara;					
b. Hartimi i “përshkrimit të punës” për anëtarët e stafit të QSh dhe ndjekja e zbatimit të tij;					
c. Përzgjedhja e personelit dhe mbajtja/plotësimi i dosjeve personale për çdo anëtar të stafit;					
d. Vlerësimi i punës dhe motivimi i anëtarëve të stafit të QSh;					
e. Orientimi në procesin e punës për çdo anëtar të ri të stafit;					
f. Vlerësimi i nevojave për trainim dhe planifikimi i trainimeve përkatëse.					

Përgjegjësitë e Manaxherit të Qendrës Shëndetësore	Rëndësia që ju jepni këtyre përgjegjësiave				
	Aspak		Shumë		
5. Manaxhimi i cilësisë në QSh	0	1	2	3	4
a. Vlerësimi i cilësisë së strukturës (aksesi, infrastruktura, kompetenca, siguria, vazhdimësia);					
b. Vlerësimi i cilësisë së proceseve në QSh;					
c. Vlerësimi i rezultateve të arritura në QSh;					
d. Vlerësimi i raporteve me pacientet dhe i opinioneve të tyre mbi shërbimet e ofruara;					
e. Ndjekja e indikatorëve të përcaktuar në kontratë (dhe indikatorëve të tjerë të vetë qendrës);					
f. Vlerësimi i gjëndjes në bazë të indikatorëve (dhe përcaktimi i zgjidhjeve të problemeve);					
6. Manaxhimi i sistemit të informacionit	0	1	2	3	4
a. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave të nevojshme për të planifikuar, manaxhuar dhe monitoruar shërbimet dhe aktivitetet;					
b. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave në zbatim të SISH miratuar nga MSh;					
c. Përdorimi i informacionit për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve;					
d. Raportimi periodik në përputhje me rregullat në fuqi;					
e. Sigurimi i dokumentacionit të QSh dhe përdorimit korrekt të tij;					
f. Mbikqyrja e zbatimit të programit të kompjuterizuar të SISH.					
7. Udhëheqja, negociimi, komunikimi	0	1	2	3	4
a. Udhëheqja dhe manaxhimi i marrëdhënieve në nivel vertikal dhe horizontal;					
b. Negociimi në të gjitha nivelet (përfshirë kontraktimin e paketës bazë të shërbimeve);					
c. Komunikimi në të gjitha nivelet;					
d. Komunikimi me komunitetin dhe përfshirja e tij në vendim-marrje;					
e. Marrja e vendimeve dhe delegimi;					
f. Manaxhimi dhe vlerësimi i performancës.					

B. Në këtë tabelë jepen fushat e mundshme të trainimit të manaxherëve të QSh sipas përgjegjësive të tyre në këtë pozicion. Vlerësoni me pikë (0 – 5) temat e trainimit, që mendoni më të nevojshme për ta.

Fushat e trainimit në përputhje me përgjegjësitë e Manaxherit të QSh	Fushat e trainimit, që shihni më të nevojshme				
	Aspak				Shumë
1. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm në QSh	0	1	2	3	4
a. Analiza e gjëndjes dhe e punës mbi bazën e të dhënave të mbledhura;					
b. Identifikimi i problemeve dhe nevojave të qëndrës shëndetësore dhe komunitetit;					
c. Përcaktimi i përparësive dhe objektivave si dhe marrja e vendimeve;					
d. Hartimi i planit strategjik të QSh (në funksion të objektivave të caktuara);					
e. Identifikimi dhe manaxhimi i burimeve për zbatimin e planit strategjik;					
f. Ndjekja dhe rishikimi i planit në funksion të arritjes së objektivave.					
2. Mikro-manaxhimi në QSh	0	1	2	3	4
a. Organizimi dhe drejtimi i punës në QSh;					
b. Zbatimi i rregullave të kodit të punës;					
c. Hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme të QSh;					
d. Zgjidhja e çështjeve dhe problemeve të paraqitura nga përdoruesit e shërbimeve;					
e. Drejtimi i procesit të prokurimit në përputhje me rregullat në fuqi;					
f. Manaxhimi i logjistikës, materialeve dhe pajisjeve (inventari, magazina, mirëmbajtja, etj).					
3. Manaxhimi financiar në QSh	0	1	2	3	4
a. Hartimi dhe manaxhimi i buxhetit të QSh dhe hartimi i bilanci përkatës;					
b. Planifikimi dhe ndjekja e zbatimit efektiv dhe transparent të fondeve.					
c. Raportimi financiar sipas kërkesave të ISKSh;					
d. Planifikimi, mbledhja dhe përdorimi i të ardhurave nga shërbime ose kontrata të ndryshme;					
e. Planifikimi dhe mbikqyrja e procedurave dhe dokumentacionit të arkëtimit dhe të pagesave;					
f. Përlllogaritja e “bonuseve” për cilësi dhe performancë;					
4. Manaxhimi i burimeve njerëzore në QSh	0	1	2	3	4
a. Planifikimi i strukturës së personelit, që nevojitet për ofrimin e shërbimeve të kontraktuara;					
b. Hartimi i “përshkrimit të punës” për anëtarët e stafit të QSh dhe ndjekja e zbatimit të tij;					
c. Përzgjedhja e personelit dhe mbajtja/plotësimi i dosjeve personale për çdo anëtar të stafit;					
d. Vlerësimi i punës dhe motivimi i anëtarëve të stafit të QSh;					
e. Orientimi në procesin e punës për çdo anëtar të ri të stafit;					
f. Vlerësimi i nevojave për trainim dhe planifikimi i trainimeve përkatëse.					

