

**VENDIM**  
**Nr.405, datë 20.5.2020**

**PËR MIRATIMIN E STRATEGJISË SË ZHVILLIMIT TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI 2020-2025**

Në mbështetje të nenit 100 të Kushtetutës, me propozimin e ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Këshilli i Ministrave

**VENDOSI:**

1. Miratimin e Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020-2025, sipas tekstit bashkëlidhur këtij vendimi.
  2. Ngarkohen Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucionet e saj të varësisë si dhe njësitë e vetëqeverisjes vendore për zbatimin e këtij vendimi.
- Ky vendim hyn në fuqi pas botimit në Fletoren Zyrtare.

**KRYEMINISTËR**  
**Edi Rama**

**STRATEGJIA E ZHVILLIMIT**  
**TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI**  
**2020-2025**

**PJESA E PARË: KONTEKSTI STRATEGJIK**

1. Hyrja dhe qëllimi i dokumentit

Kujdesi Shëndetësor Parësor konsiderohet shërbim themelor në përpjekjet e Sistemit Shëndetësor Shqiptar për kontrollin e sëmundjeve dhe mbrojtjen e shëndetit të të gjithë qytetarëve.

Strategjia e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP) në Shqipëri ndërtohet për herë të parë, por është hartuar mbi një traditë të mirëkonsoliduar tashmë. Në të pohohet se pjesa dërrmuese e kontakteve që popullsia ka me sistemin shëndetësor realizohen në nivelin e Qendrave Shëndetësore dhe shumë probleme shëndetësore trajtohen nga mjekët e përgjithshëm ose edhe infermierët në strukturat e kujdesit shëndetësor parësor. Pavarësisht kësaj, ndryshimet demografike dhe epidemiologjike, pritshmëritë gjithnjë në rritje ndaj kujdesit shëndetësor, së bashku me rreziqet e larta të shtimit të pabarazive, kërkojnë më shumë mbështetje, përshtatje dhe reforma në kujdesin shëndetësor parësor.

Kjo strategji do të përcaktojë rrugën e përgatitjes së sistemit të kujdesit shëndetësor parësor që do të adresojë në mënyrë më të mirë dhe efikase nevojat shëndetësore e të gjitha komuniteteve dhe kategorive të popullatave. Akses më i mirë i komuniteteve vulnerabël në shërbimet e kujdesit shëndetësor do të arrihet nëpërmjet një integrimi më të mirë horizontal të profesionistëve të ndryshëm të specializuar, që punojnë në nivel komuniteti, si dhe integrimi vertikal (vijueshmëria e kujdesit midis KSHP dhe spitalit/specialiteteve të tjera të fushës). Sipas saj, do të krijohen modele të reja shërbimesh për të mbuluar nevojat më urgjente që janë identifikuar në nivel komuniteti, të tilla si parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve jo të trasmetueshme (SJT), shërbimi i kujdesit në familje për të moshuarit, modelet e kujdesit përmes teknologjisë digjitale, veçanërisht në zonat e thella, etj.

Gjithashtu, strategjia KSHP ka për qëllim të përmirësojë reputacionin, vetëvlerësimin dhe motivimin e punonjësve të Kujdesit Shëndetësor Parësor. Së fundmi, strategjia do të shërbejë për

të arritur vizionin politik të një sistemi Shëndetësor Kombëtar të orientuar ndaj mbulimit universal.

Strategjia paraqet një vizion të ri të KSHP duke përcaktuar prioritete, objektiva dhe ndërhyrje të qarta. Nuk detajon çdo aktivitet duke mundësuar ndryshimin gradual që nuk do të cenojë përfitimet e arritura tashmë nga sistemi dhe strukturat që janë funksionale.

## 2. Kuadri ligjor dhe institucional

2.1 Korniza e përgjithshme ligjore, mbi bazën e të cilës organizohet dhe realizohet strategjia.

Në bazë të ligjit nr. 10107, datë 30.03.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, KSHP në Shqipëri sigurohen përmes një rrjeti profesionistësh dhe institucioneve shëndetësore, bazuar në principet e Mjekësisë së Familjes, ndërkohe që Ministria aprovon rregullat për organizimin dhe funksionimin e këtyre shërbimeve. Ministria vendos mbi shpërdarjen e institucioneve të KSHP, mbi përbërjen e stafit, si dhe menaxhimin e llogaridhënien në çdo qendër shëndetësore.

Ligji nr.10 138, datë 11.5.2009 “Për Shëndetin Publik”, përcakton funksionet dhe shërbimet e shëndetit publik si dhe rolin e shtetit në shpërndarjen e përgjegjësive në mes të institucioneve. Një pjesë e shërbimeve të shëndetit publik ofrohen nëpërmjet institucioneve të KSHP.

Kjo strategji i jep përgjigje disa sfidave në kontekstin e ri të krijuar pas vendimit nr. 419, datë 4.7.2018, Për krijimin, mënyrën e organizimit dhe të funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, ka krijuar një bazë të re organizative dhe menaxheriale për KSHP. Operatori Kombëtar i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe degët rajonale të tij janë një realitet i ri në shëndetësi me përgjegjësi për organizimin dhe ofrimin e shërbimeve të KSHP, shëndetit publik, dhe ato spitalore.

Strategjia merr parasysh rregullat e financimit të shërbimeve dhe institucioneve të KSHP bazuar në vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 737, datë 5.11.2014, “Mbi financimin e shërbimeve publike të kujdesit shëndetësor në KSHP nga skema e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor”.

Gjithashtu, kjo strategji, përcakton edhe nevojën për adaptim të Paketës së shërbimeve shëndetësore, në KSHP publik që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor miratuar me vendim nr. 101 datë 4.2.2015.

Ndikim në mbështetjen e KSHP, sidomos lidhur me mirëmbajtjen e infrastrukturës së qendrave shëndetësore, ka edhe ligji nr. 8652, datë 31.7.2000, “Për organizimin dhe funksionimin e qeverisjes vendore” (ndryshuar me ligj nr .9208, datë 18.3.2004).

Strategjia e zhvillimit të KSHP ndërtohet gjithashtu në përputhje me dokumentat e tjerë të programit të Qeverisë së Shqipërisë, në veçanti me Strategjinë Kombëtare për Shëndetin 2016-2020, Plani i kontrollit të SJT 2016-2020, Plani i veprimit të Promocionit Shëndetësor 2017-2021, etj

Strategjia e Zhvillimit të KSHP 2020-2025 hartohet në përputhje me Strategjinë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim, 2015-2020 (Komponenti: ‘Investimi tek Kapitali Social’, dhe Synimi ‘Një sistem i kujdesit shëndetësor më i fortë dhe më i aksesueshëm’) sipas vizionit “Shqipëria – një demokraci në forcim, në rrugën drejt integritetit të saj në Bashkimin Europian, me një ekonomi konkurruese, të stabilizuar dhe të qëndrueshme, që garanton të drejtat themelore dhe liritë e njeriut”.

Kjo strategji është gjithashtu në linjë me standartet dhe dokumentet ndërkombëtare duke u bazuar në principet e mbulimit universal me kujdes shëndetësor sipas Kornizës Europiane të Organizatës Botërore të Shëndetësisë ‘Mbi ofrimin e integruar të shërbimeve shëndetësore’ 2016.

Ajo është një përgjigje e duhur lidhur me Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm (OZHQ-SDK) të Organizatës së Kombeve të Bashkuara:

Synimi 3. Sigurimi i jetës së shëndetshme dhe promovimi i mirëqenies për të gjithë në të gjitha moshat.

## 2.2 Sfida të qeverisjes, organizimit dhe kapaciteteve të sistemit të KSHP

Qeverisja dhe organizimi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri kanë për qëllim garantimin e llogaridhënies publike të institucioneve, inkurajimin në të njëjtën kohë të motivimit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe efikasitetin më të madh në ofrimin e shërbimit.

Vendi po i nënshtrohet reformave të rëndësishme strukturore: bashkimi i institucioneve të politikëbërjes shëndetësore dhe sociale në nivel kombëtar, një reformë institucionale që ka çuar në krijimin e institucioneve të reja, të tilla si Operatori Kombëtar i Kujdesit Shëndetësor me 4 drejtoritë e tij rajonale të cilat po marrin përsipër një seri funksionesh të planifikimit dhe administrimit të kujdesit shëndetësor në fushën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor. Këto zhvillime kanë pasuar një reformë të gjerë territoriale me integrimin e komuniteteve të vogla në bashki më të mëdha si dhe me një proces decentralizimi që synon të ofrojë më shumë fuqi dhe përgjegjësi në nivelin e qeverisjes vendore.

Gjatë dhjetëvjeçarit të fundit, ka pasur rritje të numrit të vizitave në shërbimet e KSHP duke u nxitur dhe nga nevojat shëndetësore në rritje, aksesin më i mirë në shërbime dhe ndryshime në sjelljen ndaj shëndetit. Sidoqoftë, edhe pse në vitin 2017 u realizuan 7,942,742 vizita në institucionet e KSHP me një mesatare prej 2.7 vizitash për banor në vit, treguesi mbetet i ulët në krahasim me vendet e tjera Europiane.

Në 413 qendrat shëndetësore në Shqipëri punojnë 1,538 mjekë të përgjithshëm, (numri i mjekëve specialistë është 287) dhe 6,864 infermierë e laborantë. Ndërkohë janë 1656 pozicione të planifikuara për mjekë dhe 7017 për infermierë. Mjekët e KSHP kryejnë mesatarisht 11.3 vizita në ditë, me diferencë të mëdha mes zonave urbane dhe zonave rurale.

Shpërndarja gjeografike e popullatës ka ndryshuar në mënyrë të konsiderueshme ndërkohë që organizimi territorial i KSHP nuk ka ndryshuar shumë gjatë 30 viteve të fundit. Qendrat shëndetësore dhe pikat ambulatorë janë të shpërndara në mënyrë të pabarabartë në mbarë vendin, ku qytetet e mëdha kanë qendra shëndetësore që mbulojnë një popullatë dhjetëfish më të madhe në krahasim me qendrat në zonat rurale. Në Tiranë apo qytete të tjera të mëdha, kapaciteti i qendrave shëndetësore është më i madh në kuptimin e personelit mjekësor dhe disa shërbimeve të veçanta, të tilla si: konsultori i fëmijës dhe gruas. Nevojitet një rishpërndarje territoriale e qendrave shëndetësore dhe, në mënyrë që të krijohen modele shërbimesh të reja gjithëpërfshirëse e të integruara të mjekësisë së familjes dhe mbështetjes sociale, në zona me nevoja më të mëdha dhe kapacitetet e duhura, do të pilotohet një nivel i ri i qendrës së kujdesit shëndetësor; Qendra e Mjekësisë Familjare.

Përmirësimi i qëndrueshëm i infrastrukturës së institucioneve të KSHP mbetet një sfidë për Shqipërinë. Sipas ligjit për Qeverisjen Vendore, Bashkitë janë përgjegjëse për ndërtimin, rehabilitimin dhe mirëmbajtjen e godinave të KSHP, së bashku me aktivitete të tjera të edukimit dhe promovimit në nivel vendor, por kjo funksionon vetëm në shume pak zona administrative. Në të vërtetë, shumica e QSH-ve dhe truallit janë në pronësi të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Ministria ka nisur një program investimesh në qendrat shëndetësore në mbarë vendin, por për të pasur rezultate të qëndrueshme, duhet mirëmbajtur infrastruktura e re dhe duhen përmirësuar vazhdimisht standardet në këtë fushë. Për këtë, ashtu sic është përmendur edhe më sipër në këtë dokument, nevojitet një angazhim i ri i bashkive lidhur me KSHP, harmonizimi i rolit të të gjithë aktorëve, si dhe sigurimi i burimeve të mjaftueshme në nivel të qeverisjes vendore dhe të institucioneve të KSHP, etj.

Studimet tregojnë se vështirësitë financiare për shkak të kujdesit shëndetësor kanë më shumë gjasa të ndodhin kur shpenzimet publike për shëndetin janë të ulëta në raport me Prodhimin e brendshëm bruto (PBB) dhe pagesat direkte nga xhepi përbëjnë një përqindje relativisht të lartë të shpenzimeve totale për shëndetin (Xu et al. 2003; Xu et al., 2007; WHO, 2010). Shpenzimet publike për shëndetësinë në Shqipëri përbëjnë 2.9% të PBB-së, krahasuar me mesataren prej 3.7% për vendet me të ardhura të mesme e të larta në Rajonin Europian të OBSH-së.

Përmirësimi i cilësisë në shërbimet shëndetësore është një proces i vazhdueshëm. Gjatë vitit 2018 ka pasur disa zhvillime të rëndësishme lidhur me cilësinë në SHKP në Shqipëri. Kështu, ka filluar procesi i akreditimit të Qendrave Shëndetësore dhe janë miratuar disa shtesa në Ligjin e

Kujdesit Shëndetësor, të cilat parashikojnë aplikimin e auditit klinik. Për realizimin e kësaj kërkese ligjore është e domosdoshme rishikimi dhe miratimi i udhërrefyesve e protokolleve klinike të bazuar në fakte dhe të zbatueshem në kushtet e vendit tonë.

### **2.3 Sfida të lidhura me tranzicionin epidemiologjik dhe menaxhimin e përshtatshëm të sëmundjeve jo të trasmetueshme**

KSHP në Shqipëri kanë qenë tradicionalisht të organizuara për të përballuar sfidat e shëndetit të nënës dhe fëmijës, dhe sot duhet të përshtaten me nevojat specifike të lidhura me shtimin e barrës së SJT.

Sëmundjet jo të trasmetueshme përbëjnë barrën më të madhe për sistemin shëndetësor shqiptar dhe gjithë shoqërinë shqiptare. Ato janë shkaku më i rëndësishëm i vdekjeve të parakohshme dhe i humbjes së viteve të jetës së shëndetshme në vendin tonë. Ky grup sëmundjesh ka pësuar një rritje sinjifikante gjatë dy dekadave të kaluara, një trend që pritet të vazhdojë dhe në të ardhmen si pasojë e rritjes së jetëgjatësisë dhe moshimit të popullatës shqiptare. Një pjesë e rëndësishme e këtyre sëmundjeve mund të menaxhohen dhe kontrollohen pranë KSHP, në mënyrë më kosto efektive dhe pa qenë e nevojshme shtrimi apo trajtimi në spital. Numrin më të madh të rasteve të regjistruara pranë KSHP e përbëjnë dy grupe sëmundjesh; sëmundjet e qarkullimit të gjakut, apo kardiovaskulare (ku shumicën dërrmuese e përbën hipertensioni) me pothuaj 389 000 raste dhe ato endokrine (ku shumicën dërrmuese e përbën diabeti) me rreth 135 000 raste.

