



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
KONTROLLI I LARTË I SHTETIT
DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS

Nr. Prot. 647/18

Tiranë, më 6/7/2021

Miratohet

KRYETAR

Arben SHEHU



Raport Auditimi Performance
“Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor
Natal dhe Postnatal”



Yllka PULASHI

Drejtore e Departamentit

Adresa: Rruga “Abdi Toptani”, nr. 1, Tiranë, Tel: 00355 4 2247 294

RAPORT AUDITIMI

“Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal”

Auditimi është kryer në bazë të programit të auditimit miratuar nga Kryetari i Kontrollit të Lartë të Shtetit, nr. 647/3 prot., datë 30.09.2020.

Ky auditim u krye nga grupi i auditimit:

1. Xhuljeta Çelaj, (përgjegjëse grupi)
2. Angjela Nesturi, (anëtare)
3. Anjeza Gjoci, (anëtare).

Faza e studimore e auditimit nisi në datë 02.07.2020 me shkresën “Njoftim për fillimin e auditimit” nr. 647, datë 06.07.2020 dhe përfundoi me hartimin e programit të cituar më lart.

Faza e terrenit të auditimit nisi më datë 01.10.2020 me programin e auditimit cituar më lart dhe përfundoi më 30.10.2020, moment në të cilin ka nisur hartimi i këtij raporti auditimi.

Në respektim të afatit 1-mujor, grupi i auditimi priti observacionet nga subjektet nën auditim, të cilat janë reflektuar në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

Dosja audituese kaloi në filtrin e Drejtorit të Departamentit të Auditimit të Performancës, Drejtorisë së Kontrollit të Standardeve dhe Sigurimit të Cilësisë, Drejtorit të Përgjithshëm dhe më pas iu përcoll Kryetarit për Vendimin Përfundimtar.

1. Problemi Social dhe Rëndësia e Auditimit	6
1.1 Konteksti i Problemit Social	6
1.2 Rëndësia e auditimit të performancës	6
2. Subjektet nën auditim	7
2.1 Hyrje në subjektet nën auditim	7
2.2. Politikat e subjekteve	9
2.3 Rëndësia e produkteve të subjektit	9
2.4 Peshë në buxhet	10
2.5 Risqet e aktiviteteve të subjekteve	12
2.6 Feedback-u i subjekteve gjatë auditimit	14
3. QASJA DHE DETAJET E AUDITIMIT	15
3.1 Fokusimi dhe përkufizimi i problemit	15
3.2 Objektivi i auditimit	15
3.3 Piramida e pyetjeve të auditimit	17
3.4 Kriteret Audituese	18
3.5 Qasja dhe metodologjia e auditimit	20
4. SHTJELLIMI I PYETJEVE AUDITUESE	21
4.1 A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës?	21
4.2 A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse?	26
4.3 A i plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparaturat mjekësore?	31
4.4 A kanë spitalet staf të mjaftueshëm të kualifikuar dhe të trajnuar për të siguruar kujdesin e duhur për pacientin?	43
5. Rezultatet e pyetësorit on line	48
6. Komentet e subjekteve të audituara	54
6. Përmbledhje	55
7. Grupi i Punës	59

Lista e figurave dhe tabelave

Figura 1	8
Figura 2	9
Tabela 1: Investime Kapitale për periudhën 2016 - 2019	11
Tabela 2: Buxheti i parashikuar për zbatimin e Strategjisë për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues	11
Tabela 3: Shpenzime buxhetore të spitaleve subjekt auditimi	12
Tabela 4: Analiza e Riskut	14
Tabela 5: Kriteret e Auditimit	19
Tabela 6: Vdekshmëria Foshnjore për periudhën 2016 - 2019	27
Tabela 7: Vdekshmëria amtare për periudhën 2016 -2019	28
Tabela 8: Shpenzimet për sete kirurgjikale për operacione me kompleksitet të ulët	40
Tabela 9: Mungesat në staf mjekësor ne SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”	44
Tabela 10: Numër Shtrimesh për mjek në Shërbimin Obstetrik – Gjinekologjik të Spitalit Rajonal Korçë	45
Tabela 11:Numër Shtrimesh për mjek në Shërbimin Obstetrik – Gjinekologjik të Spitalit Rajonal Vlorë	45