Fushat e trainimit në përputhje me përgjegjësitë e Manaxherit të QSh	Fushat e trainimit, që shihni më të nevojshme				
	Aspak			Shumë	
	0	1	2	3	4
5. Manaxhimi i cilësisë në QSh					
a. Vlerësimi i cilësisë së strukturës (aksesi, infrastruktura, kompetenca, siguria, vazhdimësia);					
b. Vlerësimi i cilësisë së proceseve në QSh;					
c. Vlerësimi i rezultateve të arritura në QSh;					
d. Vlerësimi i raporteve me pacientet dhe i opinioneve të tyre mbi shërbimet e ofruara;					
e. Ndjekja e indikatorëve të përcaktuar në kontratë (dhe indikatorëve të tjerë të vetë qëndrës);					
f. Vlerësimi i gjëndjes në bazë të indikatorëve (dhe përcaktimi i zgjidhjeve të problemeve);					
6. Manaxhimi i sistemit të informacionit	0	1	2	3	4
a. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave të nevojshme për të planifikuar, manaxhuar dhe monitoruar shërbimet dhe aktivitetet;					
b. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave në zbatim të SISH miratuar nga MSH;					
c. Përdorimi i informacionit për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve;					
d. Raportimi periodik në përputhje me rregullat në fuqi;					
e. Sigurimi i dokumentacionit të QSh dhe përdorimit korrekt të tij;					
f. Mbikqyrja e zbatimit të programit të kompjuterizuar të SISH.					
7. Udhëheqja, negociimi, komunikimi	0	1	2	3	4
a. Udhëheqja dhe manaxhimi i marrëdhënieve në nivel vertikal dhe horizontal;					
b. Negociimi në të gjitha nivelet (përfshirë kontraktimin e paketës bazë të shërbimeve);					
c. Komunikimi në të gjitha nivelet;					
d. Komunikimi me komunitetin dhe përfshirja e tij në vendim-marrje;					
e. Marrja e vendimeve dhe delegimi;					
f. Manaxhimi dhe vlerësimi i performancës.					

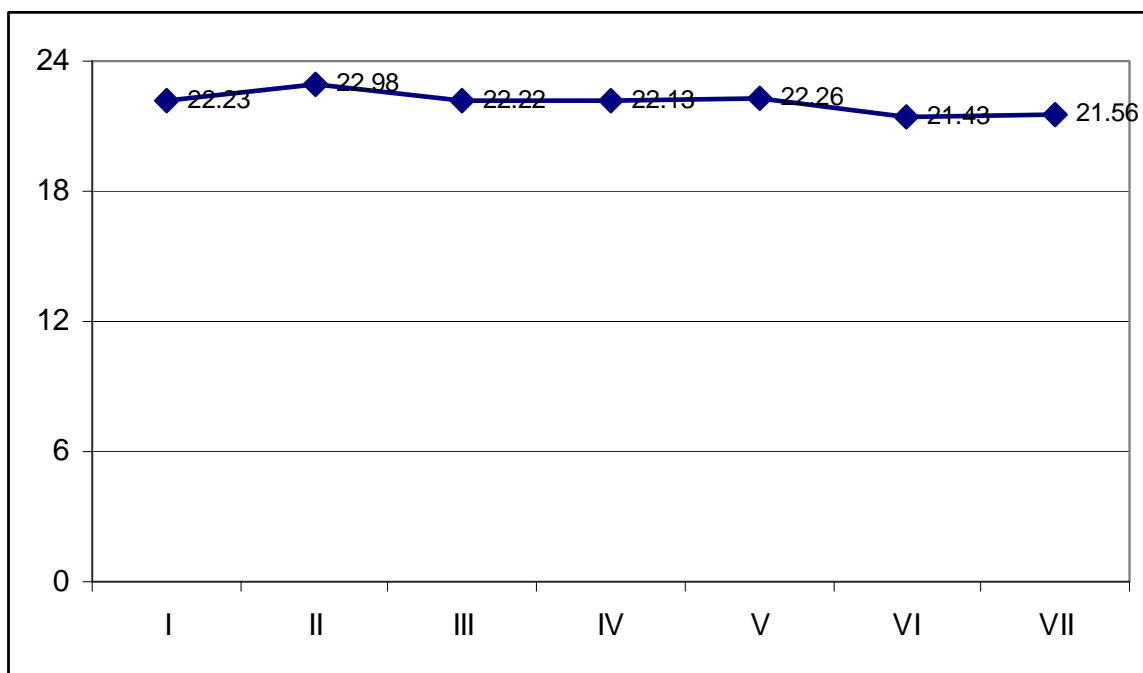
C. Nëse keni sugjerime të tjera mund t'i shtoni më poshtë:

■ ■ ■ ■ ■
■ ■

Aneksi 12: Perceptimi i rëndësisë së aktiviteteve dhe detyrave, që lidhen me manaxhimin e QSH (të dhënat sasiore)

Perceptimi i rëndësisë – nga drejtues të QSH me profesion mjek

Fushat e ndryshme	Rëndësia
I. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	22.23
II. Mikro-manaxhimi	22.98
III. Manaxhimi financiar	22.22
IV. Manaxhimi i burimeve njerëzore	22.13
V. Manaxhimi i cilësisë	22.26
VI. Manaxhimi i sistemit të informacionit	21.43
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	21.56