Duhet nënvizuar se disa probleme shëndetësore kronike si hipertensioni dhe diabeti, megjithëse klasifikohen si sëmundje të mirëfillta, shpesh konsiderohen edhe si faktorë risku për sëmundjet e tjera të qarkullimit të gjakut, që janë kërcënuese për jetën. Për këtë arsye përmes kontrollit të tyre mund të parandalohen, si barra e këtyre sëmundjeve në sistemin shëndetësor, ashtu edhe vitet e pashëndetshme të jetës dhe vdekjet e parakohshme. Që të jetë efektiv, kontrolli i tyre duhet të jetë gjithëpërfshirës; parandalim primar përmes mbështetjes së jetës së shëndetshme, diagnostikim i hershëm dhe menaxhim i mirë përmes këshillimit dhe mjekimit.

Në Shqipëri vërehet një rritje e qëndrueshme e rasteve të trajtuara pranë shërbimeve të KSHP për hipertensionin dhe diabetin. Programi i kontrollit shëndetësor bazë për personat 35-70 vjeç ka kontribuar në mënyrë sinjifikative për rritjen e identifikimit dhe ndjekjes së këtyre dy problemeve shëndetësore në KSHP. Kështu, për vitin 2015 (kur ka filluar ky program) vërehet një rritje prej mbi 30% për diabetin dhe mbi 12% për tensionin e lartë arterial, krahasuar me vitin paraardhës (Raporti i SJT 2018). Megjithatë, Studimi Demografik e Shëndetësor (ADHS 2018) dëshmon një prevalencë shumë të lartë të hipertensionit të pakontrolluar në popullatë, ndërkohë që ende një pjesë shumë e madhe e individëve me hipertension nuk janë të ndërgjegjshëm për këtë. Duket se identifikimi i hershëm dhe menaxhimi efektiv i hipertensionit është një sfidë parësore për KSHP në Shqipëri.

Gjithashtu, KSHP duhet të përshtatet me nevojat specifike të popullatave vulnerabël (të moshuar të izoluar, personat me aftësi të kufizuara, komuniteti rom, etj.) Ata janë më shumë të ekspozuar ndaj rreziqeve shëndetësore dhe janë kategoritë më pak të mbrojtura nga pasojat negative të këtyre rreziqeve. Aktualisht, shërbimet e KSHP për grupet e cënueshme janë të ndara nga shërbimet sociale. Të dyja shërbimet duhet të jenë më të koordinuara dhe më të integruara.

### **2.4 Metodologjia e ndërtimit të strategjisë**

Ky dokument strategjik është bazuar në një analizë shumë dimensionale të sistemit të KSHP në Shqipëri dhe faktorëve të lidhur me të. Në këtë kuadër, në mënyrë specifike është kryer një vlerësim i KSHP bazuar në modelin e 'WHO European Framework for Action on Integrated Health Service Delivery' dhe në instrumentat e monitorimit të propozuar nga Qendra Europiane e OBSH për KSHP. Janë kontaktuar dhe intervistuar në 46 qendra shëndetësore e ambulanca në zona të ndryshme të Shqipërisë 73 profesionistë shëndetësorë të KSHP (drejtorë, mjekë, infermierë), të cilët mbulonin një popullatë prej më shumë se 180 000 banorësh. Gjithashtu janë intervistuar 25 informues kyç në 15 institucione relevante në nivel qendror dhe dhe lokal.

Strategjia është ndërtuar gjatë një pune 6 mujore nga një grup ndër-disiplinar me specialistë të fushave të ndryshme të KSHP. Puna e grupit është mbështetur nga ekspertë ndërkombëtarë të fushës.

### **3. Vizioni i strategjisë mbi shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri**

#### **3.1 Vizioni i KSHP:**

Shërbime të KSHP që mbrojnë dhe përmirësojnë shëndetin e komunitetit duke parandaluar sëmundjet, duke ofruar shërbime të bazuara në fakte, duke trajtuar në mënyrë proaktive pabarazitë, nëpërmjet mbulimit të grupeve vulnerabël, dhe duke reduktuar nevojën për shërbime të shmangshme spitalore. Shërbimet ofrohen pavarësisht gjinisë, kombësisë apo statusit ekonomik.

Parimet/vlerat mbi të cilat bazohen shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor

- Respekti për pacientin/ qytetarin: Në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor, të gjithë trajtohen me vëmendjen, mirësjelljen dhe kujdesin e duhur; shërbimet përqëndrohen te pacientët dhe ata mbështeten për shëndetin e tyre;

-Puna në ekip: Personeli i kujdesit shëndetësor bashkëpunon për të siguruar transparencën dhe për të bërë më të mirën për pacientët e tyre.

-Cilësia: Praktika bazohet në parimin e mjekësisë bazuar në fakte dhe synon përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.

-Gjithpërfshirja: Komunitetet dhe konsumatorët përfshihen në menaxhimin strategjik dhe në vlerësimin e performancës të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor.

-Vijimësia e kujdesit: shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor garantojnë lidhjen dhe koordinimin me nivelet e tjera të sistemit shëndetësor, me komunitetin dhe shërbimet sociale.

-Kosto-efektiviteti: në kujdesin shëndetësor parësor priorizohen shërbime dhe praktika klinike që ofrojnë kontroll të problemeve shëndetësore me koston më të ulët.

#### **Synimet e Strategjisë**

Kjo strategji ka për qëllim :

-Të rrisë cilësinë dhe spektrin e shërbimeve në KSHP, çka do të sjellë:

-uljen e numrit të referimeve në shërbimet sekondare, terciare dhe në shërbimet e urgjencës;

-rritje të kënaqësisë së pacientëve; dhe

-rritje të reputacionit të mjekëve të familjes.

-Të ofrojë shërbime shëndetësore dhe sociale të integruara për t'iu përgjigjur nevojave individuale të individëve dhe grupeve në nevojë;

-Të përmirësojë aksesin për marrjen e shërbimeve dhe sigurojë kujdes shëndetësor të koordinuar e në vijimësi nëpërmjet bashkëpunimit me mjekun specialist;

-Të përgatisë sistemin shëndetësor për sfidat e mundshme, përfshirë rritjen e nevojave për shërbime dhe përballjen me mungesë të personelit shëndetësor duke promovuar rolin e infermierëve në qendrat shëndetësore të KSHP dhe infermierët në komunitet.

#### **3.2 Treguesit e ndikimit të strategjisë**

1. Rritje me 1 vit të jetgjatësisë së shëndetshme (vitet e jetës pa sëmundje) ;

2. Rritje me 10% e përdoruesve (numrit të vizitave) të shërbimeve të KSHP ;

3. Ulje me 5% e shtrimeve në spital të rasteve me sëmundje të trajtueshme në KSHP (Hipertension, diabet, astma, SPOK, depression etj) ;

4. Ulje me rreth 10% e proporcionit të personave që nuk e përdorin KSHP megjithëse kanë nevojë për shërbimet, në kategori të caktuara të popullatës.

### **PJESA E DYTË: QËLLIMI I POLITIKAVE DHE OBJEKTIVAT SPECIFIKE TË STRATEGJISË**

Fushat e prioritetit strategjik për zhvillimin e KSHP në Shqipëri

Janë identifikuar 9 politika prioritare për zhvillimin e KSHP në Shqipëri:

1. Forcimi institucional për një qeverisje më të mirë të KSHP;

2. Burimet njerëzore në sistemin e KSHP;

3. Infrastruktura dhe teknologjia shëndetësore në institucionet e KSHP;

4. Sistemi i informacionit të KSHP;
5. Shërbimet bazë të KSHP për Mbulimin Shëndetësor Universal;
6. Financimi dhe kontraktimi për Mbulimin Shëndetësor Universal;
7. Përcaktimi, pilotimi i tipeve të reja të shërbimeve dhe rishpërndarja gjeografike;
8. Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë së shërbimeve të KSHP;
9. Menaxhimi i institucioneve të KSHP.

Për secilën politikë prioritare, është paraqitur një analizë e shkurtër e nevojave, janë përcaktuar, objektivat e përgjithshëm dhe specifikë, si dhe listuar ndërhyrjet apo aktivitetet për ndryshim. Për çdo objektiv janë parashikuar gjithashtu disa tregues kryesorë të performancës dhe rezultate të pritshme.

### 3.2 Politika 1. Forcimi institucional për një qeverisje më të mirë të KSHP

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Qeverisja dhe organizimi i institucioneve të KSHP kanë të bëjnë me rregullat e tyre të funksionimit, menaxhimit, marrëdhëniet ndër-institucionale brenda dhe jashtë sistemit shëndetësor, normat e shpërndarjes në terren, si dhe me funksionimin e integruar të të gjitha shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor për të mundësuar ofrimin e paketës së cilësisë më të mirë të kujdesit duke marrë parasysh burimet e vendit.

Reforma në organizimin e kujdesit shëndetësor ka cuar në krijimin e institucioneve të reja, të tilla si Operatori Kombëtar i Kujdesit Shëndetësor me 4 drejtoritë e tij rajonale të cilat po marrin përsipër një seri funksionesh të planifikimit dhe administrimit të kujdesit shëndetësor në fushën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor. Duke qenë se këto janë institucione të sapokrijuara, është e nevojshme që ato të forcohen në funksion të planifikimit dhe administrimit më të mirë të sistemit të KSHP. Gjithashtu, roli i tyre do të zgjerohet më tej, duke kaluar nga kontrolli, në mbështetjen e institucioneve ofruese të KSHP. Për më tepër, Strategjia Kombëtare për Shëndetësinë 2020 përcakton që bashkitë duhet të kenë më shumë kompetenca dhe të jenë më përgjegjëse për çështje të tilla si: planifikimi i rrjetit të institucioneve të KSHP, duke përfshirë rehabilitimin e ambienteve, blerjen e pajisjeve.

Integrimi i kujdesit shëndetësor me mbështetjen sociale është realizuar tashmë në nivelin qendror të menaxhimit shëndetësor. Integrimi do të shtrihet deri te shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, veçanërisht duke mbajtur parasysh që qeveria ka prioritet të ofrojë mbulimin universal, pra të trajtojë personat më vulnerabel me një paketë bazë shërbimesh. Shërbimet tradicionale të kujdesit shëndetësor parësor do të përvetësojnë më shumë elementë të mbrojtjes sociale, duke përmirësuar njëkohësisht koordinimin midis sistemit shëndetësor dhe shërbimeve sociale në nivel bashkiak. Ndërkohë reforma e gjerë territoriale ka cuar në integrimin e komuniteteve të vogla në bashki më të mëdha si dhe pritet të sjellë një proces decentralizimi që synon të ofrojë më shumë fuqi dhe përgjegjësi në nivelin e qeverisjes vendore, përfshi këtu edhe përgjegjësi në fushën e shëndetësisë

Misioni i KSHP nënkupton fokusin te shëndeti i komunitetit dhe jo vetëm në shëndetin individual. Një pjesë e rëndësishme e shërbimeve të ofruara në institucionet e KSHP duhet të synojnë parandalimin e sëmundjeve dhe promocionin shëndetësor. Shumë programe të shëndetit publik, si për kontrollin e sëmundjeve të transmetueshme dhe atyre kronike (vaksinimi, edukimi, survejanca, depistimi) mund të arrijnë komunitetet vetëm nëpërmjet shërbimeve të KSHP. Efikasiteti i marrëdhënieve midis njësive të reja vendore të kujdesit shëndetësor dhe qendrave shëndetësore do të përmirësohet më tej në fushën e parandalimit të sëmundjeve dhe vlerësimit të grupeve vulnerabel apo të rrezikuara.

**Objektivi i përgjithshëm i politikës 1: Përmirësimi i kapacitetit institucional për qeverisje më të mirë të KSHP me përfshirjen e gjithë institucioneve me ndikim.**

#### 3.2.1 Objektivi specifik 1 i politikës 1

Të rrisim kapacitetet organizative të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Operatorit të Shërbimit Shëndetësor në nivel qendror, rajonal dhe vendor lidhur me planifikimin strategjik dhe monitorimin e performancës së KSHP.

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Kryerja /hartimi i planeve strategjike të zhvillimit institucional së bashku me një plan të zhvillimit Institucional (Plan Biznesi) për Operatorin Kombëtar (OK)/4 Operatorët Rajonale (OR) që do të përfshijnë:

-Misionin, vizionin dhe objektivat e secilës organizatë;

-Zhvillimin dhe konsolidimin e strukturave dhe të sistemeve përkatëse;

-Përcaktimin e programeve dhe të shërbimeve;

-Zhvillimin e kapaciteteve të personelit;

-Buxhetin;

-Kapacitetet komunikuese.

-Zhvillimi me përparësi i kapaciteteve për monitorimin dhe matjen e performancës së shërbimeve të Kujdesit Parësor. Kjo do të përfshijë veçanërisht:

-Modelet e treguesve dhe të dhënave të standartizuara lidhur me monitorimin e performancës së shërbimeve të KSHP;

-Metodologjinë operacionale lidhur me mbështetjen e auditeve klinike për qendrat shëndetësore;

-Mundësimin e një kulture të vlerësimit në ekip, transparencës dhe feedback-ut.

Ndërtimi dhe konsolidimi i një sistemi të integruar të informacionit shëndetësor në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor dhe të shërbimeve të shëndetit publik. Për këtë qëllim, është e nevojshme të arrihet një marrëveshje me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor mbi rolet, bashkëpunimin dhe shmangien e informacionit të duplikuar të mbledhur nga qendrat shëndetësore. Ky sistem i informacionit shëndetësor do të lejojë një njohje të shpejtë dhe dinamike të situatës së treguesve shëndetësor dhe të shërbimeve, duke bërë të mundur që Operatori dhe strukturat e tij të planifikojnë ndërhyrje në varësi të nevojave reale. Gjithashtu, sistemi i informacionit do të bëjë të mundur kthimin e të dhënave të përpunuara (feed-back) në nivelin e qendrave shëndetësore dhe të njëjësive vendore, me qëllim që këto të fundit të krahasojnë treguesit shëndetësor dhe ato të performancës dhe të marrin masat e nevojshme për përmirësimin e tyre të mëtejshëm.