§< Lista e shkurtimeve

KLSH – Kontrolli i Lartë i Shtetit
INTOSAI - Organizata Ndërkombëtare e Institucioneve Supreme të Auditimit
(*The International Organisation of Supreme Audit Institutions*)
ISSAI - Standardet Ndërkombëtare të Institucioneve Supreme të Auditimit
(*International Standards of Supreme Audit Institutions*)
BE – Bashkimi Evropian
3E - Ekonomiciteti, Eficienca, Efektiviteti
OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë
MSHMS – Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
OSHKSH – Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor
SUOGJ – Spitali Universitar Obstetrik - Gjinekologjik
SRV – Spitali Rajonal Vlorë
SRK – Spitali Rajonal Korçë
INSTAT – Instituti i Statistikave

1. Problemi Social dhe Rëndësia e Audimit

1.1 Konteksti i Problemit Social

Kujdesi shëndetësor amtar në drejtim të promovimit të mëmësisë së sigurt është një temë shumë e rëndësishme në fushën e shëndetësisë, për të cilën OBSH ka hartuar një strategji të dedikuar - Strategjia Globale mbi Shëndetin e Gruas dhe të Fëmijës 2016 – 2030¹ – në të cilën mëmësia e sigurt përkufizohet si kujdes shëndetësor para konceptimit, kujdes prenatal, natal dhe postnatal, parandalim i problemeve të të porsalindurit dhe anomalive kongenitale. Qeveria shqiptare në kuadër të zbatimit të OZHQ² nr. 3 “Shëndet dhe Mirëqenie e mirë” ka miratuar Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021.

Qëllimi i kujdesit për shëndetin amtar është që: çdo grua të ketë një shtatzëni dhe lindje të sigurt, dhe çdo foshnjë të lindë e gjallë dhe e shëndetshme. Kujdesi amtar cilësor dhe mëmësia e sigurt, kuptojnë se çdo shtatzëni duhet të jetë e dëshiruar dhe çdo grua shtatzënë dhe foshnja e saj duhet të kenë akses për kujdes të aftë shëndetësor, si edhe duhet të ketë mundësi të marrë kujdes për veten ose për foshnjën e saj kur ka komplikacione, probleme shëndetësore gjatë shtatzënisë, lindjes apo periudhës pas lindjes.

Kujdesi shëndetësor për mëmësinë e sigurt në vendin tonë ofrohet në të gjitha nivelet e shërbimit shëndetësor.

Kjo temë ka qenë shpesh herë në fokusin e medias së shkruar, sidomos sa i takon shërbimit në nivel spitalor, duke nxjerr në pah problematika lidhur me vdekshmërinë foshnjore dhe amtare³; aftësitë dhe njohuritë e personelit shëndetësor⁴; mungesën e standardeve, udhëzimeve, protokolleve të referimit të ndjekjes së gruas gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes⁵; mungesën e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës⁶; etj.

Pikërisht nisur nga konteksti i evidentuar më sipër, Kontrolli i Lartë i Shtetit ka vendosur të kryejë një auditim performance me temë “**Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal**”, pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (më tej MSHMS), Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (OSHKSH), Spitalit Universitar Obstetrik - Gjinekologjik (SUOGJ) “Koço Gliozheni” dhe “Mbretëresha Geraldinë, Spitalit Rajonal Vlorë (SRV) dhe Spitalit Rajonal Korçë (SRK), duke pasur si pikësypnim analizimin e çështjes sidomos nga këndvështrimi zbatimit të strategjisë për shëndetin seksual dhe riprodhues, i investimeve të kryera në përfitim të infrastrukturës së reparteve obstetrik – gjinekologjik të spitaleve, pajisjet mjekësore, kualifikimet dhe menaxhimi i stafit mjekësor, trajtimi i patologjive dhe niveli i shërbimit ofruar pacientit.

1.2 Rëndësia e auditimit të performancës

Auditimi i Performancës është konceptuar në strategjinë e kaluar si një nga dy shtyllat moderne të zhvillimit të KLSH-së, sfidë madhore në rritjen e rolit auditues suprem në Shqipëri dhe e ardhmja e natyrshme institucionale, në linjë kjo me eksperiencat botërore. Performanca është rritur shëndetshëm gjatë 5-vjeçarit të kaluar, duke e bazuar punën e saj në Standardet Ndërkombëtare të Auditimit dhe Ligjin e ri 154/2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit. Në këtë kontekst zhvillimor institucional,

¹ <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>

² OZHQ, Objektivat e zhvillimit të qëndrueshëm.