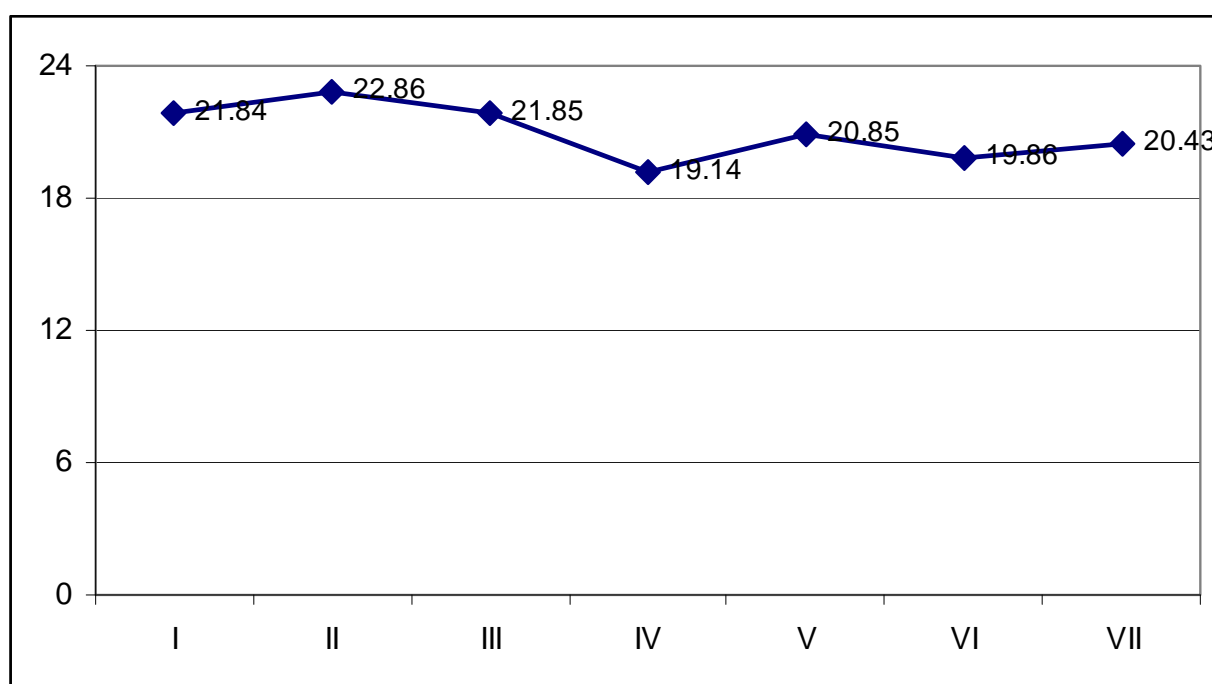


Shkalla matëse e rëndësisë

0	Aspak
0-6	Pak
7-12	Disi
13-18	Konsiderueshëm
19-24	Shumë

Aneksi 13: Perceptimi i rëndësisë së aktiviteteve dhe detyrave nga drejtues të QSH me profesion ekonomistë

Fushat e ndryshme	Rëndësia
I. Manaxhimi dhe planifikimi i pergjithshëm	21.84
II. Mikro-manaxhimi	22.86
III. Manaxhimi financiar	21.85
IV. Manaxhimi i burimeve njerëzore	19.14
V. Manaxhimi i cilësisë	20.85
VI. Manaxhimi i sistemit të informacionit	19.86
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	20.43