Fuqizimi i infrastrukturës për Operatorin. Operatori dhe degët e tij rajonale do të plotësohen me personelin e nevojshëm. Forcimi i kapaciteteve njerëzore dhe krijimi i një kulture të punës në ekip do të jenë objektiva imediate, me qëllim që strukturat e reja të Operatorit të realizojnë funksionet e tyre në nivel optimal. Njëkohësisht, operatori do të pajiset me të gjitha kapacitetet e nevojshme infrastrukturore dhe logjistike për kryerjen e detyrave dhe realizimin e misionit të tij.

Koordinim më i mirë i shërbimeve të kujdesit parësor me shërbimet sociale.

### **Rezultatet e pritshme**

-OKSH-ja ka kapacitetin e mjaftueshëm institucional për hartimin e planeve strategjike shëndetësore rajonale e vendore duke mundur pjesëmarrjen e QSH-ve dhe aktorëve të tjerë dhe duke ofruar orientim për procesin;

-Ndërtohet dhe konsolidohet sistemi i informacionit shëndetësor nga qendrat shëndetësore deri tek Operatori, në mbështetje të procesit të hartimit të planeve strategjike dhe operacionale dhe në mbështetje të përmirësimit të treguesve shëndetësor dhe të performancës të ofruesve të shërbimeve;

-Ndërtohet dhe funksionon infrastruktura dhe kapacitetet e Operatorit Kombëtar dhe agjensive të tij;

-OKSH-ja realizon integrimin e masave parandaluese të shëndetit publik dhe monitorimin e SJT-ve brenda sistemit të KSHP;

-Ndërtohet dhe funksionon një model për monitorimin e performancës së KSHP.

#### 3.2.2 Objektivi specifik 2 i politikës 1.

Të forcojmë, përmirësojmë dhe zgjerojmë kapacitetet e rrjetit të institucioneve të Shëndetit Publik

### **Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme**

-Përcaktimi i roleve institucionale, që do të siguronin mbështetje më të mirë të QSH-ve nga ana e njësive vendore të kujdesit shëndetësor në fushën e shëndetit publik; promovimi shëndetësor, vaksinimi, depistimi i kancereve, survejanca e sëmundjeve të transmetueshme dhe jo të transmetueshme, parandalimi i shpërthimeve epidemike, kryerja e kontrollit bazë shëndetësor, vlerësimi i riskut për SJT-të, dhe identifikimi i grupeve të cënueshme;

-Përshtatja e informacionit mbi gjendjen shëndetësore dhe aftësinë e kufizuar në mënyrë të tillë, që të lejojë vlerësimin e shëndetit jo vetëm sipas kategorive demografike, por edhe sociale, (p.sh. të pastrehët/ të papunët), etnike dhe kulturore (p.sh., komuniteti rom);

-Fuqizimi i kapaciteteve për kërkime operacionale në fushat e shërbimeve parandaluese dhe të kujdesit shëndetësor parësor, veçanërisht aplikimin e metodave cilësore të vlerësimit, për të kuptuar dhe adresuar vështirësitë që hasin grupet vulnerabel në marrjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor;

-Standartizimi i kapaciteteve laboratorike të shëndetit publik në mbështetje të parandalimit dhe kontrollit të sëmundjeve të transmetueshme me potencial epidemik dhe të risqeve mjedisore;

-Ngritja, konsolidimi dhe bërja funksionale e programeve të parandalimit të sëmundjeve kronike, sipas përparësive të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë dhe integrimi i tyre në strukturat e kujdesit shëndetësor parësor, me përfshirje të veçantë të infermierëve dhe personelit tjetër shëndetësor;

Rezultatet e pritshme:

-Përgjegjësitë institucionale lidhur me shëndetin publik janë të bashkërenduara e funksionale midis ISHP, OK, Njësive Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NjVKSh) dhe QSH-ve;

-Prioritetet e shëndetit publik identifikohen dhe integrohen më mirë në praktikatat e KSHP;

-Aplikohen mjete dhe forma të reja bashkëpunimi mes KSHP dhe NjVKSh.

#### **3.3.3 Objektivi specifik 3 i politikës 1**

#### **Të rrisim rolin e njësive të qeverisjes vendore (NjQV) në mbështetje të KSHP**

#### **Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme**

-Intensifikim i bashkëpunimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e strukturave në vartësi të saj, me organet e Qeverisjes Vendore me synim përfshirjen më të madhe dhe rritjen e kapaciteteve të qeverisjes vendore në proceset e planifikimit, projektimit dhe zbatimit të projekteve të mirëmbajtjes së infrastrukturës së shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor;

-Rishikimi i rolit, buxhetit dhe sigurimi i mbështetjes nga ana e bashkive për mirëmbajtjen e QSH-ve në territorin e tyre, bazuar në legjislacionin ekzistues;

-Mobilizimi i qeverisjes vendore për të kontribuar në mënyrë aktive në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të komuniteteve të tyre, përmes organizimit të programeve të përbashkëta të promovimit shëndetësor me NjVKSh;

-Fuqizimi i bashkëpunimit midis Operatorit dhe NjQV lidhur me koordinimin e shërbimeve të mbrojtjes sociale që ofrohet në nivel Bashkie me atë që ofrohet në nivelin e qendrave të kujdesit shëndetësor.

#### **Rezultatet e pritshme**

-NjQV-të janë më të angazhuara në proceset e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor; NjQV-të përfitojnë nga dispozitat ligjore dhe buxhetet përkatëse për t'i ofruar QSH-ve mbështetje të qëndrueshme;

-Qendrat e Kujdesit Parësor sigurojnë mirëmbajtje efikase të infrastrukturës së tyre përmes mbështetjes administrative, financiare dhe teknike të NjQV-ve;

-Shërbimet sociale në varësinë e Bashkive ofrojnë shërbime në koordinim të ngushtë me shërbimet sociale të ofruara në nivelin e qendrave shëndetësore.

Ndryshimi strategjik: Rol më i madh qeverisës i Operatorit Shëndetësor dhe Njësive Vendore të Kujdesit për shërbimet e KSHP. Nivel i ri bashkërendimi institucional dhe rritje e qëndrueshme e funksioneve të lidhura me shëndetin komunitar në shërbimet e KSHP



### **Tregues rezultati për politikën 1**

- 100% e OKSH rajonale kanë përgatitur plane biznesi dhe janë pajisur me instrumenta të monitorimit të punës në KSHP;

- 50% e qendrave shëndetësore vlerësojnë në mënyrë sistematike grupet sociale më në nevojë dhe mbështeten nga OKSH dhe institucionet e shëndetit publik të ndërtojnë plane ndërhyrje të integruar në komunitet;

- 100 QSH përfitojnë mbështetje për mirëmbajtjen nga NJQV.

#### **3.3. Politika 2. Burimet njerëzore në sistemin e KSHP**

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Një personel i motivuar dhe në përshtatje me detyrat është thelbësor për ofrimin e shërbimeve më cilësore të kujdesit shëndetësor parësor. KSHP në Shqipëri ka nevojë për personel të shpërndarë sipas nevojave shëndetësore të komunitetit, i aftë të përshtatet me kërkesën gjithnjë e më komplekse dhe në rritje për shërbime të kujdesit shëndetësor nxitur nga ndryshimet e shpejta demografike, epidemiologjike dhe sociale. Asnjë reformë nuk do të mund të arrijë qëllimet e saj pa adresuar hendekun dhe nevojat lidhur me burimet njerëzore, në veçanti të mjekëve dhe infermiereve që punojnë në këtë sektor.

Personeli i KSHP përballet me disa çështje kyçe:

Shumica e mjekëve që punojnë në KSHP janë mjekë të përgjithshëm dhe jo mjekë të specializuar të familjes. Edukimi pas-universitar për Mjekësinë e Familjes nuk përfiton nga të drejtat e ngjashme që gëzojnë specialitetet e tjera, që e vështirëson ndjekjen e formimit të specializuar të mjekësisë së familjes nga një mjek i përgjithshëm. Ndërkohë ka shumë kategori të disponueshme në nivel të qendrave shëndetësore për punonjësit shëndetësorë (MP për fëmijë, MP për të rritur, MP për të gjitha moshat, mjekë për fëmijë të shëndetshëm në konsultore, mjekë për gra të shëndetshme në konsultore, specialistë, etj.), nuk ka përshkrime/profile të qarta të vendeve të punës për kategoritë e ndryshme të personelit shëndetësor (mjekë dhe infermiere). Prania e kategorive të shumta të profesionistëve shëndetësorë në QSH-të mund të çojë në fragmentimin e shërbimeve të KSHP dhe nevojitet më shumë harmonizim dhe mënjanim të ndarjeve tradicionale mes specialiteteve (psh mjekë pediatër që marrin përsipër të rritur dhe anasjelltas) me një fokus të mjekësisë e gjithë familjes, si dhe një kategorizim i ri sipas standardeve ndërkombëtare.

Trajnimi bazë si për mjekët ashtu edhe infermierët e KSHP zhvillohet në spitale, duke pasur pak mundësi për të hasur probleme shëndetësore specifike të KSHP.

Kurse të edukimit të vazhdueshëm mjekësor (EVM) përshtaten më shumë me profilin e shoqatave që i ofrojnë ato se sa me nevojat reale të punonjësve shëndetësorë të institucioneve të KSHP. Shpesh, ato realizohen në kuadër të aktiviteteve, konferencave dhe kanë një kohëzgjatje tepër të shkurtër. Nuk ka ofrues afatgjatë dhe të përhershëm të EVM në nivel kombëtar me fokus të zbatimi i udhërrefyesve, protokolleve dhe standardeve të reja klinike. Gjithashtu, mungojnë dhe kurse trajnimi në menaxhimin e KSHP ndërkohë që ka një nevojë në rritje për mjekët menaxherë të QSH-së. Institucionet e KSHP dhe ofrues të tjerë shëndetësorë nuk po investojnë mjaftueshëm në trajnimin e profesionistëve të tyre shëndetësorë. Shërbimet e reja që duhet të zhvillohen në kuadër të kësaj strategjie, kërkojnë edhe hartimin e udhëzuesve dhe protokolleve të praktikave, dhe profesionistët shëndetësor do të duhet të trajnohen mbi njohuritë dhe aftësitë e reja.

Ajo çfarë bie në sy në sistemin e KSHP është një numër i madh infermiereve, edhe pse shpërndarja e tyre varion shumë (nga 7,2 në 34,7 për 10 000 banorë). Potenciali i tyre për të përmirësuar kapacitetin e KSHP dhe aktivitetet parandaluese në komunitet, aktualisht nuk po shfrytëzohet si duhet. Paketa e shërbimeve bazë në Kujdesin Shëndetësor Parësor përshkruan përgjithësisht kompetencat e kërkuara për mjekët e familjes, por jo për infermierët. Është e nevojshme që të përmirësohet formimi i infermiereve dhe rishikimi i rolit të tyre, në mënyrë që ato të marrin përsipër detyra të reja dhe të luajnë një rol më të madh në ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit të komuniteteve.

Trysnia e migrimit të jashtëm e të brendshëm mbetet një kërcënim për të ardhmen duke u reflektuar në uljen e numrit të mjekëve në shërbimin shëndetësor parësor. Gjithashtu ka një ulje të madhe të mjekëve të cilët zgjedhin të specializohen në Mjeksinë e Familjes (në 2019 veç 2 mjekë kanë zgjedhur Mjeksinë e Familjes). Gjithashtu, specializimi në Mjeksinë e Familjes bazohet vetëm në praktikën spitalore, dhe nuk ka arritur të lidhet me praktikën në shërbimin primar. Sfidat do të adresohen me instrumente që synojnë të rrisin cilësinë e kualifikimit, motivimin dhe performancën; gjithashtu do të vijojë të mbështetet prania e mjekëve të përgjithshëm në zonat e thella.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 2: Mbështetja e zhvillimit të burimeve njerëzore të qëndrueshme e cilësore në fushën e KSHP

### **3.3.1. Objektivi specifik 1 i politikës 2**

Të mbështesim mjekët e përgjithshëm për t'u bërë mjekë familje

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme:

- Ngritja e një programi të akredituar trajnimi afatmesëm dhe pa shkëputje nga puna për mjekët e përgjithshëm nën 45 vjeç, që do të zhvillohet në disa faza (program urë në mjekësi familje). Ky program do të rrisë aftësitë klinike të mjekëve të përgjithshëm duke synuar mbulimin e spektrit të shërbimeve që priten të ofrohen nga mjeku i familjes sipas standardeve Europiane;

- Aplikim i politikave për të inkurajuar të diplomuarit e rinj që të bëhen mjekë familje; trajtim i njëjtë me specialitetet e tjera mjekësore, kritere prioritare të rekrutimit për mjekët me specializim, aplikimi i Incentivave të zhvillimit profesional për mjekët e familjes, përfshi mundësinë për thellimin në një subspecialitet, harmonizim me mjekësinë e punës për të lejuar punë me dy kontrata, pagesa gjatë programit të specializimit etj;

- Reduktimi i fragmentimit të modeleve ekzistuese të ofrimit të KSHP (fëmijët dhe gratë, të rritur, etj.); bashkërendimi i kategorive të ndryshme për profesionistët e KSHP me standarde ndërkombëtare (ILO-përshkrimi i kategorive të personelit). Një numër më i vogël mjekësh do të jenë të aftë të ofrojnë shërbimet pediatrike, konsultorin e nënës dhe fëmijës, kujdesin prenatal, shëndetin mendor, të mbulojnë shërbimin e urgjencës etj. Gjithashtu, infermierët dhe mamitë do të marrin një rol më të madh në mjekësinë parandaluese, mirërritjen e fëmijës apo ndjekjen e gruas shtatzanë;

#### **Rezultatet e pritshme:**

- Në vitin 2025, 50% e mjekëve që punojnë në KSHP do të jenë mjekë të mjekësisë së familjes;

- Dallimi ndërmjet kategorive të ndryshme të mjekëve të familjes është zvogëluar

- Mjekë të familjes të motivuar profesionalisht, cilësi më e lartë shërbimesh për pacientët;

- Një numër më i madh mjekësh të rinj që zgjedhin mjekësinë e familjes.