³ <https://boldnews.al/2018/12/19/bebet-vdesin-ne-maternitet-per-mungese-inkubatoresh/>

<https://www.reporter.al/bebet-vdesin-ne-maternitet-per-mungese-inkubatoresh/>

⁴ <https://sot.com.al/aktualitet/skandal-n%C3%AB-sistemin-e-sh%C3%ABndet%C3%ABsis%C3%AB-n%C3%ABna-humbet-foshnj%C3%ABn-nga-mjekimi-i-gabuar-video-stop>

⁵ Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021, fq. 22.

⁶ <https://www.flashnews.al/tjeter-skandal-ne-maternitetet-shqiptare-shembet-tavani-bie-siper-grave-dhe-femijeve/>

misioni i departamentit në kuadër të punës audituese është: *promovimi i përmirësimeve në performancën e të mirave publike*.⁷

Pikërisht duke pasur parasysh misionin e departamentit është propozuar edhe tema mbi mëmësinë e sigurt, e cila synon trajtimin shterues të problematikave kryesore që ndeshen në fushën e kujdesit shëndetësor spitalor për këtë temë, me qëllim përmirësimin e shërbimit për nënat dhe foshnjat në vendin tonë. Gjithashtu, duke qenë kjo, një temë, në të cilën BE ka investuar ekonomikisht dhe profesionalisht, analizimi i saj nga KLSH i shërben pikërisht qëllimit madhor të vendit tonë për anëtarësim në BE.⁸

Për më tepër, duhet theksuar këtu se fusha e shëndetësisë ka qenë në fokusin e veçantë, jo vetëm të Departamentit të Auditimit të Performancës, por edhe atë institucional, nisur edhe nga fakti se sistemi shëndetësor në vendin tonë ende është në fazë zhvillimi dhe modernizimi, e për rrjedhojë auditimi i jashtëm publik mund të zhvillojë maksimalisht impaktin e tij rekomandues në funksion të përmirësimit të situatës.

2. Subjektet nën auditim

2.1 Hyrje në subjektet nën auditim

Në nivel ndërkombëtar, shëndeti seksual dhe riprodhues shihet si një nga komponentët më të rëndësishëm për zhvillimin njerëzor. Një sjellje e shëndetshme riprodhuese siguron një impakt pozitiv mbi gjeneratat e ardhshme. Pikërisht, lidhur me këtë, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr. 336, datë 04.08.2015 ka hartuar dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021. Kjo strategji ka në fokus fushat parësore për shëndetin seksual dhe riprodhues si:

- Mëmësia e sigurt⁹
- Planifikimi familjar
- Shëndeti i foshnjës, fëmijës dhe adoleshentëve
- Dhuna në familje
- Kanceret e traktit riprodhues
- Infertiliteti
- Shëndetësia elektronike

Për secilën nga fushat parësore janë vendosur objektiva specifike me indikatorë dhe targete. Konkretisht, për fushën e mëmësisë së sigurt janë përcaktuar objektivat, targetet si dhe kostot e tyre financiare.¹⁰

Me Kujdes amtar cilësor dhe mëmësi të sigurt, kuptojmë:

- Çdo shtatzëni duhet të jetë e dëshiruar.
- Çdo grua shtatzënë dhe foshnja e saj duhet të kenë akses për kujdes të aftë shëndetësor.
- Gruaja duhet të ketë mundësi të marrë kujdes për veten ose për foshnjën e saj kur ka komplikacione, probleme shëndetësore gjatë shtatzënisë, lindjes apo periudhës pas lindjes.

Nëse i referohemi të dhënave të publikuara nga Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, shkaqet kryesore të vdekshmërisë amtare janë: 1. gjakderdhja (hemorragjitë), 2. infeksionet pas lindjes, 3. pre-eklampsia dhe 4. eklampsia gjatë shtatzënisë. Kjo ka bërë që një nga objektivat parësore të kësaj strategjie të jetë parandalimi i këtyre sëmundjeve në kohë.