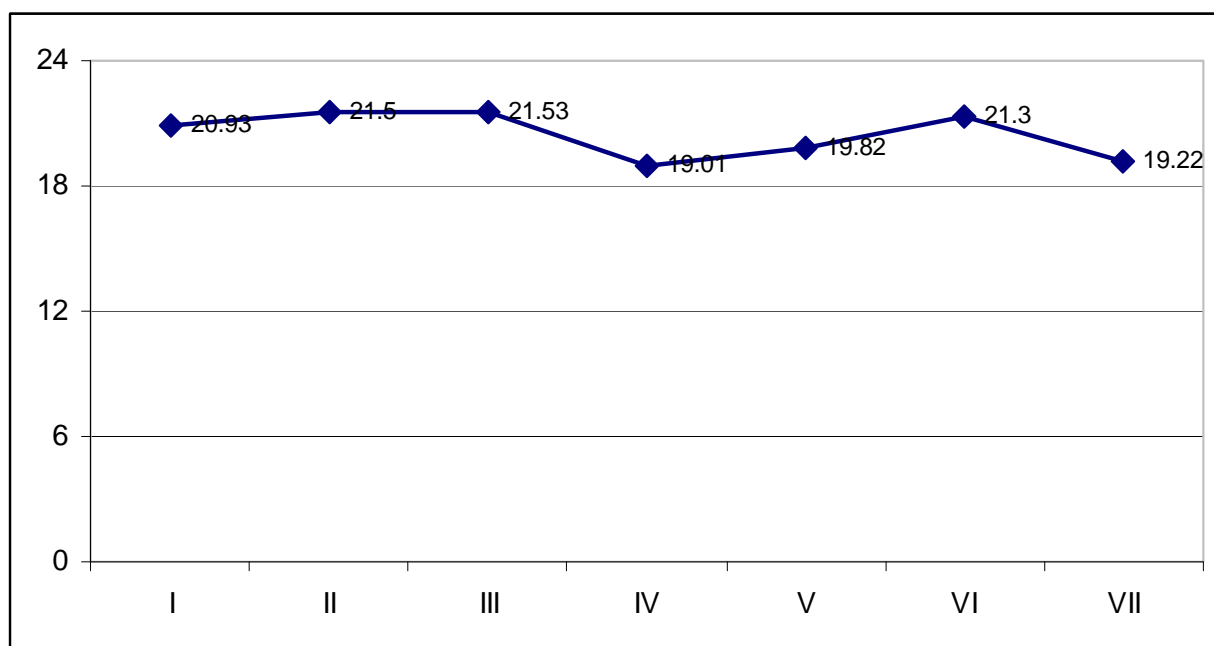


Shkalla matëse e rëndësisë

0	Aspak
0-6	Pak
7-12	Disi
13-18	Konsiderueshëm
19-24	Shumë

Aneksi 14: Perceptimi i rëndësisë së aktiviteteve/detyrave nga ekonomisti i QSH

Fushat e ndryshme	Rëndësia
I. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	20.93
II. Mikro-manaxhimi	21.5
III. Manaxhimi financiar	21.53
IV. Manaxhimi i burimeve njerëzore	19.01
V. Manaxhimi i cilësisë	19.82
VI. Manaxhimi i sistemit të informacionit	21.3
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	19.22

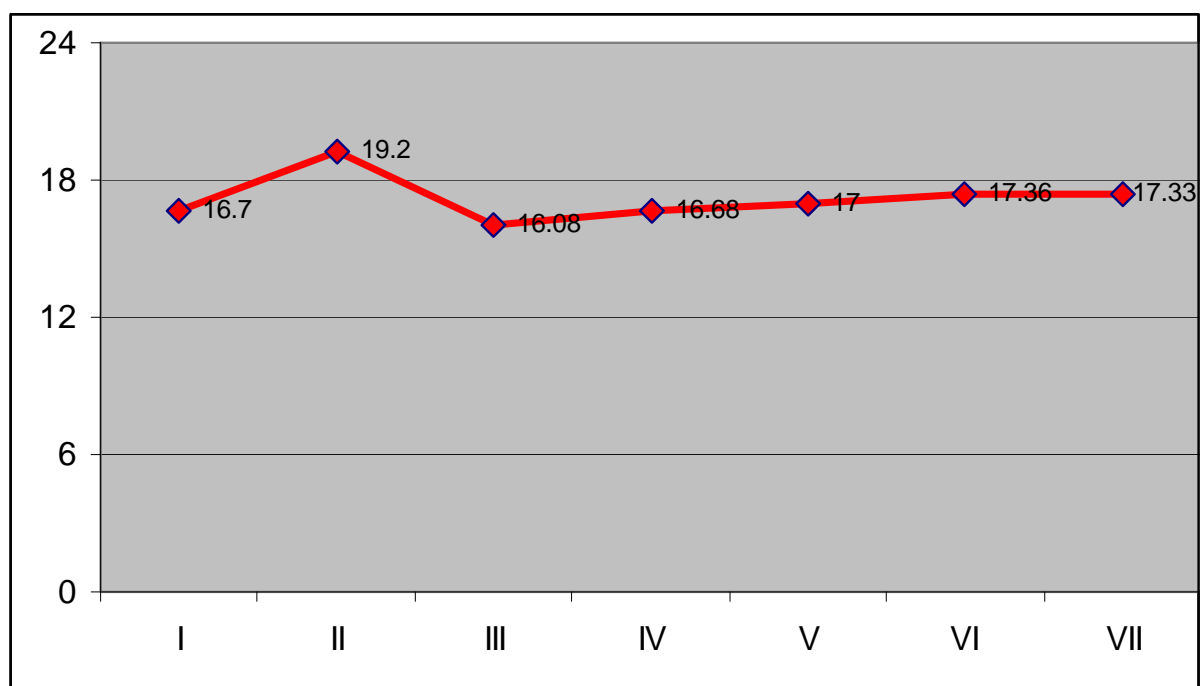


Shkalla matëse e rëndësisë

0	Aspak
0-6	Pak
7-12	Disi
13-18	Konsiderueshëm
19-24	Shumë

Aneksi 15: Nevojat për trainim – Drejtues të QSH me profesion mjek

Fushat e ndryshme	Nevoja për trainim
I. Manaxhimi dhe planifikimi i pergjithshëm	16.7
II. Mikro-manaxhimi	19.2
III. Manaxhimi financiar	16.08
IV. Manaxhimi i burimeve njerëzore	16.68
V. Manaxhimi i cilësisë	17
VI. Manaxhimi i sistemit të informacionit	17.36
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	17.33