### **3.3.2. Objektivi specifik 2 i politikës 2**

Të përmirësojmë programet bazë të edukimit për profesionistët e KSHP

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme:

- Përshtatja e trajnimit të profesionistëve të KSHP duke u krijuar atyre mundësinë që të trajnohen në kushte të ngjashme me praktikën e përditshme të QSH-ve (përgatitje e trajnuesve nga QSH të përzgjedhura);

- Krijimi i një programi master për infermierët e familjes dhe komunitetit (në kuadër të projektit HAP 2);

- Ngritja e një rrjeti Qendrash Universitare (të ekselencës) të Mjekësisë së Familjes si një mbështetje për të përmirësuar formimin profesional të mjekëve dhe infermiereve në programet universitare dhe pasuniversitare të mjekësisë së familjes. Kjo nënkupton promovimin e qendrave shëndetësore të përzgjedhura në nivel qendrash universitare ku ofrohen shërbime shëndetësore dhe ku studentët e ciklit të parë dhe të dytë realizojnë praktika universitare nën drejtimin dhe mbikqyrjen e mjekëve dhe infermiereve të familjes. Kjo formë e re edukimi do të mund të realizohet nga bashkëpunimi mes Ministrisë dhe Universitetit të Mjekësisë. Ngritja e qendrës së

parë do të realizohet në formë ndërhyrje pilot dhe përvoja e fituar do të bëjë të mundur shtrirjen e mëtejshme të modelit;

- Ngritja e programeve pasuniversitare të formimit afatgjatë për mjekët e përgjithshëm dhe të familjes, duke krijuar module trajnimi për aftësi të reja (urgjenca mjekësore, konsultori i nënës dhe fëmijës, kujdesi prenatal, kujdesi paliativ, shëndeti mendor, kujdesi në familje, menaxhimi i rastit, etj.);

- Ngritja e nivelit të arsimimit gjatë specializimit në Mjekësinë e Familjes; specializantët do të kenë përgjegjësi kujdesi për pacientët veçanërisht në mjekësi interne dhe urgjencë, 1 vit eksperiencë klinike në mjekësi interne, 6 muaj në urgjenca dhe 1 vit në qendrat e ekselencës së Mjekësisë së Familjes apo dhe në qendra të tjera të akredituara në mësimdhënie.

#### **Rezultatet e pritshme:**

- 70% e mjekëve të përgjithshëm të kualifikuar si mjek familje në vitin 2025 do të jenë praktikuar në QSH gjatë programit të tyre bazë të edukimit;

- Mjekë dhe infermierë të familjes bëhen trajnues në edukimin bazë të profesionistëve të KSHP;

- 50 infermierë të familjes që operojnë në KSHP do të kenë përfunduar Programin e ri Master të infermieristikës në familje dhe në komunitet.

#### **3.3.3.Objektivi specifik 3 i politikës 2**

Të përmirësojmë rolin e edukimit të vazhdueshëm për të mbështetur zhvillimet kritike në ofrimin e shërbimeve të KSHP

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme:

- Shtimi i ofrimit dhe zgjerimi i gamës së aktiviteteve të edukimit të vazhdueshëm. Përshtatja e kurrikulës dhe aktiviteteve formuese të EV me nevojat reale të KSHP (profile të reja - p.sh. kujdesi në familje/paliativ/aftësi për shëndetin mendor/udhëzues për vlerësimin dhe kontrollin e rreziqeve të SJT-ve dhe monitorimi i SJT-ve, etj.);

- Mbështetja e QSH-ve për krijimin e mundësive të EV në vendin e punës, psh informimi në grupet e kolegëve. Shtrirja e grupeve të kolegëve në të gjitha qendrat shëndetësore me synim që të shtohen kapacitetet për edukim në vazhdim në vendin e punës si edhe që të rritet vetë-besimi i profesionistëve të kujdesit parësor. Nxitja dhe mbështetja për krijimin dhe funksionimin e grupeve mikse të kolegëve (mjekë dhe infermierë) do t'i japë një shtysë të mëtejshme punës në ekip dhe arritjes së rezultateve më të kënaqshme për përdoruesit e shërbimeve;

- Futja e normave të edukimit të vazhdueshëm për menaxherët e KSHP. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale do të ndërtojë një sistem të kombinuar edukimi në vazhdim për mjekët administratorë dhe menaxherët e institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (por jo vetëm), me synim rritjen e kapaciteteve menaxheriale të ekipeve drejtuese të qendrave shëndetësore;

- Do të përpunohen mekanizma për krijimin e mundësive për financim të qëndrueshëm për trajnimet e EV (p.sh. lidhje e EV me të ardhurat dytësore);

- Në çdo rajon do të promovohet një numër minimal Qendrash Shëndetësore për ofrimin e trajnimeve të EV-së në secilin rajon, deri në funksionimin e plotë të rrjetit të Qendrave të Ekselencës (Universitare) të Mjekësisë së Familjes. Këto qendra do të mbështeten në mënyrë periodike me ekspertë klinikistë, që zotërojnë eksperiencën e nevojshme për edukimin në vazhdim të mjekëve dhe infermierëve të familjes, mbi tema prioritare të kujdesit parësor dhe shëndetit komunitar;

- Aplikim i i trajnimit periodik, për mjekët e familjes, mbi urgjencën mjekësore në bashkëpunim me Qendrën Kombëtare të Urgjencës Mjekësore dhe Qendrat e Ekselencës të Mjekësisë së Familjes.

#### **Rezultatet e pritshme**

- Programe të qëndrueshme dhe të planifikuara të Edukimit të Vazhdueshëm

- Aftësi të reja për mjekë dhe infermierë të KSHP;

- 50% e qendrave të përfshira në aktivitete të strukturuar dhe bazuara në fakte të grupeve të kolegëve;

- Një numër minimal prej 2 QSH caktohen për ofrimin e trajnimeve të EV-së në secilin rajon deri në vitin 2025.

#### 3.3.4. Objektivi specifik 4 i politikës 2

Të zgjerojmë dhe ripërcaktojmë rolin e infermierëve brenda ekipit profesional të KSHP

##### **Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme:**

- Rishikim i profileve të punës që mund të ofrohen nga infermierët në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor. Infermierët do të trajnohen me qëllim që të aftësohen për të ndërmarrë role të reja, për të ofruar shërbime të reja dhe për një angazhim proaktiv në nivel komuniteti (p.sh. menaxherë dhe ofrues të shërbimeve të kujdesit në familje, këshillimi për parandalimin e SJT-ve, etj.). Rishikimi i profileve të punës të infermierëve do të aplikohet në bazë eksperimentale në zona të caktuara gjeografike me potencial sukseesi dhe më pas do të shtrihet në të gjithë territorin e vendit;

- Rishikim i përshkrimeve të punës së infermierëve që të përfshijnë përgjegjësi të reja; fuqizimi i tyre për të pasur një profil më të lartë profesional, duke përfshirë edhe rastin e infermierëve që punojnë në ambulanca në zona të thella ku nuk ka mjekë familje.

##### **Rezultatet e pritshme**

- Infermierët kanë më shumë aftësi dhe mundësi për veprim;
- Infermierët janë më të angazhuar brenda ekipeve të punës me profesionistë të tjerë (p.sh. punonjësit social, psikologët, etj.);
- Puna e infermierëve në komunitete është më proaktive.

#### 3.3.5. Objektivi specifik 5 i politikës 2

Të krijojmë një mjedis nxitës dhe motivues për një punë në ekip, profesional e të përgjegjshëm në KSHP

##### **Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme:**

- Rivlerësimi, riformatimi, përmirësimi i profileve të punës për profesionistët e KSHP (si mjekë të mjekësisë së familjes ashtu edhe infermierë). Përcaktimi i aftësive të duhura profesionale për pozicione të ndryshme të punës në KSHP. Mbështetje për punë në ekip dhe pune ndërdisiplinore në qendrat shëndetësore (delegim i detyrave në grup, grupe të përziera me mjekë dhe infermierë, ekipe të menaxhimit: mjekë, financiarë, infermierë, etj.);

- Krijimi i një mjedisi pune, ku faktorë stresues të rutinës profesionale të shmangen, ose zvogëlohen nëpërmjet praktikave menaxhuese të mira, dhe politikave efektive mbi burimet njerëzore. Rritja e ndërgjegjësimit të menaxherëve dhe punonjësve për shkaqet dhe efektet e stresit. Angazhimi me stafin për të krijuar marrëdhënie konstruktive dhe efektive;

- Vendosje rregullash në institucion që ndihmojnë të mbajnë ekuilibrin e duhur gjatë kohës së punës dhe sigurojnë mbrojtje nga arbitrariteti;

Përkujdesja për mirëqenien dhe shëndetin e punonjësve nëpërmjet programeve dhe nismave efektive të promovimit shëndetësor për reduktimin e stresit personal dhe të kolegëve. Zhvillimi i një kulture të hapur dhe mbështetëse për profesionistët që përjetojnë stres ose forma të tjera të cenimit të shëndetit mendor;

- Aplikimi i stimuljeve për të motivuar personelin që punon në zonat e thella e të pafavorshme. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale do të hartojë një seri masash që do të mbështesin shpërndarjen e njëtrajtshme të personelit dhe mbajtjen e tij pranë komuniteteve në nevojë në zona të ndryshme gjeografike.

##### **Rezultatet e pritshme**

- Profesionistët e KSHP ndihen të mbështetur për të ofruar shërbime më cilësore;
- Vetëvlerësim dhe motivim i rritur i profesionistëve të KSHP.

Ndryshimi strategjik:

Profesionistë me kualifikim gjithnjë e më të lartë të KSHP punojnë në një mjedis motivues për të ofruar shërbimet më të mira shëndetësore në nivelin bazë

## **Tregues rezultati per politikën 2**

- 50% e mjekëve që punojnë në KSHP do të jenë mjekë të mjekësisë së familjes;
- 50 infermierë të familjes që operojnë në KSHP do të kenë përfunduar Programin e ri Master të infermieristikës në familje dhe në komunitet;
- Të paktën një qendër shëndetësore e ekselencës e ngritur dhe e përfshirë në programet e trajnimit.

### **3.4. Politika 3. Infrastruktura dhe teknologjia diagnostikuese në institucionet e KSHP** **Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar**

Krahas burimeve njerëzore të kualifikuara dhe të përkushtuara, shërbimet e sistemit të KSHP varen nga një infrastrukturë e përshtatshme (duke përfshirë hapësirë të përshtatshme për shërbime, energji, ujë etj), teknologji informacioni e komunikimi (duke përfshirë aksesin në internet dhe menaxhimin e të dhënave të kompjuterizuara) dhe teknologji shëndetësore (duke përfshirë barnat, vaksinat, pajisjet mjekësore dhe mjetet e tjera të konsumit).

Është e nevojshme që të rishikohen standardet minimale dhe nevojitet më shumë investim për përmirësimin e infrastrukturës së qendrave shëndetësore në mënyrë që të korrespondojnë me standardet funksionale të një qasjeje moderne të KSHP në drejtim të aksesueshmërisë (sidomos për personat me aftësi të kufizuar), dhoma për shërbimet këshilluese, puna në ekip, dhoma e triazhit, salla të përshtatshme për recepsionin dhe pritjen. Rindërtimi ose rehabilitimi i të gjitha QSH-ve të vjetra dhe pikave shëndetësore përkatëse do të vazhdojë gradualisht, duke i dhënë përparësi më të vjetrave dhe atyre që mbulojnë popullata të mëdha.

Problemet lidhur me aksesin e pacientëve në shërbime laboratorike dhe diagnostike vërehen sidomos në zonat rurale. Për teste të thjeshta, të rekomanduara nga mjekët e përgjithshëm, pacientët duhet të shkojnë në poliklinikat në zonat urbane. Ekziston një model i mbledhjes së kampionëve të gjakut në qendrat e KSHP ose ambulancat dhe transportimi i tyre në laboratorë të centralizuar (Programi Kombëtar i Kontrollit Shëndetësor Bazë), por ai mbulon vetëm individët e shëndetshëm që kryejnë ekzaminimet parandaluese. Kjo strategji parashikon mënyrat se si të optimizohen kapacitetet ekzistuese laboratorike, duke koordinuar punën ndërmjet disa qendrave shëndetësore dhe transportimit të kampionëve nga pika e kujdesit në një laborator kryesor. Programi Kombëtar për Kontrollin Shëndetësor Bazë ka përmirësuar aksesin në testet e ekzaminimit dhe teknologjisë përkatëse në qendrat shëndetësore, duke përfshirë dhe teknologjinë digjitale për EKG-të. Por ende ka mungesë të konsiderueshme të pajisjeve diagnostikuese në disa qendra të KSHP, si edhe mungesë standardizimi për sa i përket pajisjeve mjekësore që përdoren nga çdo qendër shëndetësore; secila ka pajisje të ndryshme. Shumica e MP-ve kanë mungesa të pajisjeve bazë të tilla si termometra, nebulizatore, otoskopë, oftalmoskopë, spirometra, diapazonë, tabela për vlerësimin e shikimit etj. Nuk ka teknologji imazherie në KSHP dhe EKG-ja ofrohet vetëm në kuadër të Programin Kombëtar për Kontrollin Shëndetësor Bazë. Pajisjet bazë për infermierët gjithashtu nuk janë të standardizuara dhe mungojnë në shume qendra shëndetësore. Në vitin 2016, projekti HAP i financuar nga SDC-ja ka pajisur mjekët dhe infermierët e KSHP në dy qarqe me një set pajisjesh mjekësore të standardizuara. Në këtë kontekst, do të merret parasysh përshtatja e standardeve për pajisjet mjekësore dhe përmbushja e tyre graduale, duke konsideruar kapacitetin funksional të niveleve të ndryshme të qendrave të KSHP (urbane, rurale, QSH, ambulanca me MP, dhe ato pa MP) dhe përdorimi i përvojave dhe standardeve ndërkombëtare. Në përgjithësi, qendrat shëndetësore dhe ambulancat janë të mirëpajisura për imunizimin dhe zinxhirin ftohës, ndërsa temperaturat në frigorifer ruhen në nivele të përshtatshme.