⁷ Manuali Departamentit të Auditimit të Performancës fq. 1.

⁸ EU contributes €26 million to improve women, children and adolescents' health around the world, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_18_6288

⁹ Fq.18 Shëndeti amtar/ Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021

¹⁰ paragrafi 2.4 Pësia në buxhet/Dokumentu Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021

Shërbimet e shëndetit amtar në Shqipëri ofrohen në tre nivelet e kujdesit shëndetësor dhe janë të integruara si më poshtë:

- ✓ Në Kujdesin Shëndetësor Parësor: Ambulancat, Qendrat shëndetësore, Konsultoret e gruas dhe Qendrat e planifikimit familjar.
- ✓ Në Kujdesin Shëndetësor spitalor, i cili ofrohet në dy nivele:
Dytësor: Në të gjitha spitalet rajonale e bashkiake ekzistojnë repartet e obstetrik - gjinekologjik dhe neonatologjisë.
Terciar: Në Spitalet Universitare Obstetrik - Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” dhe “Koço Gliozheni” në Tiranë ofrohet niveli më i lartë i kujdesit obstetrik - gjinekologjik në vend.



Figura 1/Burimi: Grupi i auditimit

MSHMS është institucioni më i lartë përgjegjës për fushën e shëndetësisë dhe ka nën varësinë e tij gjithë institucionet shëndetësore publike në vend. Ajo harton dhe ndjek strategjitë kombëtare të shëndetësisë në RSH.

Lidhur me monitorimin, analizimin dhe zbërthimin e politikave e strategjive të hartuara nga MSHMS është krijuar me VKM nr. 419, datë 04.07.2018 institucioni Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (më tej OSHKSH), i cili ka nisur aktivitetin e tij në janar të vitit 2019. Ky është një institucion i ri, i cili nëpërmjet strukturave të tij merr të dhëna të domosdoshme mbi indikatorët që masin dhe vlerësojnë shëndetin riprodhues nga ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor e raporton lidhur me aktivitetin e tyre në MSHMS.

Në varësi të OSHKSH janë edhe 2 spitalet rajonale nga të cilat ne kemi përzgjedhur si objekt auditimi Spitali Rajonal Korçë dhe Vlorë si ofrues të plotë të shërbimit obstetrik - gjinekologjik.

Ndërkohë që niveli terciar i shërbimit të kujdesit shëndetësor në fushën e obstetrik - gjinekologjisë në Republikën e Shqipërisë ofrohet vetëm nga dy spitalet universitare “Koço Gliozheni” dhe “Mbretëresha Geraldinë”, të cilët janë në varësi të drejtpërdrejtë të MSHMS.

Më poshtë kemi paraqitur skemën e varësisë së institucioneve përgjegjëse për fushën objekt auditimi:

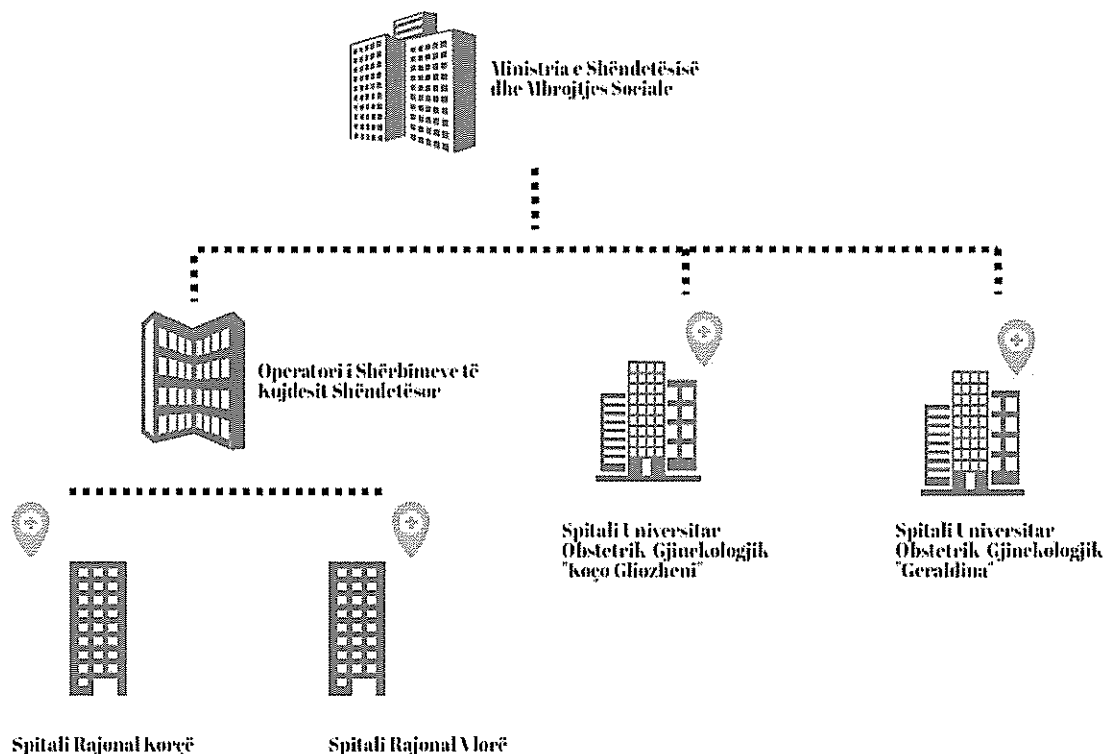


Figura 2/Burimi: Grupi i auditimit

2.2. Politikat e subjekteve

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale është institucioni i cili ka miratuar Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2017, si edhe është institucioni nëpërmjet të cilit burojnë orientimet politike e strategjike të zhvillimit të sektorit spitalor në temën objekt auditimit nëpërmjet krijimit të Komitetit Kombëtar për Shëndetin Riprodhues dhe Komitetit Kombëtar për Planifikimin Spitalor etj. Subjektet e tjera të përfshirë në këtë auditim, sa i takon temës së përzgjedhur janë në rol monitorues e zbatues i politikave të sipërcituara të cilat miratohen nga MSHMS.

2.3 Rëndësia e produkteve të subjektit

Institucionet e përzgjedhura si objekt auditimi janë përgjegjëse dhe ofrojnë produktet e nevojshme për realizimin e objektivave të përcaktuara në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021. Konkretisht:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale¹¹ ka për mision hartimin dhe zbatimin e politikave e të strategjive të zhvillimit në sektorin shëndetësor, është përgjegjëse për rregullimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe bashkërendimin e punës ndërmjet të gjithë aktorëve, brenda dhe jashtë sistemit të kujdesit shëndetësor, të cilët kontribuojnë dhe synojnë të garantojnë të drejtën kushtetuese, të përcaktuar në nenin 55 të Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë. MSHMS është përgjegjëse për hartimin dhe monitorimin e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021.

Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor¹² është tërësia e institucioneve administrative dhe ofruese të shërbimeve shëndetësore, pjesë integrale të sistemit të

¹¹ <https://shendetesia.gov.al/>

¹² <http://oshksh.gov.al/>

ministrisë, që kontribuojnë në realizimin e qëllimit të përgjithshëm për mirëqenie shëndetësore, si një nga elementet e rëndësishme të mirëqenies së përgjithshme të qytetarit, nëpërmjet mbrojtjes së shëndetit dhe promovimit të jetesës së shëndetshme në mënyrë të organizuar e të barabartë për të gjitha grupet e popullatës. Misioni i Operatorit është ofrimi i shërbimit të kujdesit parësor e spitalor në përputhje me nevojat, standardet, protokollet dhe kërkesat e përcaktuara, duke garantuar ofrimin e plotë, cilësor e në kohën e duhur të shërbimit. OSHKSH është përgjegjëse për analizimin dhe zbatimin e politikave dhe strategjisë për shëndetin riprodhues dhe seksual.

Spitalet Universitare Obstetrik - Gjinekologjik “Koço Gliozheni” dhe “Mbretëresha Geraldinë”¹³ janë institucione shëndetësore publike universitare ku harmonizohet aktiviteti diagnostik dhe mjekues me procesin pedagogjik dhe kërkimor shkencor. Misioni i tyre është të ofrojnë shërbim mjekësor të specializuar në fushën obstetrike – gjinekologjike: ndjekje dhe trajtim të grave shtatzëna para dhe pas lindjes, si dhe të fëmijëve të porsa lindur për banorët e Tiranës, si edhe të ofrojnë shërbime mjekësore parandaluese, diagnostikuese dhe kuruese për sëmundjet që nuk mund të trajtohen në spitalet e tjera publike brenda territorit të Republikës së Shqipërisë.