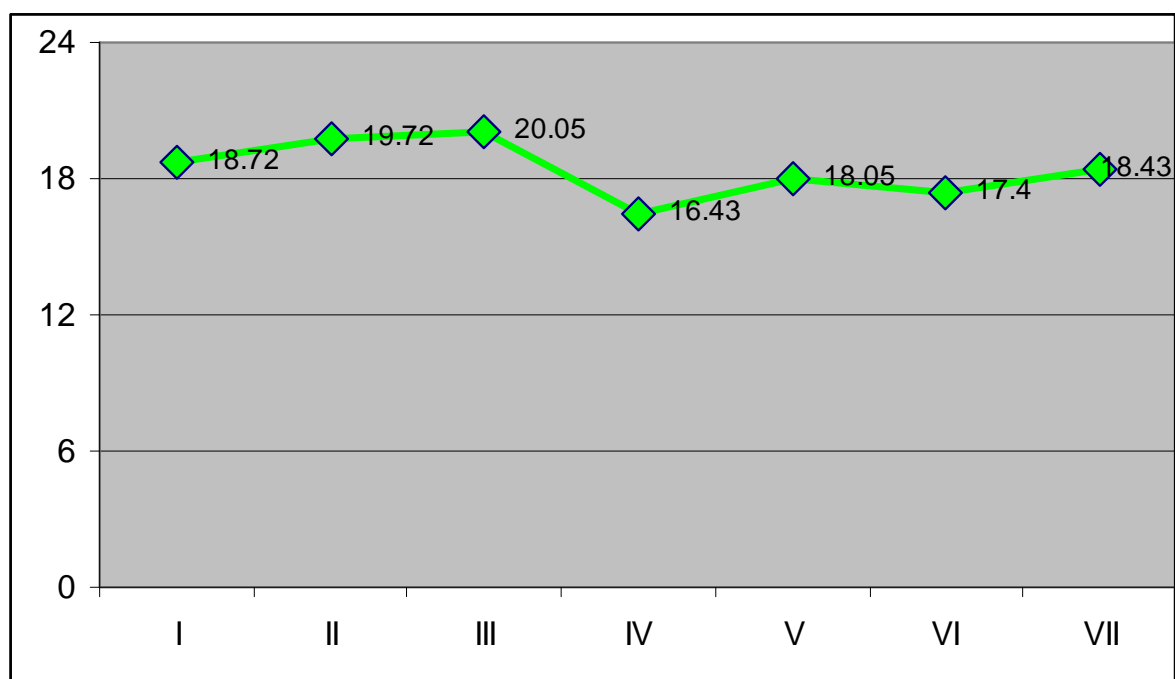


Shkalla matëse e nevojës për trajnim

0	Aspak
0-6	Pak
7-12	Disi
13-18	Konsiderueshëm
19-24	Shumë

Aneksi 16: Nevojat për trainim – Drejtues të QSH me profesion ekonomist

Fushat e ndryshme	Nevoja për trainim
I. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	18.72
II. Mikro-manaxhimi	19.72
III. Manaxhimi financiar	20.05
IV. Manaxhimi i burimeve njerëzore	16.43
V. Manaxhimi i cilësisë	18.05
VI. Manaxhimi i sistemit të informacionit	17.4
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	18.43

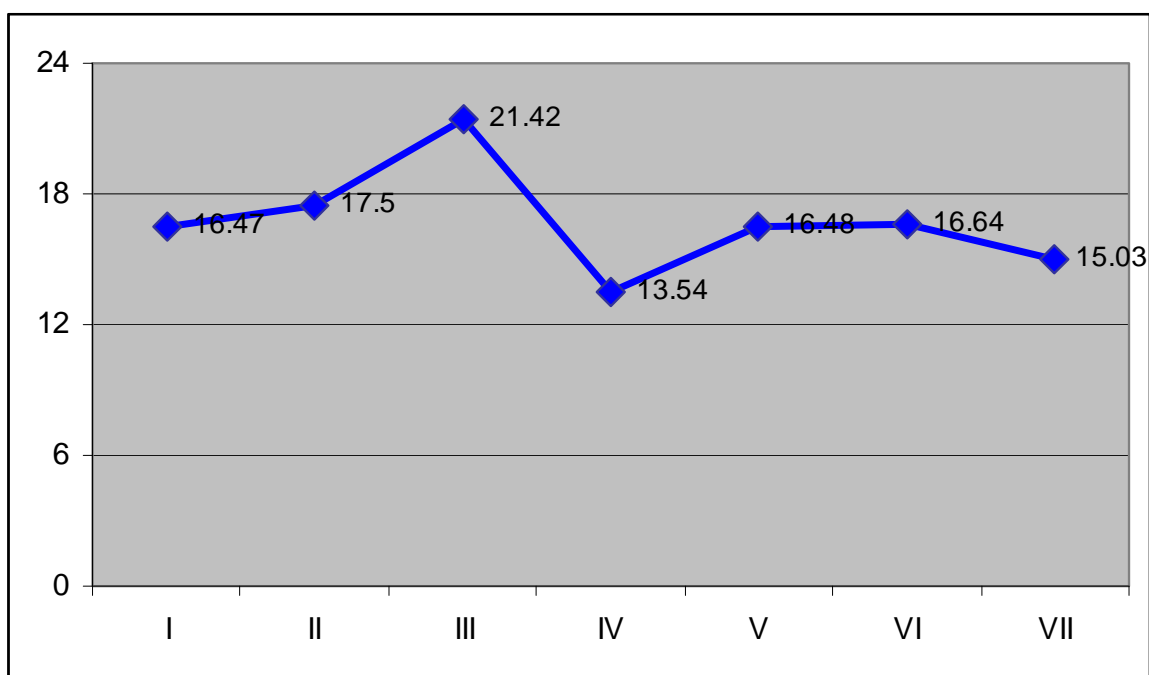


Shkalla matëse e nevojës për trainim

0	Aspak
0-6	Pak
7-12	Disi
13-18	Konsiderueshëm
19-24	Shumë

Aneksi 17: Nevojat për trainim – Ekonomist i QSH

Fushat e ndryshme	Nevoja për trajnim
I. Manaxhimi dhe planifikimi i pergjithshëm	16.47
II. Mikro-manaxhimi	17.5
III. Manaxhimi financiar	21.42
IV. Manaxhimi i burimeve njerëzore	13.54
V. Manaxhimi i cilësisë	16.48
VI. Manaxhimi i sistemit të informacionit	16.64
VII. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	15.03



Shkalla matëse e nevojës për trainim

0	Aspak
0-6	Pak
7-12	Disi
13-18	Konsiderueshëm
19-24	Shumë

Aneksi 18: Informacion më i detajuar për nevojën për trainim për secilën nënfushë – Drejtues të QSH me profesioni mjek

Në dy tabelat më poshtë fushat dhe nënfushat e trainimit janë renditur në varësi të rëndësisë së tyre sipas perceptimit të pjesëmarrësve në studim.