**Objektivi i përgjithshëm i politikës 3. Mundësimi i aksesit në një KSHP me infrastrukturë dhe teknologji diagnostike të përshtatshme e të qëndrueshme**

#### **3.4.1. Objektivi specifik 1 i politikës 3**

Të forcojmë në mënyrë të qëndrueshme infrastrukturën ndërtimore të QSH-ve  
Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Hartimi dhe miratimi i normave për infrastrukturën ndërtimore të institucioneve të KSHP me synim sigurimin e mbulimit shëndetësor universal dhe aksesin e barabartë në shërbime;

- Rehabilitimi i qendrave shëndetësore sipas normave të mësipërme, nëpërmjet investimeve publike dhe mbështetjes së donatorëve. MSHMS do të vijojë zbatimin e programit të rehabilitimit të 300 qendrave shëndetësore;

- Monitorimi dhe zgjidhja graduale e problemeve lidhur me aksesueshmërinë e personave me aftësi të kufizuara në institucionet e KSHP dhe përmbushja e përshkallëzuar e kushteve në përputhje me legjislacionin përkatës;

- Qartësimi i roleve dhe përgjegjësi të NJQV-ve për zhvillimin/mirëmbajtjen e infrastrukturës ndërtimore të KSHP. Do të hartohen dhe do të zbatohen mekanizma të financimit dhe bashkë/financimit lidhur me fuqizimin e kapaciteteve të pushtetit lokal për mirëmbajtjen parandaluese si edhe për rehabilitimin e infrastrukturës së qendrave shëndetësore. Autoritetet e qeverisjes vendore do të zgjidhin përfundimisht aspektet legale të pronësisë mbi qendrat e kujdesit parësor, ç'ka do t'i hapë rrugën investimeve të mëtejshme në këto qendra nga pushteti lokal dhe partnerët e tij të mundshëm, përfshirë edhe sektorin privat.

### **Rezultatet e pritshme**

- Më shumë se 75% e popullatës (duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara) do të kenë akses në QSH-të e rehabilituara deri në vitin 2025;

- 50% e bashkive ku NJQV-të janë përfshirë në mirëmbajtjen e QSH-ve.

### **3.4.2. Objektiv i specifik 2 i politikës 3**

Të rrisim aksesin në shërbimet diagnostikuese dhe trajtuese në nivel të KSHP sipas një pakete bazë të rishikuar

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Hartimi dhe miratimi i normave për pajisjet dhe mjetet diagnostikuese për institucionet e niveleve të ndryshme të KSHP, si për mjekët ashtu edhe për infermierët;

- Përmbushja e përshkallëzuar e standarteve lidhur me pajisjet diagnostikuese;

- Fuqizimi i qendrave të përzgjedhura shëndetësore në 10 qytete të mëdha me qëllim krijimin e një modeli të përqëndruar të ofrimit të shërbimeve të mjekësisë së familjes, shërbimeve diagnostike (RO, imazheri), laboratorike dhe të rehabilitimit. Ky model më pas do të shtrihet në mënyrë të përshkallëzuar edhe në zona të tjera urbane;

- Futja e alternativave fleksibël nëpërmjet mbështetjes logjistike për mbledhjen e mostrave biologjike pranë QSH rurale dhe analizimin e tyre në mënyrë të centralizuar. Ky model do të aplikohet në QSH rurale, të cilat e kanë të vështirë ose të pamundur ofrimin e shërbimit laboratorik;

- Hartimi dhe miratimi i listës së testeve të shpejta laboratorike në ndihmë të diagnozës, që kryhen në institucionet e KSHP dhe rregullimi i ofrimit të shërbimit (në çdo QSH ose në mënyrë të centralizuar);

- Përdorimi i pajisjeve/shërbimeve të Telemjekësisë, në zonat e thella të izoluara/ numër të reduktuar të personelit/ infermierëve pa mjekë të familjes;

- Analizimi i mundësisë për zgjerimin e modelit ekzistues apo mundësimi i përdorimit të pajisjeve të kontrollit shëndetësor bazë për aktivitete të tjera në ndihmë të diagnozës pranë QSH.

### **Rezultatet e pritshme**

- Shërbimet janë më pranë pacientëve;

- 75% e menaxhimit të rasteve mund të mbyllen në nivelin e KSHP. Pacientët fillojnë të kenë më shumë besim në shërbimet e KSHP;

- Shërbimet janë më kosto efektive, duke reduktuar udhëtime të panevojshme/ referime të tepërta në kujdesin dytësor.

Ndryshimi strategjik: Infrastruktura e KSHP përmirësohet në mënyrë të harmonizuar në mbarë vendin duke mundësuar aksesin e barabartë për të gjithë në shërbimet e KSHP

### **Tregues rezultati për politikën 3**

- 1500 mjekë janë pajisur me një paketë pajisjesh moderne diagnostike;
- Më shumë se 75% e popullatës (duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara) do të kenë akses në QSH-të e rehabilituara dhe që ofrojnë shërbime të plota diagnostike;
- Rritje me 10% e rasteve të sëmundjeve të menaxhuara në nivelin e KSHP, dhe ulje me 5% e rasteve të shtruara në spital për disa sëmundje të caktuara.

### **3.5 Politika 4. Sistemi i informacionit të KSHP**

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Sistemi i informacionit shëndetësor të KSHP është një mjet i mirë që shërben për të ndihmuar vendimmarrjen në dy nivele: menaxhimi i shërbimeve të KSHP dhe mbrojtja e shëndetit publik.

Sfidat e sistemit të informacionit të KSHP në Shqipëri janë të ngjashme me vendet e tjera; mund të ketë mungesë të të dhënave ose vlefshmëri të ulët në disa fusha, apo përdorim të ulët/të fragmentarizuar të analizës së të dhënave). Aktualisht, pjesa më e madhe e të dhënave nga QSH-të kërkohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe raportohet aty. Disa të dhëna kërkohen edhe nga Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor. Rrallëherë, ofruesit e KSHP marrin feedback rreth rezultateve përkatëse të informacionit të shkëmbyer, dhe gjithashtu rrallë e përdorin informacionin për vlerësimin e nevojave të komunitetit të cilit i shërbejnë ose për qëllime planifikimi. Strategjia parashikon rikonceptimin e objektit, formatit dhe rrugëve të raportimit për shumicën e sistemit ekzistues të informacionit (krijimi i Operatorëve të Kujdesit Shëndetësor dhe transformimi i Drejtorive Rajonale Shëndetësore në Njësi Vendore të Kujdesit Shëndetësor është një mundësi për të reformuar edhe sistemin e informacionit në nivel të KSHP). Institucionet e reja të Shëndetit Publik do të përdorin më mirë të dhënat epidemiologjike që gjenerohen në qendrat e KSHP në shërbim të monitorimit të popullatave në rrezik.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 4: Përcaktimi dhe zbatimi i Sistemit të Informacionit të Menaxhimit Shëndetësor me fokus të KSHP-ja

#### **Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme**

- Vlerësimi i statusit aktual të Sistemit të Informacionit të Menaxhimit Shëndetësor (SIMSH) dhe përshtatja e tij me kuadrin e ri institucional duke marrë në konsideratë zhvillimet e shëndetësisë; vlerësimi i racionalitetit dhe efektivitetit të formularëve të raportimit;
- Arritja e marrëveshjeve mbi të dhënat që duhet të mblidhen/ formati i raportimeve dhe koha e raportimit (për të shmangur informacionin e panevojshme, duplikimet, ngarkesën e tepërt);
- Trajnimi i personelit të QSH-ve, Njësiave Vendore të Kujdesit dhe të Operatorit që të kryejnë rolet e tyre brenda SIMSH. Orientimi për vendimmarrësit mbi përdorimin e informacionit me qëllim zhvillimin e politikave shëndetësore më të përshtatshme bazuar në fakte;
- Standardizimi, rregullimi i rrjedhës së informacionit dhe përmirësimi i të dhënave mbi sëmundjet kronike në institucionet e KSHP. Forcimi i rolit të NjVKSh në përdorimin e informacionit;
- Përmirësimi i vazhdueshëm i sistemit elektronik të lëshimit të recetave dhe referimit dhe planifikimi për krijimin e një karteje elektronike të pacientit duke nisur nga niveli i KSHP.

#### **Rezultatet e pritshme**

- Dakordësohet një grup formatesh për të dhënat që duhet të mblidhen;
  - Profesionistë të trajnuar të Operatorëve/ Njësiave Vendore të Kujdesit/ Qendrave Shëndetësore në përdorimin e SIMSH-së. Vendimmarrës të informuar për zbatimin e informacionit të marrë nga analiza e të dhënave në kohë reale;
  - Politika më të mirëpërshtatura të KSHP bazuar në fakte të mbështetura nga SIMSH.
  - Ndryshimi strategjik:
- Përdorim më i mirë i informacionit të prodhuar nga SIMSH në KSHP për përmirësimin e vazhdueshëm të performancës së shërbimeve dhe për përmirësimin e shëndetit

#### **Tregues rezultati për politikën 4**

- 100% e QSH raportojnë bazuar në një format të ri dhe efektiv, mbi të dhënat që duhet të mbliidhen në KSHP (duke shmangur informacionin e panevojshme, dublikimet, ngarkesën e tepërt) dhe 100% marrin feedback mbi rezultatet e analizës.

#### **3.6. Politika 5. Shërbimet bazë të KSHP për Mbulimin Shëndetësor Universal**

##### **Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar**

Politikat e fundit të sistemit shëndetësor në Shqipëri theksojnë nevojën për mbulim universal, ofrimin të shërbimeve shëndetësore cilësore dhe të barabarta për të gjithë popullsinë. Së fundmi, këto politika janë pasqyruar në zbatimin e Programit Kombëtar të kontrollit bazë shëndetësor dhe në heqjen e bashkëpagesave për vizitat pranë shërbimeve në qendrat shëndetësore, duke përmirësuar kështu aksesueshmërinë në shërbime të KSHP.

Paketa bazë e shërbimeve është instrumenti kryesor që siguron gamën e nevojshme të shërbimeve në nivel të KSHP për të gjithë popullatën. Ka 7 kategori shërbimesh të përfshira në paketën ekzistuese: nga kujdesi i urgjencës në promocionin shëndetësor dhe edukimin. Paketa nuk përcakton shërbimet që ofrohen në nivelin e ambulancave ose pikave shëndetësore. Të gjitha qendrat shëndetësore angazhohen për të ofruar shërbime të integruara në paketë edhe pse kanë dallime në kapacitete, aftësi të personelit shëndetësor, akses në testet laboratorike. Rishikimi i paketës bazë së shërbimeve do të pasqyrojë zhvillimet dhe modelet e reja të shërbimeve, si dhe aftësitë e reja të përftuara nga personeli shëndetësor. Ai do t'i përshtasë ato me nevojat shëndetësore dhe kapacitetet e niveleve të ndryshme të KSHP. Procesi i rishikimit duhet të garantojë që çdokush përfiton shërbimet e KSHP në mënyrë të barabartë.

KSHP mund ta arrijë synimin e vet afatgjatë, lidhur me përmirësimin e shëndetit të komuniteteve, duke siguruar përfshirjen dhe bashkëpunimin me qytetarët. Aktivizimi efektiv i individëve realizohet në 4 shkallë; Afrim i individëve/familjeve me shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor. Pozitivitet gjatë takimit me shërbimet e KSHP. Ndërveprim. Vendimarrje e përbashkët për kujdesin, trajtimin.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 5: Rritja e aksesit në shërbime bazë të KSHP për të gjithë dhe përfshirja e individëve, familjeve dhe komuniteteve për optimizimin e shëndetit të tyre

##### **3.6.1. Objektivi specifik 1 i politikës 5.**

Të përmirësojmë dhe përshtatim paketën shëndetësore bazë në përputhje me nevojat duke rritur në të njëjtën kohë autonominë klinike në KSHP

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Vlerësimi/shqyrtimi i ofrimit të paketës aktuale bazë në nivel të KSHP. Ripërcaktimi i shërbimeve bazë brenda paketës do të kryhet sipas efektivitetit, kostos, bazës shkencore, dhe modeleve aktuale të barrës së sëmundjes;

- Rishikimi i funksionimit aktual të shërbimeve, me qëllim caktimin e më shumë autonomie klinike mjekëve të KSHP, kur marrin vendime për trajtimin e sëmundjeve kronike të zakonshme;

- Shtimi i shërbimeve të reja dhe integrimi me shërbimet psiko-sociale (kujdesi paliativ, kujdesi në familje, kujdesi psikologjik, rehabilitimi fizik etj. (fizioterapia është pjesë e rehabilitimit fizik);

- Përforcimi i ofrimit të vijimësisë së kujdesit për SJT-të. Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale do të plotësojë sistemin e ndjekjes së pacientëve me rregullat e kundër-referimit nga specialistët tek mjekët e familjes, me qëllim që vijimi i kujdesit të pacientëve të realizohet në mënyrë racionale.

##### **Rezultatet e pritshme:**

- Rritet përqindja e shërbimeve për SJT-të (në proporcion me modelin aktual të barrës së sëmundjeve);

- Rritet numri i rasteve që trajtohen në mënyrën e duhur në qendrën shëndetësore dhe nuk referohen tek specialisti;

- Kujdesi shëndetësor parësor zgjidh 75% të problemeve shëndetësore të pacientëve dhe konsumatorëve;

- Numër më i vogël i shtrimeve spitalore.



Ndryshimi strategjik: Shtohet gama e shërbimeve bazuar në fakte e përfshirë në paketën shëndetësore bazë dhe pasqyron nevojat shëndetësore parësore të grupeve vulnerabël

### **3.6.2. Objektiv specifik 2 i politikës 5**

Të sigurojmë një bashkëpunim të qëndrueshëm mes individëve, familjeve dhe komuniteteve dhe institucioneve të KSHP.

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

Aktivizimi i individëve:

- Përkallëzim i afrimit të individëve që janë indiferentë ndaj kujdesit shëndetësor parësor përmes intensifikimit të programeve ekzistuese të depistimit/kontrollit, aktiviteteve në shkollë, fushatave informuese, partneritetit me organizata që punojnë në nivel komunitar, dhe ndërhyrjeve specifike për grupime apo shtresa të caktuara të popullatës;

- Krijimi i mundësive për individët për të bërë pyetje, për të kërkuar informacion, sqarime, duke vendosur standarte të kohës së mjaftueshme të vizitës, angazhim të vecantë të personelit infermior, duke mbështetur kualifikimin e duhur të personelit mjek/infermier/ psikolog/ punonjës social në komunikim, dhe krijimin e një mjedisi që krijon konfidencialitet;

- Vendimmarrje e përbashkët për planin e kujdesit shëndetësor dhe social duke aplikuar instrumente efektive (pyetësorë, lista-kontrolli, protokolle, ditar individual të kujdesit, etj.). dhe duke stimuluar diskutimin e përbashkët për problemet shëndetësore, alternativat për zgjidhje, alternativat më të përshtatshme, veprimet që duhen ndërmarrë (nga kush, kur, si);

- Inkurajimi dhe mbështetja për pjesëmarrje të individëve me probleme shëndetësore kronike në grupime mbështetjeje sipas problemit / çështjes. Grupimet mund të jenë offline dhe/ose online;

- Përcaktimi i koordinatorit të kujdesit dhe promovimi i tij pranë individëve dhe familjeve.