Spitalet Rajonale Vlorë dhe Korçë¹⁴ janë institucione shëndetësore publike të cilat ofrojnë shërbim mjekësor të specializuar duke diagnostikuar dhe trajtuar pacientët sipas nevojave. Konkretisht, spitalet rajonale ofrojnë shërbim mjekësor të specializuar në fushën obstetrike – gjinekologjike: ndjekje dhe trajtim të grave shtatzëna para dhe pas lindjes, si dhe të fëmijëve të porsa lindur për banorët në nivel rajonal.

2.4 Pësia në buxhet

Buxheti i spitaleve universitare, rajonale dhe bashkiake në vendin tonë financohet për shpenzime operative nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nëpërmjet kontratave vjetore për financimin e paketave të shërbimeve shëndetësore të nënshkruara për këtë qëllim¹⁵, si edhe financon shërbimin spitalor të kontraktuar, për paga, sigurime, mallra e shërbime, sipas përcaktimeve në Vendimin e Këshillit të Ministrave.¹⁶ Gjithashtu Fondi, financon, në zbatim të VKM nr. 258, datë 24.04.2019 “Për Miratimin e Kontratës të Koncesionit/Partneritetit Publik Privat “Për Ofrimin e Shërbimit Laboratorik të Spitaleve universitare, rajonale dhe atyre bashkiake të Sarandës dhe Lushnjës” edhe shërbimin laboratorik.

Për investime kapitale, buxheti financohet nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Burime të tjera financimi për spitalet janë fondet e krijuara nga të ardhurat e realizuara gjatë veprimtarisë së tyre dhe nga dhurimet. Përdorimi i tyre bëhet tërësisht nga vet spitali si pjesë e kostos së shërbimit, bazuar në procedurat e miratuara nga MSHMS. Këto të ardhura vlerësohen si të ardhura jashtë limitit.

Investime

2017

2018

¹³ <http://www.suogjgeraldine.gov.al/>, <http://www.suogj-kgliozheni.gov.al/>

¹⁴ <http://www.spitalirajonalvlore.gov.al/>

¹⁵ LIGJ Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, neni 29. VKM 42, datë 22.01.2020, “Për Financimin e Shërbimeve Shëndetësore Spitalore nga Skema e Detyrueshme e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor për Vitin 2020”. VKM Nr. 46, datë 30.1.2019 “Për Financimin e Shërbimeve Shëndetësore Spitalore nga Skema e Detyrueshme e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2019”. VKM nr. 17, datë 12.1.2018, i Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2018”, i ndryshuar, Vendimi nr. 18, datë 11.1.2017, i Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2017”, i ndryshuar, VKM nr. 33, datë 18.01.2016, “Për Financimin e Shërbimeve Spitalore nga Skema e Detyrueshme e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2016.

¹⁶ Kontrata me FSDKSH, neni 10 pika 1

<i>F. V. për aparaturat e ECHO - ve të SUOGJ "Koço Gliozheni"</i>	1,200,000	
<i>Blerje Echo color doppler obstetrike - gjinekologjike 4D SUOGJ Mbretëresha Geraldinë</i>		4,920,000
<i>Blerje Analizator ADN për SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë"</i>		7,000,000
<i>Rikonstruksion i një godine 4 kate dhe shtesë anësore për zhvendosjen e Maternitetit brenda korpusit të Spitalit Rajonal Korçë</i>		96,854,000
<i>Furnizim vendosje pajisje mjekësore dhe hotelerie për godinën e maternitetit të Spitalit Rajonal Korçë</i>		54,000,000
Totali	1,200,000	162,774,000
<i>Totali i investimeve spitalore të tjera 2016 - 2019</i>	688,508,216	
TOTALI	851,282,216	

Tabela 1: Investime Kapitale për periudhën 2016 - 2019

Për periudhën objekt auditimit ka rezultuar se janë kryer investime në SUOGJ "Koço Gliozheni" dhe "Mbretëresha Geraldinë" për blerje aparatura mjekësore në vitet 2017 - 2018 në vlerën 13,120,000 lekë. Investimet për rikonstruksion godine dhe furnizim me pajisje mjekësore për maternitetin e Spitalit Rajonal Korçë kanë rezultuar në vlerën 150,850,000 lekë në vitin 2018.