Tabela 1

Fushat e ndryshme	Nevoja për trainim (sipas sistemit të pikezimit në studim)
1. Mikro-manaxhimi	19.20
2. Manaxhimi i sistemit të informacionit	17.36
3. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	17.33
4. Manaxhimi i cilësisë	17.00
5. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	16.70
6. Manaxhimi i burimeve njerëzore	16.68
7. Manaxhimi financiar	16.08

Tabela 2

Fushat dhe nënfushat e trainimit	% pjesëmarrësve që i vlerësojnë shumë të rëndësishme ose me rëndësi të konsiderueshme
1. Mikro-manaxhimi në QSH	
a. Organizimi dhe drejtimi i punës në QSH;	82
b. Drejtimi i procesit të prokurimit në përputhje me rregullat në fuqi;	82
c. Zgjidhja e çështjeve/problemeve të paraqitura nga përdoruesit e shërbimeve;	78
d. Manaxhimi i logjistikës (inventar, magazine, mirëmbajtje).	76
e. Zbatimi i rregullave të kodit të punës;	75
f. Hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme të QSH;	70
2. Manaxhimi i sistemit të informacionit	
a. Përdorimi i informacionit për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve;	73
b. Sigurimi i dokumentacionit të QSH dhe përdorimit korrekt të tij;	73
c. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave të nevojshme për të planifikuar, manaxhuar dhe monitoruar shërbimet dhe aktivitetet;	72
d. Mbikqyrja e zbatimit të programit të kompjuterizuar të SISH.	72
e. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave në zbatim të SISH miratuar nga MSH;	69
f. Raportimi periodik në përputhje me rregullat në fuqi;	52
3. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	
a. Negociimi në të gjitha nivelet (përfshirë kontraktimin e PBS)	77

b. Manaxhimi dhe vlerësimi i performancës.	77
c. Udhëheqja dhe manaxhimi i marrëdhënieve në nivel vertical/horizontal;	63
d. Komunikimi në të gjitha nivelet;	58
e. Marrja e vendimeve dhe delegimi;	48
f. Komunikimi me komunitetin dhe përfshirja e tij në vendim-marrje;	41
4. Manaxhimi i cilësisë në QSH	
a. Ndjekja e indikatorëve të përcaktuar në kontratë (dhe indikatorëve të QSH);	86
b. Vlerësimi i gjëndjes në bazë të indikatorëve (zgjidhja e problemeve);	82
c. Vlerësimi i rezultateve të arritura në QSH;	64
d. Vlerësimi i cilësisë së proceseve në QSH;	59
e. Vlerësimi i raporteve me pacientet dhe i opinioneve të tyre mbi shërbimet e	57
f. Vlerësimi i cilësisë së strukturës (aksesi, infrastruktura, kompetenca, siguria, etj);	53
5. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm në QSH	
a. Përcaktimi i përparësive dhe objektivave si dhe marrja e vendimeve;	73
b. Identifikimi i problemeve dhe nevojave të qëndrës shëndetësore dhe komunitetit;	71
c. Hartimi i planit strategjik të QSH (në funksion të objektivave të caktuara);	66
d. Analiza e gjëndjes dhe e punës mbi bazën e të dhënave të mbledhura;	60
e. Identifikimi dhe manaxhimi i burimeve për zbatimin e planit strategjik;	53
f. Ndjekja dhe rishikimi i planit në funksion të arritjes së objektivave.	53
6. Manaxhimi i burimeve njerëzore në QSH	
a. Vlerësimi i nevojave për training dhe planifikimi i trainimeve përkatëse.	75
b. Vlerësimi i punës dhe motivimi i anëtarëve të stafit të QSH;	69
c. Hartimi i “përshkrimit të punës” për stafin e QSH dhe ndjekja e zbatimit;	65
d. Planifikimi i personelit, që nevojitet për ofrimin e shërbimeve të kontraktuara;	59
e. Përzgjedhja e stafit dhe mbajtja/plotësimi i dosjeve personale për çdo anëtar	55
f. Orientimi në procesin e punës për çdo anëtar të ri të stafit;	55
7. Manaxhimi financiar në QSH	
a. Hartimi dhe manaxhimi i buxhetit të QSH dhe hartimi i bilancit përkatës;	68

b. Përlogaritja e “bonuseve” për cilësi dhe performancë;	68
c. Planifikimi dhe ndjekja e zbatimit efektiv dhe transparent të fondeve.	62
d. Raportimi financiar sipas kërkesave të ISKSH;	53
e. Planifikimi, mbledhja, përdorimi i të ardhurave nga shërbime e kontrata	50
f. Planifikimi/mbikqyrja e procedurave/dokumentacionit të arkëtimit/pagesave.	44

Aneksi 19: Informacion i detajuar për nevojën për trajnim për secilën nënfushe – drejtues të QSH me profesion ekonomist.

Në dy tabelat më poshtë fushat dhe nënfushat e trainimit janë renditur në varësi të rëndësisë së tyre sipas perceptimit të pjesëmarrësve në studim.