Aktivizimi i familjeve:

- Inkurajimi i familjeve për regjistrim tek e njëjta njësi e KSHP (Qendër Shëndetësore);

- Përkallëzim i vizitave në shtëpi nga ekipi i kujdesit. Vlerësim i vulnerabiliteteve sociale, mjedisore, etj. Bashkë-hartim i planeve mbështetëse për familjet, me familjet. Përfshirje e punonjësit social;

- Përfshirje e anëtarëve të familjes, me pëlqimin e informuar të individëve, në planet e kujdesit specifik për individët;

- Edukimi shëndetësor i anëtarëve të familjes për kujdesje, monitorim të individëve me probleme shëndetësore specifike.

Aktivizimi i komuniteteve:

- Vlerësim i mjedisit të komuniteteve (mjedisi fizik, mjedisi social, etj). Realizohet në bashkëpunim me Njësitë Vendore të Shëndetit Publik;

- Stratifikimi i komunitetit sipas nevojave shëndetësore (census në nivel komuniteti);

- Komunikim/informim për problemet, alternativat për zgjidhje, veprimet e nevosjshme);

- Inkurajimi i komunitetit për organizim civil (shoqata, organizata, grupime, etj);

- Përfshirje e përfaqësuesve apo individëve më të zëshëm në organe konsultative/vendimmarrëse në nivel QSH, Operatori Rajonal të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Bashki.

Tregues rezultati për politikën 5

Rritje me 10% e rasteve të sëmundjeve të menaxhuara në nivelin e KSHP, dhe ulje me 5% e rasteve të sëmundjeve të caktuara të shtruara në spital.

75% e qendrave shëndetësore kanë caktuar koordinatorin e kujdesit komunitar

### **3.7.Politikë 6. Financimi dhe kontraktimi për Mbulimin Shëndetësor Universal**

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Financimi i mbulimit shëndetësor universal është një mjet madhor për të mbrojtur grupet e cenueshme nga shpenzime katastrofike në rast sëmundje. Qeveria e Shqipërisë ka ndërmarrë hapa të rëndësishëm në këtë drejtim (siç përshkruhet edhe më sipër në këtë dokument). Sigurimi i efikasitetit alokues për nivelet bazë të kujdesit si KSHP ose Kujdesi Afatgjatë (shërbimet

mjekësore sociale të kujdesit në familje) rezulton në reduktimin e shmangies së shtrimit në spital dhe si rrjedhojë, efikasitet më i madh i fondeve të kujdesit shëndetësor.

Krahas sigurimit të një niveli të duhur të financimit të shërbimeve të KSHP dhe kujdesit në familje, mënyra se si ofrohet apo kontraktohet financimi për ofruesit, ndikon edhe në sjelljen e ofruesit. Qasja pasive është tipike e ofruesve që marrin alokime buxhetore pa informacionin rreth performancës së tyre. Zbatimi i një financimi më aktiv nënkupton lidhjen e transferimit të fondeve, të paktën pjesërisht, me informacionin rreth performancës së ofruesve ose me nevojat shëndetësore të popullatës që ata shërbejnë. Në Shqipëri, është e nevojshme të fillojë të aplikohet gradualisht një sistem pagese sipas nivelit të riskut, paralelisht me përmirësimin e sistemit të informacionit dhe pas pilotimit të treguesve të rishikuar në rajone të përzgjedhura. Këto strategji të reja rimbursimi konsiderohen një stimul për një ndryshim sjelljeje nga ana e ofruesit, duke shpërblyer ata MP që punojnë më shumë dhe më mirë.

Modeli i kontraktimit do të bëjë të mundur që mjekët e përgjithshëm ose mjekët e familjes mund të praktikojnë aftësi të reja të përftuara nga kualifikimi/specializimi. Gjithashtu ata do të mund të lejohen që sipas kontratës të kryejnë shërbime gjithnjë e më komplekse, duke ulur shtrimin e panevojshëm në spital apo vizitën te specialisti i ngushtë.

Megjithëse lista e barnave të rimbursueshme është zgjeruar gradualisht gjatë viteve të fundit, sërish shpenzimet për barna përbëjnë pjesën kryesore të shpenzimeve direkte nga xhepi për shërbime shëndetësore në Shqipëri. Është e nevojshme që të vijohet me masa për sigurimin e mbrojtjes financiare për të gjithë qytetarët.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 6: Sigurimi i Mbulimit Shëndetësor Universal në KSHP përmes buxhetimit të qëndrueshëm dhe efektiv

### 3.7.1. Objektivi specifik 1 i politikës 6.

Të sigurojmë financimin e duhur dhe të qëndrueshëm për KSHP-në

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Do të futet gradualisht buxhetimi i shërbimeve të KSHP bazuar në nevojat shëndetësore, prioritetet lidhur me barrën e sëmundjeve, paketën e shërbimeve dhe burimet e disponueshme;

- Buxhetimi i shërbimeve të integruara mjekësore-sociale të kujdesit në familje. Për këtë qëllim, është e nevojshme që Fondi i Detyruar i Sigurimeve të punojë ngushtë me Drejtoritë përkatëse të qendrave shëndetësore si edhe me Operatorët rajonale, me qëllim që buxhetet t'i përgjigjen nevojave për shërbime të qytetarëve;

- Do të përmiresohet metodologjia e hartimit të buxheteve si edhe do të ndërtohet një program trajnimi lidhur me aplikimin në praktike të kësaj metodologjie. Do të trajnohen vendimmarrësit (OK/OR & FDSKSH) për metodat e buxhetimit shëndetësor të kujdesit parësor;

- Kalimi nga buxhetet historike në planifikimin e investimeve në përputhje me vlerësimin e nevojave;

- Kalimi nga modeli aktual i pagesës së KSHP në një model të ndryshëm bazuar në një kombinim të pagesës per capita dhe shpërblimit për performancë. Vlerësimi i gatishmërisë së sistemit për të aplikuar gradualisht shpërblimin sipas performancës. Përshtatja graduale e pagave të personelit të QSH-ve duke rritur fleksibilitetin në përputhje me ngarkesën e punës dhe performancën;

- Do të pilotohet financimi i integruar i shërbimeve shëndetësore dhe sociale në nivel komuniteti (p.sh. kujdesi në shtëpi);

- Do të mundësohet përdorimi i 3% të të ardhurave dytësore për trajnimin e personelit të QSH-ve, veçanërisht për të lehtësuar zbatimin e grupeve mikse të kolegëve si edhe pjesëmarrjen e personelit në programin bridge të ri-trajnimin për mjekët e përgjithshëm;

- Alokimi i buxhetit të dedikuar brenda buxhetit të KSHP për aktivitete parandaluese dhe të promovimit shëndetësor;

- Identifikimi i burimeve shtesë financimi për KSHP-në edhe jashtë sektorit të shëndetësisë, veçanërisht përmes kontributeve nga pushteti lokal dhe nga sektori privat.

### **Rezultatet e pritshme:**

- Përqindja e fondeve që alokohet për KSHP-në rritet nga 18% në 25%;
- Përqindja buxhetit që alokohet për Shërbimet e Kujdesit në Shtëpi: 0.5% gjatë vitit të dytë, 1% në vitin e tretë, 1,5% në vitin e katërt, 2% në vitin e pestë të zbatimit të strategjisë;
- Ulje e shpenzimeve personale nga ana e grupeve vulnerabël.

### **3.7.2. Objektivi specifik 2 i politikës 6**

Të bashkërendojmë kontraktimin financiar të shërbimeve me rritjen e cilësisë/performancës së shërbimeve të KSHP

#### **Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme**

- Adoptimi i paketës së shërbimeve në përputhje me nevojat dhe kapacitetet e institucioneve të KSHP /paketë e përshtatur për secilin nivel të KSHP (Qendrat e Ekselencës të Mjeksisë Familjare, Qendrat Shëndetësore e Sociale, Qendra Shëndetësore, Ambulancat);
- Trajnimi i menaxherëve të OK-së/OR-ve, NJVK-ve, QSH-ve për të kuptuar mekanizmat e kontraktimit;
- Përshtatja e kontraktimit për të lejuar mjekët e familjes që të kryejnë në praktikën ditore një gamë më të gjerë procedurash e të përdorin aftësitë në mënyrë më autonome.

#### **Rezultatet e pritshme**

- Treguesit e performancës zgjidhen sipas prioriteteve shëndetësore;
- Kontratat e KSHP kthehen në mjete fleksibël që të arrihen rezultate shëndetësore më të mira.

### **3.7.3. Objektivi specifik 3 i politikës 6**

Të forcojmë mbrojtjen financiare për të gjithë banorët rezidentë në Republikën e Shqipërisë

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

Mbrojtje nga ndikimi i bashkëpagesave përmes:

Aplikimi i bashkëpagesave fikse dhe jo në përqindje;

Përfshirja progresiv dhe vendosja e një tavanit për nivelin e bashkëpagesave nga familje me të ardhura të ulëta ;

Aplikimi i mekanizmave rregullator që të mundësojnë dhënien e barnave të duhura, me cilësi të garantuar dhe të lira nga mjekët ;

Përfshirja graduale e mjeteve të konsumit në skemën e rimbursimit.

- Mbrojtje nga pagesat indirekte përmes:
- Mbështetjes/njohjes për kujdestarët informalë në familje dhe rishikimi i kriterëve të vlerësimit të nevojës për kujdestarë për personat me aftësi të kufizuar;
- Realizimi i ekzaminimeve pa nevojë zhvendosjeje; Lehtësim i pagesave të transportit (dializa, kemio/radioterapia, aftësia e kufizuar etj);
- Eliminimi i mungesave eventuale të barnave, pajisjeve e materialeve mjekësore;
- Kontraktimi i ofruesve jo-publikë për të mbuluar nevojat për shërbime të munguar në gamë apo të cunguara në shtrirje gjeografike.
- Rritje e transparencës në kujdesin shëndetësor përmes:
- Ngritja/venia në funksion e Këshillit Kombëtar të Pacientëve;
- Shfrytëzimi i potencialit të platformave e-Albania, portalit “Për Shqipërinë që duam”, portali i bashkë-qeverisjes;
- Krijimi i hapësirave për forcimin e rolit të Avokatit të Popullit, KLSH dhe ILDKPKI.

#### **Rezultatet e pritshme**

- 100% e bashkëpagesave fikse, jo në përqindje;
- Përfshirja e të paktën 1 pajisjeve mjekësore (kujdesi ambulator) çdo vit në skemën e rimbursimit;

- Lehtësim në masën 50% e barrës së shpenzimeve të transportit për pacientët në dializë, kemio/radioterapi.

Ndryshimi strategjik:

Financimi i KSHP është i qëndrueshëm dhe lidhet gradualisht me performancën; përmirëson motivimin e mjekëve të familjes për ofrimin e shërbimeve më cilësore

Shërbimet mjekësore-sociale të kujdesit në familje fillojnë të buxhetohen.

#### **Tregues rezultati për politikën 6**

- Përqindja e fondeve që alokohet për KSHP-në rritet nga 18% në 25% të buxhetit të përgjithshëm të shëndetësisë;

- Përqindja buxhetit që alokohet për Shërbimet e Kujdesit në Shtëpi 2% në vitin e pestë të zbatimit të strategjisë.

### **3.8.Politika 7. Përcaktimi dhe pilotimi i tipeve të reja të shërbimeve dhe rishpërndarja gjeografike**

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Një sërë faktorësh po çojnë në disa ndryshime në prirjen dhe shpërndarjen e nevojave shëndetësore të popullsisë shqiptare. Proporcioni i të moshuarve po rritet dhe bashkë me ta po rritet edhe nevoja e shërbimeve të KSHP për të trajtuar në mënyrë më sistematike sëmundjet jo të transmetueshme, probleme të shëndetit mendor dhe aftësitë e kufizuara. Aktualisht në Shqipëri, hipertensioni dhe diabeti janë sëmundjet që trajtohen më së shumti në KSHP. Nëse kujdesi afatgjatë për pacientët me sëmundje kronike (me paraqitjet e tyre komplekse dhe multipatologjite shoqëruese), nuk koordinohet si duhet, atëherë ka një rrezik të madh për shtrim në spital. Ndërkohë që shërbimet tradicionale për nënat dhe fëmijët janë të mirorganizuara dhe të mirëmbështetura, KSHP në Shqipëri do të fillojë të ofrojë shërbime të reja dhe të integruara mirë në këto fusha.

Për më tepër, KSHP duhet të përshtatet me nevojat specifike të popullatave vulnerabel (të moshuar të izoluar, personat me aftësi të kufizuara, komuniteti rom, etj.) Ata janë më shumë të ekspozuar ndaj rreziqeve shëndetësore dhe janë kategoritë më pak të mbrojtura nga pasojat negative të këtyre rreziqeve. Aktualisht, shërbimet e KSHP për grupet e cënueshme janë të ndara nga shërbimet sociale. Të dyja shërbimet duhet të jenë më të koordinuara dhe me të integruara.

Adoleshentët janë një grup me nevoja specifike shëndetësore, duke përfshirë dhe abuzimin me substanca, depresionin, shëndetin seksual dhe ushqyerjen, por normat e përdorimit të shërbimeve të KSHP për ta janë shumë të ulëta, të ndikuara nga pritshmëri të ulëta dhe mungesë të shërbimeve të përshtatshme. Modele të reja të shërbimeve të integruara për adoleshentët (p.sh. HEADSS), duhet të integrohen edhe në KSHP e Shqipërisë.