Lidhur me buxhetin dhe koston financiare për arritjen e mëmësisë së sigurt është parashikuar një ndarje buxhetore sipas objektivave strategjike në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 si më poshtë:

000/lekë¹⁷

Objektivat	A. Buxheti i nevojshëm (Lekë)	B. Buxheti i shtetit i planifikuar (Lekë)	C. Donatorë (Lekë)	D. Hendeku financiar (Lekë) D=A-(B+C)
1. Sigurimi i mbijetesës, ruajtja dhe përmirësimi i shëndetit dhe mirëqenies të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit	3,645,010	1,083,660	1,217,020	1,344,330
2. Përmirësimi i shëndetit dhe sigurimi i mirëqenies së gruas	12,872,450	10,337,000	1,174,350	1,361,100
TOTALI	16,517,460	11,420,660	2,391,370	2,705,430
TOTALI I STRATEGJISE	17,281,516	11,918,626	2,442,480	2,920,410

Tabela 2: Buxheti i parashikuar për zbatimin e Strategjisë për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues

Totali i buxhetit të nevojshëm për ofrimin e shëndetit seksual dhe riprodhues në Shqipëri është 17,281,516 mijë lekë, ndërkohë që 16,517,460 mijë lekë ose 96% të tij e zë buxheti për sigurimin e mëmësisë së sigurt. Në strategji për dy objektivat kryesore të mëmësisë së sigurt parashikohen shpenzime të buxhetit të shtetit në vlerën 11,420,660 mijë lekë, nga ku: 1,083,660 mijë lekë janë për Sigurimin e mbijetesës, ruajtjes dhe përmirësimit të shëndetit dhe mirëqenies të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit si dhe 10,337,000 mijë lekë për objektivin "Përmirësimin e shëndetit dhe sigurimit të mirëqenies së

¹⁷ Strategjia dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021

gruas”. Gjatë fazës studimore grupi i auditimit ka konstatuar se nga strukturat e ministrisë nuk gjendet asnjë e dhënë lidhur me realizimin deri tani të këtij buxheti të planifikuar në dokumentin e strategjisë, donacioneve të realizuara, si dhe shpërndarja e këtyre shpenzimeve sipas objektivave të përcaktuara për arritjen e mëmësisë së sigurt në shërbimin spitalor. Megjithatë, grupi i auditimit në mungesë të realizimit të buxhetit sipas objektivave të strategjisë ka siguruar të dhënat e shpenzimeve buxhetore të realizuara për periudhën 2016 - 2019 në dy spitalet universitare dhe dy spitalet rajonale objekt auditimi sipas tabelës së më poshtme:

<i>Spitalet Objekt Auditimi</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>
<i>SUOGJ "Koco Gliozheni"</i>	369,271,515	452,778,035	449,252,921	464,530,326
<i>SUOGJ "Geraldina"</i>	550,373,206	628,875,475	581,098,175	616,645,536.90
<i>Spitali Rajonal Vlorë</i>	636,020,801	724,567,679	787,003,332	760,385,566
<i>Spitali Rajonal Korçë</i>	594,457,020	686,667,524	776,092,543	661,279,294
<i>TOTALI</i>	2,150,122,542	2,468,321,034	2,593,446,971	2,502,840,723

Tabela 3: Shpenzime buxhetore të spitaleve subjekt auditimi

2.5 Risqet e aktiviteteve të subjekteve

Nisur nga natyra e temës së auditimit, grupi i auditimit ka identifikuar risqet e aktiviteteve të subjekteve të audituara duke përdorur analizën PESTLE¹⁸, duke e gjykuar këtë si metodologjinë më të përshtatshme për të identifikuar më mirë risqet potenciale dhe faktorët e mjedisit të brendshëm.