Tabela 1

Fushat e ndryshme	Nevoja për trainim (sipas sistemit të pikezimit në studim)
1. Manaxhimi financiar	20.05
2. Mikro-manaxhimi	19.72
3. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	18.72
4. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	18.43
5. Manaxhimi i cilësisë	18.05
6. Manaxhimi i sistemit të informacionit	17.40
7. Manaxhimi i burimeve njerëzore	16.43

Tabela 2

Fushat dhe nënfushat e trainimit	Perqindja e pjesëmarrësve që i vlerësojnë shumë të rëndësishme ose me rëndësi të konsiderueshme
1. Manaxhimi financiar në QSH	
a. Hartimi dhe manaxhimi i buxhetit të QSh dhe hartimi i bilancit përkatës;	86
b. Planifikimi, mbledhja, përdorimi i të ardhurave nga shërbime/kontrata;	86
c. Planifikimi/mbikqyrja e procedurave/dokumentacionit të arkëtimit/pagesave;	86
d. Përlllogaritja e “bonuseve” për cilësi dhe performancë;	86
e. Planifikimi dhe ndjekja e zbatimit efektiv dhe transparent të fondeve.	83
f. Raportimi financiar sipas kërkesave të ISKSH;	72
2. Mikro-manaxhimi në QSH	
a. Drejtimi i procesit të prokurimit në përputhje me rregullat në fuqi;	86
b. Manaxhimi i logjistikës, materialeve, pajisjeve (inventar, magazin, mirëmbajtje).	86
c. Organizimi dhe drejtimi i punës në QSH;	71
d. Zbatimi i rregullave të kodit të punës;	71
e. Hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme të QSH;	71
f. Zgjidhja e çështjeve dhe problemeve të paraqitura nga përdoruesit e shërbimeve;	57
3. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm në QSH	
a. Hartimi i planit strategjik të QSH (në funksion të objektivave të caktuara);	86
b. Identifikimi i problemeve dhe nevojave të qëndrës shëndetësore dhe komunitetit;	86
c. Përcaktimi i përparësive dhe objektivave si dhe marrja e vendimeve;	72
d. Identifikimi dhe manaxhimi i burimeve për zbatimin e planit strategjik;	72

e. Analiza e gjëndjes dhe e punës mbi bazën e të dhënave të mbledhura;	71
f. Ndjekja dhe rishikimi i planit në funksion të arritjes së objektivave.	57
4. Udhëheqja, negociimi, komunikimi	
a. Komunikimi me komunitetin dhe përfshirja e tij në vendim-marrje;	86
b. Marrja e vendimeve dhe delegimi;	86
c. Manaxhimi dhe vlerësimi i performancës.	72
d. Negociimi në të gjitha nivelet (përfshirë kontraktimin e PBS);	71
e. Komunikimi në të gjitha nivelet;	71
f. Udhëheqja dhe manaxhimi i marrëdhënieve në nivel vertikal dhe horizontal;	57
5. Manaxhimi i cilësisë në QSH	
a. Vlerësimi i rezultateve të arritura në QSH;	83
b. Ndjekja e indikatorëve të përcaktuar në kontratë (dhe indikatorëve të QSH);	72
c. Vlerësimi i raporteve me pacientet dhe i opinioneve të tyre mbi shërbimet;	71
d. Vlerësimi i gjëndjes në bazë të indikatorëve (zgjidhja e problemeve);	71
e. Vlerësimi i cilësisë së strukturës (aksesi, infrastruktura, kompetenca, siguria, etj);	71
f. Vlerësimi i cilësisë së proceseve në QSH;	57
6. Manaxhimi i sistemit të informacionit	
a. Përdorimi i informacionit për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve;	86
b. Raportimi periodik në përputhje me rregullat në fuqi;	72
c. Sigurimi i dokumentacionit të QSH dhe përdorimit korrekt të tij;	72
d. Mbikqyrja e zbatimit të programit të kompjuterizuar të SISH.	72
e. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave për të planifikuar, manaxhuar, monitoruar shërbimet dhe aktivitetet;	67
f. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave në zbatim të SISH miratuar nga MSH;	57
7. Manaxhimi i burimeve njerëzore në QSH	
a. Vlerësimi i punës dhe motivimi i anëtarëve të stafit të QSH;	86
b. Vlerësimi i nevojave për trainim dhe planifikimi i trainimeve përkatëse.	86
c. Përzgjedhja e stafit dhe mbajtja/plotësimi i dosjeve personale për çdo anëtar të tij	57
d. Planifikimi i personelit, që nevojitet për ofrimin e shërbimeve të kontraktuara;	57
e. Hartimi i “përshkrimit të punës” për stafin e QSH dhe ndjekja e zbatimit të tij;	43
f. Orientimi në procesin e punës për çdo anëtar të ri të stafit;	43

Aneksi 20: Informacion i detajuar për nevojën për trajnim për secilën nënfushe – ekonomistë të QSH

Në dy tabelat më poshtë fushat dhe nënfushat e trainimit janë renditur në varësi të rëndësisë së tyre sipas perceptimit të pjesëmarrësve në studim.

Tabela 1

Fushat e ndryshme	Nevoja për trainim (sipas sistemit të pikezimit në studim)
1. Manaxhimi financiar	21.42
2. Mikro-manaxhimi	17.50
3. Manaxhimi i sistemit të informacionit	16.64
4. Manaxhimi i cilësisë	16.48
5. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm	16.47
6. Udhëheqja, negocimi, komunikimi	15.03
7. Manaxhimi i burimeve njerëzore	13.54