Shpërndarja gjeografike e popullatës ka ndryshuar në mënyrë të konsiderueshme në Shqipëri ndërkohë që organizimi territorial i KSHP nuk ka ndryshuar shumë gjatë 30 viteve të fundit. Qendrat shëndetësore dhe pikat ambulatorë janë të shpërndara në mënyrë të pabarabartë në mbarë vendin, ku qytetet e mëdha kanë qendra shëndetësore që mbulojnë një popullatë dhjetëfish më të madhe në krahasim me qendrat në zonat rurale. Në Tiranë apo qytete të tjera të mëdha, kapaciteti i qendrave shëndetësore është më i madh në kuptimin e personelit mjekësor dhe disa shërbimeve të veçanta, të tilla si: konsultori i fëmijës dhe gruas. Nevojitet një rishpërndarje territoriale e personelit, qendrave shëndetësore dhe, në mënyrë që të krijohen modele shërbimesh të reja gjithëpërfshirëse e të integruara të mjekësisë së familjes dhe mbështetjes sociale, në zona me nevoja më të mëdha dhe kapacitetet e duhura, do të pilotohet një nivel i ri i qendrës së kujdesit shëndetësor; Qendra e Mjekësisë Familjare.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 7: Përshtatja e shërbimeve të KSHP me nevojat e popullatës bazuar në analizë demografike, epidemiologjike dhe sociale.

#### **3.8.1.Objektivi specifik 1 i politikës 7**

Të organizojmë shërbimet e KSHP, gjithmonë e më të integruar me kujdesin social në nivel vendor

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Pilotimi i një modeli të ri të organizimit të integruar të shërbimeve sociale e shëndetësore për grupet në nevojë në 4 qytete (një për secilin operator shëndetësor rajonal), me krijimin e Qendrës Social Shëndetësore pranë Qendrës së Mjekësisë Familjare me personel shtesë psikolog,

punonjës social etj. Ky model do të sjellë më pranë qytetarëve shërbime të tilla si: Kujdesi afatgjatë, kujdesi në shtëpi, kujdesi paliativ, shëndeti mendor komunitar, këshillim psikologjik, social dhe ligjor, si dhe përkujdesje vetjake e ushqim, shërbime rehabilitimi, prindërimi, ndërkohë që përmirësohet menaxhimi SJT-ve në komunitet;

- Angazhim aktiv i institucioneve të qeverisjes vendore në fushën e ofrimit të mbështetjes sociale dhe shëndetësore në komunitete (duke siguruar lidhjet më të mira të mundshme ndërmjet KSHP dhe komuniteteve vendase); Përfshirja e përfaqësuesve bashkiakë në mbledhjet vjetore rajonale të Operatorit Shëndetësor për KSHP dhe diskutimi i rasteve specifike, ku nuk janë përmbushur nevojat dhe strategjitë e bashkëpunimit për zgjidhjen e problemit;

- Ngritja e një Këshilli të Shëndetit dhe Mbrojtjes Sociale në nivel rajonal për koordinimin e sektorëve social dhe shëndetësor dhe Operatorëve dhe Bashkive;

- Riorganizimi i shërbimeve sociale të kujdesit në familje, kujdesi paliativ, shëndeti mendor i komunitetit, parandalimi i SJT-ve për të ofruar kujdesin shëndetësor dhe social për familjet/komunitetin. Do të pilotohen shërbime të kujdesit ditore të ofruara nga punonjësit socialë të integruara me shërbime mjekësore të ofruara nga infermierët;

- Përgatitja e një platforme të shkëmbimit të informacionit në mënyrë sistematike midis bashkive dhe institucioneve të KSHP rreth numrit, vendndodhjes dhe nevojave sociale dhe shëndetësore të grupeve dhe individëve në nevojë;

- Replikimi i modeleve të suksesshme të bashkë-financimit të shërbimeve të caktuara nga bashkitë (sipas shembullit të kujdesit paliativ në Korçë).

### **Rezultatet e pritshme**

- Në vitin 2025, të paktën 12 Këshilla Shëndetësore dhe të Mbrojtjes Sociale janë funksionale dhe propozojnë veprime për të përmirësuar integrimin e kujdesit shëndetësor dhe social në nivelin e komunitetit të tyre;

- Pilotohen 4 modele të kujdesit të integruar (p.sh. Kujdesi afatgjatë, shërbimet e kujdesit në shtëpi, shëndeti mendor, shërbimet e kujdesit paliativ, kujdesi social dhe psikologjik parandalimi i sëmundjeve në komunitet), nxirren mësimet dhe përfshihen në vendimet për politikë; kryhen ndryshimet përkatëse në kuadrin ligjor për të mundësuar shpërndarjen e shërbimeve të integruara.

Ndryshimi strategjik: Njerëzit në komunitete përfitojnë nga shërbimet e integruara të tilla si: kujdesi afatgjatë, kujdesi social dhe psikologjik, kujdesi në familje, kujdesi paliativ, shëndeti mendor, shërbimet e kontrollit të SJT-ve në komunitet

### **3.8.2. Objektivi specifik 2 i politikës 7**

Të mbështesim integrimin vertikal të shërbimeve të KSHP

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

- Përmirësimi i koordinimit të KSHP me hallkat e sistemit të kujdesit shëndetësor dhe social;

- Sigurimi i vijimësisë së kujdesit dhe reduktimi i pengesave gjatë referimit dhe kundër-referimit për/nga specialistët;

- Angazhimi i infermierëve të përcaktuar (infermierët e rastit) që do të ndjekin/mbështesin pacientin në të gjitha hallkat e sistemit;

- Përmirësimi i sistemit elektronik të referimit (e-referimi) që mundëson kundër-referimin;

- Hartimi dhe aplikimi i udhëzuesve dhe protokolleve të reja klinike të cilat përcaktojnë kriteret klinike të referimit dhe jo vetëm ato administrative të përcaktuara nga Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme Shëndetësore. Kjo do të bëhet e mundur në sajë të bashkëpunimit ndërmjet të gjithë aktorëve të sistemit, si Shoqatat e Mjekëve të Familjes, Fakulteti i Mjekësisë dhe ai i Shkencave Teknike Mjekësore, Urdhëri i Mjekëve, Fondi i Sigurimeve të Detyruara, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe agjensitë e saj.

### **Rezultatet e pritshme**

- Ndjekje më të mirë të pacientëve/ vijueshmëri më e mirë e kujdesit;

- Mjekët specialiste të fushës bëhen më të ndërgjegjshëm/ përgjegjshëm për ndjekjen e pacientëve.

### **3.8.3. Objektivi specifik 3 i politikës 7**

Të rrisim mbulimin e komunitetit me shërbime të KSHP duke i dhënë përparësi grupeve vulnerabël dhe në rrezik të lartë

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

-Mbështetje e QSH-ve nga NJVKSH dhe OKSH për vlerësimin e nivelit të riskut dhe vulnerabilitetit në popullatën që ata mbulojnë (të moshuarit, gratë, fëmijët, pacientët me sëmundje kronike, grupet etnike, etj.), me qëllim përshtatjen e vazhdueshme të shërbimeve me nevojat;

-Trajnimi i personelit të kujdesit shëndetësor mbi nevojat specifike, komunikimin dhe menaxhimin e rasteve në grupet e marginalizuara;

-Ndërtimi dhe promovimi i modeleve të bashkëpunimit të suksesshem midis agjensive rajonale të Operatorit, Pushtetit Vendor dhe ekipeve të Qendrave Shëndetësore me Organizatat Jo-qeveritare, me synim mbështetjen e grupeve vulnerabël brenda komuniteteve si edhe për "fuqizimin" (empowerment) e këtyre grupeve, me qëllim që ata të marrin në dorë zgjidhjen e problemeve të tyre shëndetësore;

-Grupet që duhen marrë në konsideratë:

a) Të moshuarit (pilotimi i kujdesit geriatrik, kujdesi në familje, krijimi i një modeli të integruar të kujdesit mjekësor-social etj.);

b) Pacientët me sëmundje kronike- vlerësim/monitorim i pacientëve me morbiditet të shumëfishtë/ Shtresëzimi i popullatës së mbuluar;

c) Personat me aftësi të kufizuar- më shumë kujdes social se sa shëndetësor;

Komuniteti rom- ata kanë nevojë për integrim/ shumë të varfër/ probleme me edukimin/ shpesh kanë probleme me aksesin në shërbime/ shpesh nuk iu rimbursohen barnat;

d) Kujdes për fëmijë me nevoja të vencata përfshi Autizëm, S Down, etj.;

e) Shëndeti i adoleshentëve;

f) Vlerësimi, përditësimi dhe zbatimi i protokolleve (protokollet e miratuara në vitin 2016).

#### **Rezultatet e pritshme**

-Personeli i KSHP ka aftësitë dhe njohuritë për të trajtuar grupet vështirë për t'u mbuluar;

-Grupet e cenueshme të trajtuara siç duhet përfitojnë nga shërbimet e KSHP.

### **3.8.4. Objektivi specifik 4 i politikës 7**

Të rimodelojmë shpërndarjen gjeografike të KSHP për të ofruar kujdes më efikas, dhe njëkohësisht duke siguruar akses në shërbimet e KSHP për të gjitha kategoritë e popullatës së mbuluar dhe riorganizimi i QSH-ve në nivele të ndryshme.

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

-Përcaktimi i hartës territoriale të shpërndarjes së QSH-ve për secilin Operator;

-Miratimi dhe zbatimi i normave lidhur me shpërndarjen në terren sipas popullatës së mbuluar dhe barrës së sëmundjeve apo problemeve shëndetësore të zonës gjeografike për secilin institucion të KSHP, duke përfshirë qendrat shëndetësore, ambulancat dhe qendrat e reja të mjekësisë së familjes. Rishikimi i organizimit dhe marrëdhëniet e tyre në secilin nivel;

-Përshtatje fleksibël e burimeve/ ofrimit të shërbimeve shëndetësore, duke u bazuar në karakteristikat dhe nevojat e popullatës;

-Ngritja e një modeli të Qendrës së Mjekësisë së Familjes, duke pilotuar dhe integruar atë në sistemin e KSHP. Do të ngrihen Qendrat e Mjekësisë së Familjes duke u bazuar në qendrat ekzistuese të kujdesit shëndetësor, duke i shërbyer një popullate të konsiderueshme (p.sh. 30.000 dhe 40.000 banorë) dhe duke pasur një numër të lartë të personelit shëndetësor. Në një fazë të dytë, ky model do të shërbejë për transformimin e disa spitaleve periferikë në institucione të KSHP. Qendrat e Mjekësisë së Familjes mund të përfshijnë disa shërbime të veçanta (mendore, paliative, fizioterapi, kujdes social psikologjik të integruar etj.);

-Pilotimi i modelit universitar në disa qendra të përzgjedhura të mjekësisë së familjes, në bashkëpunim me Ministrinë e Arsimit dhe Sportit, duke krijuar Qendra Universitare të Mjekësisë së Familjes;

-Pilotimi i një rrjeti të QSH-ve/kujdesit social të komuniteteve në zonat e thella. Krijimi i modeleve të koordinimit dhe bashkëpunimit ndërmjet qendrave të vogla shëndetësore në zonat rurale, me qëllim zgjerimin e spektrit të shërbimeve (duke përfshirë shërbimin 24 orë, ose shërbimet e testeve laboratorike) dhe mundësimi i një mjedisi të përshtatshëm profesional që do të sigurojë më pas përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.

#### **Rezultatet e pritshme**

-Modele të ndryshme të organizimit të KSHP përcaktohen për të pasqyruar më mirë dhe më qartë nevojat e popullatës së mbuluar;

-Krijimi i Modelit të Qendrës së Mjekësisë së Familjes duke ofruar shërbime më cilësore dhe duke përmirësuar imazhin e KSHP;

-Më shumë fleksibilitet brenda përcaktimeve ligjore të modele të ndryshme të organizimit të KSHP;

-Reduktimi i mospërputhjeve midis QSH-ve. Qendrat shëndetësore gjithëpërfshirëse të mjekësisë së familjes ofrojnë shërbime më cilësore.

Ndryshimi strategjik: Fleksibiliteti më i madh i organizimit të shërbimeve mundëson akses më të mirë në standarde më të larta të shërbimit të KSHP

#### **Tregues rezultati për politikën 7**

- 10 qendra të Mjekësisë Familjare të ngritura;

-4 qendra pilot të kujdesit të integruar shëndetësor e social;

-10 modele të shërbimit 24 orësh në zona të thella siguruar përmes QSH rurale të koordinuara;

-2 qendra të reja të kujdesit paliativ pranë KSHP.

#### **3.9. Politika 8. Cilësia e shërbimeve të KSHP**

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Në mënyrë që shërbimet e KSHP të mos jenë vetëm të aksesueshme universalisht por edhe më cilësore, ato duhet të bazohen në fakte shkencore, të jenë të sigurta dhe të kenë në qendër njerëzit.

Gjatë 15 viteve të fundit, ka pasur një farë progresi në përmirësimin e cilësisë së KSHP në Shqipëri, me prezantimin e mekanizmave institucionale, të tillë si: krijimi i Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit (QKCSA), miratimi i kuadrit rregullator ligjor për akreditimin e institucioneve shëndetësore, si dhe hartimi i disa udhëzuesve klinikë.

Sidoqoftë, ka shumë boshllëqe lidhur me:

-Protokollet klinike që ose nuk përdoren ose nuk janë të përditësuara. Profesionistët e KSHP që nuk janë përfshirë sa duhet në proces, dhe rrallëherë janë organizuar trajnime për të mbështetur zbatimin e udhëzuesve apo protokolleve. Në këto rrethana, zbatimi i auditit klinik, si një mënyrë e përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë (e parashikuar në ndryshimet e fundit të ligjit të kujdesit shëndetësor), nuk ka qenë i mundur. Nevojitet hartimi i protokolleve dhe udhëzuesve klinikë të përditësuar dhe gjithëpërfshirës. Ato do të bazohen në fakte shkencore, përvojën më të mirë ndërkombëtare dhe të përshtaten me mjedisin e KSHP në Shqipëri. Modeli i auditit klinik do të ndjekë procesin e zbatimit të protokolleve në praktikën klinike.

-Në vitin 2018, nisi procesi i akreditimit në qendrat shëndetësore të KSHP. Programi HAP 1 kontribuoi në përparimin e këtij procesi duke përcaktuar formate dhe nëpërmjet rritjes së kapaciteteve në nivel të QSH-ve për plotësimin e formularëve të nevojshëm për akreditimin.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 8: Aplikimi i një modeli të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve të KSHP

##### **3.9.1. Objektivi specifik 1 i politikës 8**

Të sigurojmë ofrimin e shërbimeve të KSHP gjithnjë e më cilësore duke garantuar normat bazë të cilësisë dhe duke aplikuar modele të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

-Zhvillimi i një kulture të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë dhe qeverisjes klinike në KSHP;

-Qartësimi i roleve të institucioneve (QKCSA OK/OR, ISHP, QSUT, MSHMS Shoqatat, urdhërat profesionale) në hartimin, zbatimin, monitorimin e protokolleve;

-Krijimi i parakushteve për zbatimin e ciklit të cilësisë;

-Hartimi, rishikimi, përmirësimi i udhëzuesve dhe protokolleve klinike për prioritetet kryesore të shëndetit publik përmes një pune në ekip dhe në bashkëpunim me specialistë të fushës dhe vendimmarrësit;

-Përshtatja dhe miratimi i protokolleve klinike për praktikën në nivel të KSHP për problemet shëndetësore më të shpeshta/më serioze, përfshirja e Ministrisë në proces, (Operatori, qendra e cilësisë, ISHP, etj.) ofruesit e KSHP, Universiteti, shoqatat e profesionistëve. Përdorimi i praktikave më të mira ndërkombëtare dhe pasqyrimi i kapaciteteve dhe organizimit vendor;

-Lidhja e temave klinike të protokollit me proceset EVM-së për të siguruar që më shumë aktivitete trajnimi të mbulojnë tema të reja;

-Përpilimi i protokolleve që mungojnë;

-Hartimi i udhëzimeve parandaluese bazuar në fakte për secilën grupmoshë. Përditësim i rregullt i tyre.

-Krijimi i metodologjive për verifikimin mes kolegëve (peer review), auditin klinik dhe supervizionin mbështetës;

-Ngritja e kapaciteteve për zbatimin dhe monitorimin e protokolleve nëpërmjet verifikimit mes kolegëve dhe auditit klinik.

### **Rezultatet e pritshme**

-Udhëzime, protokolle klinike të përmirësuara ose të hartuara për herë të parë;

-Specialistë të fushës në grupet e punës;

-Metodologjitë për verifikimin mes kolegëve, auditin klinik janë përcaktuar. Përkufizohet dhe zbatohet cikli i cilësisë;

-Përfordhet kultura e ngritjes profesionale (pa penalitete që e dëmtojnë procesin).

### **3.9.2. Objektivi specifik 2 i politikës 8**

Të mbështesim zbatimin e procedurave të akreditimit brenda çdo qendre shëndetësore

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

-Qartësimi i situatës lidhur me Pikat Shëndetësore (ambulancat) në procesin e akreditimit;

-Zhvillimi i ekipeve në nivel të QSH-ve të ngarkuar me procesin e akreditimit;

-Trajnimi i personelit të QSH-ve me plotësimin e procesit dhe formularëve të akreditimit;

-Në zbatim të kërkesës nga procesi i akreditimit, ngritja e një bordi në nivel të QSH-ve i cili zhvillon periodikisht kontrole klinike, duke përdorur verifikim mes kolegëve;

-Akreditimi i shërbimeve sociale — miratohen ose rishikohen standardet e shërbimeve të reja;

-Akreditimi i shërbimeve të krijuara rishtasi (p.sh. kujdesi në familje mjekësor-social i integruar, shërbimet paliative, etj.), dhe teknologjive të reja (p.sh. mikro laborator, telemjekësia, etj.).

### **3.9.3. Objektivi specifik 3 i politikës 8**

Të përfshijmë në mënyrë sistematike pacientët dhe konsumatorët në mekanizmat e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

-Ndërtimi i një platforme/aplikacioni me fokus sistemin e kujdesit shëndetësor parësor për marrjen e ankesave dhe përfshirjen e konsumatorëve në mekanizmin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve.

### **Rezultatet e pritshme / objektivat**

-100% e QSH-ve janë angazhuar në procesin e akreditimit;

-75% e QSH-ve arrijnë të paktën standardet e kuqe;

-50% e QSH-ve arrijnë standardet optimale;

-25% e QSH-ve arrijnë standardet e ardhshme.

Ndryshimi strategjik: Komunitetet përfitojnë nga shërbimet e një cilësie të lartë dhe bazuar në fakte të ofruara në QSH-të e akredituara



### **Tregues rezultati për politikën 8**

-100% e QSH-ve janë angazhuar në procesin e akreditimit;  
-75% e QSH-ve arrijnë të paktën standardet e kuqe, 50% e QSH-ve arrijnë standardet optimale, 25% e QSH-ve arrijnë standardet e ardhshme.

### **3.10. Politika 9. Menaxhimi i institucioneve të KSHP**

Konteksti dhe çështjet për t'u adresuar

Qendrat shëndetësore të KSHP në Shqipëri janë institucione shëndetësore përgjegjëse për administrimin e personelit, buxhetit, infrastrukturës, produkteve dhe sistemeve të informacionit. Në qendrat shëndetësore ka pasur gjithnjë mangësi në kapacitetet menaxheriale. Drejtorët e qendrave shëndetësore, por edhe personeli tjetër si psh kryeinfermierët, duhet të përmirësojnë në vijimësi aftësitë e tyre lidhur me menaxhimin e ekipit, menaxhimin e informacionit, përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë, si dhe vlerësimin shëndetësor të komunitetit. Reforma e organizimit të sistemit shëndetësor dhe prezantimi i institucioneve të reja, si Operatori i Shërbimeve Shëndetësore, do të krijojnë marrëdhënie të tjera ndërinstitucionale dhe së bashku me to do të krijohen detyra të tjera menaxheriale për qendrat shëndetësore. Menaxhimi i QSH-ve do të duhet të mbështesë Njësitë e Shëndetit Publik dhe Operatorët për vlerësimin e nevojave, planifikimi strategjik dhe buxhetimi për shërbime të reja në zonat e tyre të mbulimit.

Në veçanti, ka më shumë nevojë për aftësi dhe kapacitete menaxheriale më të mira, në qendra shëndetësore më të mëdha. Qasje të tilla si trajnime të përshtatura për menaxherë dhe prezantimi i modeleve më efikase në qendrat shëndetësore do të shërbejë për të përmirësuar vazhdimisht menaxhimin e KSHP.

Objektivi i përgjithshëm i politikës 9: Përmirësimi i efikasitetit të menaxhimit të institucioneve të KSHP

Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme

Rritja e kapaciteteve të tjera të menaxhimit dhe punës së ekipit në qendra shëndetësore (menaxherë/kryeinfermierë/ekonomistë). Kjo do të arrihet përmes punësimit të studentëve të diplomuar në Masterin e Menaxhimit Shëndetësor, veçanërisht në administratat e qendrave shëndetësore të reja dhe me shërbime të kombinuara shëndetësore dhe sociale si edhe zbatimit të programeve të edukimit në vazhdim për menaxherët e institucioneve shëndetësore;

-Rritja e kapacitetit të personelit të QSH-ve për të mbështetur operatorët rajonal në përcaktimin e planeve strategjike shëndetësore (vlerësimi i nevojave në nivel komuniteti, planifikimi për krijimin e shërbimeve të nevojshme, ngritja e kapaciteteve për zbatimin e shërbimeve të reja, etj.);

- Përgatitja e modeleve të planifikimit strategjik dhe pilotimi i tyre në disa QSH të përzgjedhura në bashkëpunim me stafin e vetë QSH-ve. Ky proces është zbatuar në mënyrë pilot në qarqet e Fierit dhe Dibrës. Procesi i hartimit dhe zbatimit të planeve strategjike dhe operacionale për çdo Qendër të Kujdesit Parësor do të shtrihet në shumicën e strukturave të kujdesit parësor gjatë pesëvjeçarit të ardhshëm;

-Mundësimi i shkëmbimit të përvojave më të mira midis Qendrave Shëndetësore (përsëritja e përvojës në organizimin e mbledhjeve midis qendrave shëndetësore dhe përfaqësuesve të komunitetit me qëllim vendosjen e komunikimit të hapur dhe transparent midis ekipeve të shërbimeve shëndetësore dhe sociale dhe banorëve në zonat e mbuluara në mënyrë që: a) qendrat shëndetësore u përgjigjen drejtpërdrejt kërkesave dhe nevojave të komunitetit dhe, b) banorët mundën të kuptojnë më mirë shërbimet e ofruara, si dhe mundësitë dhe kufizimet e kujdesit shëndetësor parësor;

-Zgjerimi i përvojës së ofrimit të edukimit të vazhdueshëm për profesionistët e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë menaxherët, duke përdorur ri-certifikimin dhe duke u dhënë kredite për temat lidhur me menaxhimin e institucioneve shëndetësore;

-Mundësimi për krijimin, pilotimin dhe menaxhimin e rrjeteve të QSH-ve;

-Standardizimi i dokumentacionit të nevojshëm administrativ (paketa dhe formate të dokumenteve të vihen në dispozicion të ekipeve menaxheriale të qendrave shëndetësore në format elektronik dhe të shtypur).

#### **Rezultatet e pritshme**

-Performancë e rritur e menaxhimit operacional të qendrës shëndetësore;  
-Kapacitet i rritur për vlerësimin e nevojave dhe propozimi për krijimin e shërbimeve të reja të nevojshme në nivel komuniteti.

Ndryshimi strategjik: Menaxhimi i QSH-ve kthehet në një funksion menaxhimi proaktiv duke përmbushur më mirë nevojat shëndetësore të komuniteteve të tyre

#### **Tregues rezultati për politikën 9**

-Të paktën 50% e qendrave shëndetësore kanë përgatitur plane strategjike dhe kryejnë çdo vit shkëmbimin e përvojave më të mira në administrim.

#### **4. MONITORIMI DHE LLOGARIDHËNIA**

Për zbatimin e kësaj Strategjie ngarkohet Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale sipas planit të veprimit në përputhje me qëllimet e politikës dhe arritjen e objektivave si dhe institucionet e saj të varësisë, Universiteti i Mjekësisë, Urdhri i Infermierëve, mamive, fizioterapistëve të Shqipërisë, Urdhri i Mjekut i Shqipërisë si dhe njësitë e qeverisjes vendore.

Monitorimi i planit të veprimit mbi KSHP do të drejtohet nga grupi tematik për përfshirjen sociale, brenda strukturës së grupit për menaxhimin e integruar të politikave (GMIP) të miratuar me Urdhërin e Kryeministrit Nr. 157, datë 22.10.2018 “Për marrjen e masave për zbatimin e qasjes së gjerë sektoriale/ndërsektoriale, si dhe ngritjen dhe funksionimin e mekanizmit sektorial/ndërsektorial të integruar”.

Grupi i Treguesve dhe Integritetit të Statistikave (GTIS), do të bashkërendojë aktivitetin monitorues me Drejtorinë e Përgjithshme të Politikave dhe Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

I gjithë procesi do të kryhet me pjesëmarrjen e përfaqësuesve nga institucionet përgjegjëse për zbatimin e këtij dokumenti politik. Gjithashtu në tryezat e konsultimit mund të marrin pjesë përfaqësues nga: INSTAT, qarqet akademike dhe qendrat universitare, shoqëria civile.

Raportet monitoruese dy vjeçarë do të përgatiten në Drejtorinë e Përgjithshme të Politikave dhe Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe do të miratohen nga GMIP.

Monitorimi do të bazohet në ndjekjen e treguesve të detajuar për secilin objektiv specifik dhe analizimin e progresit dhe problemeve në secilën prej politikave prioritare. Raporti i standartizuar do të përmbajë fakte dhe të dhëna të standartizuara, bazuar në kornizën e indikatorëve të parashikuar nga ky plan kombëtar.

Në mbështetje të monitorimit të zbatimit të planit të veprimit, lidhur me treguesit e impaktit do të jenë edhe rezultatet kuantitative të siguruara nga sistemet e informacionit spitalor si dhe vlerësime të jetëgjatësisë së shëndetshme, të parashikuara në pasaportën e indikatorëve.

Procesi i përgatitjes së raporteve të monitorimit për planin kombëtar të veprimit do të harmonizohet me përgatitjen e raportit kombëtar për Komisionin Ekonomik të Kombeve të Bashkuara për Europën (UNECE), mbi progresin lidhur me vijimin e zbatimit të Planit Ndërkombëtar të Veprimit mbi Moshimin, të Madridit dhe Strategjisë Rajonale të Zbatimit (MIPAA/RIS).

#### **5. Referenca**

-Të dhëna shëndetësore, INSTAT, FSDKSH, ISHP.  
-Raporti kombëtar i sëmundjeve jo të trasmetueshme 2018 ISHP-INSTAT.  
-Studimi Demografik Shëndetësor 2018.  
-Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. WHO Regional office for Europe. 2016.  
<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6615-strengthening-people>

[centred-health-systems-in-the-who-european-region-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery.](#)

-Primary health care in Albania: Structures and Model of Care. Comprehensive PHC assesment. WHO European Centre for Primary Health Care.WHO Regional Office for Europe. Nov. 2018.

Roadmap to monitoring health services delivery in the WHO European Region. WHO European Centre for Primary Health Care. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe 2017.<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2017/roadmap-to-monitoring-health-services-delivery-in-the-who-european-region-2017;>

-Ligji Nr. 10107, datë 30.03.2009, Mbi kujdesin shëndetësor.

-Ligji Nr. 10138, datë 11.05.2009 Për shëndetin publik.

-Vendimi i Këshillit të Ministrave nr 419, datë 4.7.2018, Për krijimin, mënyrën e organizimit dhe të funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor.

-Vendimi i Këshillit të Ministrave nr 737, datë 05.11.2014, Mbi financimin e shërbimeve publike të kujdesit shëndetësor në KSHP nga skema e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

-Vendim i Këshillit të Ministrave nr. 101 datë 4.2.2015. Paketa e shërbimeve shëndetësore, në KSHP publik që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

-Ligji nr. 8652, datë 31.7.2000, Për organizimin dhe funksionimin e qeverisjes vendore (ndyshuar me ligj nr .9208, datë 18.3.2004).

-Strategjia Kombëtare për Shëndetin 2016-2020,

-Plani kombëtar i kontrollit të SJT 2016-2020,

-Plani i veprimit të Promocionit Shëndetësor 2017-2021.

-Strategjia Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim, 2015-2020.