Tabela 2

Fushat dhe nënfushat e trainimit	Perqindja e pjesëmarrësve që i vlerësojnë shumë të rëndësishme ose me rëndësi të konsiderueshme
1. Manaxhimi financiar në QSH	
a. Hartimi dhe manaxhimi i buxhetit të QSH dhe hartimi i bilancit përkatës;	94
b. Planifikimi dhe ndjekja e zbatimit efektiv dhe transparent të fondeve.	91
c. Përlogaritja e “bonuseve” për cilësi dhe performancë;	91
d. Raportimi financiar sipas kërkesave të ISKSH;	87
e. Planifikimi, mbledhja, përdorimi i të ardhurave nga shërbime/kontrata të ndryshme;	81
f. Planifikimi/mbikqyrja e procesit të dokumentacionit të arkëtimit/pagesave;	81
2. Mikro-manaxhimi në QSH	
a. Drejtimi i procesit të prokurimit në përputhje me rregullat në fuqi;	82
b. Manaxhimi i logjistikës (inventar, magazine, mirëmbajtje).	75
c. Zbatimi i rregullave të kodit të punës;	62
d. Hartimi dhe ndjekja e rregullores së brendshme të QSH;	59
e. Organizimi dhe drejtimi i punës në QSH;	56
f. Zgjidhja e çështjeve/problemeve të përdoruesve të shërbimeve;	44
3. Manaxhimi i sistemit të informacionit	
d. Raportimi periodik në përputhje me rregullat në fuqi;	72
e. Sigurimi i dokumentacionit të QSH dhe përdorimit korrekt të tij;	66
f. Mbikqyrja e zbatimit të programit të kompjuterizuar të SISH.	63

a. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave të nevojshme për të planifikuar, manaxhuar dhe monitoruar shërbimet dhe aktivitetet;	63
b. Mundësimi i mbledhjes së të dhënave sipas SISH miratuar nga MSH;	56
c. Përdorimi i informacionit për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve;	47
4. Manaxhimi i cilësisë në QSH	
a. Vlerësimi i gjëndjes në bazë të indikatorëve (dhe përcaktimi i zgjidhjeve);	78
b. Ndjekja e indikatorëve të përcaktuar në kontratë (dhe indikatorëve të QSH);	72
c. Vlerësimi i rezultateve të arritura në QSH;	60
d. Vlerësimi i cilësisë së proceseve në QSH;	58
e. Vlerësimi i cilësisë së strukturës (aksesi, infrastruktura, kompetenca, siguria, vazhdimësia);	50
f. Vlerësimi i raporteve me pacientet dhe i opinioneve të tyre mbi shërbimet;	32
5. Manaxhimi dhe planifikimi i përgjithshëm në QSH	
a. Identifikimi i problemeve dhe nevojave të QSH dhe komunitetit;	69
b. Ndjekja dhe rishikimi i planit në funksion të arritjes së objektivave.	64
c. Analiza e gjëndjes dhe e punës mbi bazën e të dhënave të mbledhura;	61
d. Hartimi i planit strategjik të QSH (në funksion të objektivave të caktuara);	60
e. Identifikimi dhe manaxhimi i burimeve për zbatimin e planit strategjik;	60
f. Përcaktimi i përparësive dhe objektivave si dhe marrja e vendimeve;	50
6. Udhëheqja, negociimi, komunikimi	
a. Manaxhimi dhe vlerësimi i performancës.	78
b. Negociimi në të gjitha nivelet (përfshirë kontraktimin e PBS);	78
c. Udhëheqja dhe manaxhimi i marrëdhënieve në nivel vertikal dhe horizontal;	53
d. Komunikimi në të gjitha nivelet;	50
e. Marrja e vendimeve dhe delegimi;	44
f. Komunikimi me komunitetin dhe përfshirja e tij në vendim-marrje;	41
7. Manaxhimi i burimeve njerëzore në QSH	
f. Vlerësimi i nevojave për trainim dhe planifikimi i trainimeve përkatëse.	53
d. Vlerësimi i punës dhe motivimi i anëtarëve të stafit të QSH;	50
c. Përzgjedhja e stafit dhe mbajtja/plotësimi i dosjes personale të çdo anëtari;	43
e. Orientimi në procesin e punës për çdo anëtar të ri të stafit;	43
b. Hartimi i “përshkrimit të punës” për stafin e QSH dhe ndjekja e zbatimit;	40
a. Planifikimi i personelit, që nevojitet për ofrimin e shërbimeve;	34

M. REFERENCA

1. **Kakarriqi E, Ylli A, 2009.** Study report on training needs assessment of public health professionals in Albania.
2. **Margot M, Cenko F, 2009.** Study report on training needs assessment for nurses and midwives in the primary health care sector, Albania.
3. **MSH, 2004.** Strategjia e zhvillimit të sistemit shëndetësor në Shqipëri.
4. **MSH, 2006.** Rregullore e përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor.
5. **MSH, ISKSH, 2007.** Statuti tip i qendrës shëndetësore.
6. **MSH, Pro Shendetit, 2009.** Paketa bazë e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor në Shqipëri. USAID.
7. **Nuri B, 2002.** Health care systems in transition: Albania, WHO.
8. **OBSH, 2007.** Building leadership and management capacity in health.
9. **OBSH, 2007.** Economics and financial management: what do district managers need to know?
10. **OBSH, 2008.** Report—Primary health care (Now more than ever).
11. **OBSH, 2008.** Strengthening management in low-income countries.
12. **OBSH, MSH, 2008.** Human resources country profile report (unpublished).
13. **PNUD, 2008.** Human development report.
14. **Pro Shendetit, 2007.** Raport: Nevojat për trainim dhe ndërtimi i kurrikulave në mbështetje të reformës në QSH të Shqipërisë. USAID.
15. **Pro Shendetit, 2009.** Health reform and financing in Albania: results achieved and tasks remaining. USAID.
16. **Pro Shendetit, 2009.** Reforma në kujdesin shëndetësor parësor: menaxhimi dhe financimi i qendrave shëndetësor (manual trajnimi për specialistët e DRSKSH-ve, drejtorët dhe ekonomistët e qendrave shëndetësore). USAID.