Analiza PESTLE, shtjellohet sipas 6 faktorësh që ndikojnë në performancën e shërbimit spitalor për arritjen e mëmësisë së sigurt: 1. Faktorët politikë, 2. Faktorët ekonomik, 3. Faktorët social 4. Faktorët teknologjik, 5. Faktorët Ligjor dhe 6. Faktorët e mjedisit. Konkretisht:

<i>Politikë</i>	<i>Ekonomi</i>	<i>Kulturi</i>
	Strategjia Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021.	❖ Mungesë raporte monitorimi. ❖ Komiteti Kombëtar për shëndetin riprodhues ka nisur të funksionojë në vitin 2019.
	Shërbimi obstetrik – gjinekologjik spitalor në vendin tonë	❖ Mungesa e Protokolleve Klinike te unifikuara ❖ Mungesë mbikëqyrje nga ana e MSHMS të punës së kryer deri më tani ❖ Shërbim i cili ende nuk plotëson kriteret për akreditim nga Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore.
		❖ Politika kombëtare të cilat nuk reflektojnë plotësisht objektivat

¹⁸P – Political, E – Economic, S – Social, T – Tecnology, L – Legal, E – Environment.

	Objektivat e OKB dhe BE për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues	madhore të vendosura në nivel OKB dhe BE. ❖ Nuk është matur realizimi i objektivave kombëtare për shëndetin seksual dhe riprodhues.
	Buxheti i MSHMS	❖ Mundësi ekonomike të kufizuara për të stimuluar rritjen e cilësisë së shërbimit spitalor obstetrik - gjinekologjik në nivelet e duhura.
	Buxheti i parashikuar për Strategjinë Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021.	❖ Mungesa e analizave për evidentimin e kostove specifike për realizimin ekonomik të kësaj strategjie ❖ Mungesë të objektivave të qarta ekonomike dhe veprimtarive që do të ndërmerren në zbatim të objektivave ❖ Hendeku financiar i parashikuar mund të pengojë realizimin e objektivave të kësaj strategjie
	Mungesë monitorimi financiar i strategjisë	❖ Pamundësi për të vlerësuar zbatimin e kësaj strategjie nga këndvështrimi i kostove
	Pabarazi ekonomike.	❖ Vdekshmëria amtare është më e lartë në gratë që jetojnë në zonat rurale dhe në komunitetet më të varfra. ❖ Vdekshmëria amtare në vendin tonë në vitin 2019 është 9.7% për 1000 lindje.¹⁹ ❖ Vdekshmëria foshnjore 10.3 për 1000 lindje në vitin 2019.

¹⁹ <https://data.unicef.org/country/alb/>

	Ndërgjegjësim social i ulët	❖ Vëmendjen e pamjaftueshme ndaj popullatës së pashërbyer ❖ Njohuri të mangëta në familje dhe komunitet lidhur me nevojat e veçanta të grave, faktorë të lidhur me pozitën, kulturën, statusin social dhe ekonomik të grave, si dhe mos kontrollin e jetës së tyre për të marrë vendime lidhur me shëndetin e tyre. ❖ Niveli jo i duhur i përfaqësimit të grave në procesin e vendimmarrjes për shëndetin e tyre, pabarazitë në respektimin e të drejtave të grave ❖ Trajnime jo të mjaftueshme për nënat e reja.
	Zhvillimi teknologjik	❖ Pajisje dhe aparatura mjekësore në vendin tonë me nivel teknologjik më të ulët krahasuar me vendet e rajonit.
	Infrastruktura, Pajisje, Aparatura dhe Barna	❖ Mosmiratim i standardeve për pajisjet mjekësore, barnat, infrastrukturën fizike ❖ Pajisje dhe aparatura të amortizuara ❖ Infrastruktura spitalore (fizike dhe teknologjike) jashtë standardeve
1519 101	Ligji nr. 9106, datë 17.7.2003 “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar VKM nr. 404, datë 19.06.2004, “Për Krijimin dhe Mënyrën e Funksionimit të Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor”	❖ Mosfunksionimi i Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor ❖ Mungesa e Planit Kombëtar Spitalor
	Ligji nr. 8876, datë 04.04.2002 “Për Shëndetin Riprodhues”	❖ Ligj i pa përditësuar i cili nuk reflekton kërkesat e kohës
1511 211	Struktura MSHMS	❖ Shkrirja e Drejtorisë së Administrimit Spitalor

OSHKSH	❖ Institucion i krijuar rishtasi i cili ka nisur të funksionoj prej 1 viti.
Shërbimi spitalor obstetrik – gjinekologjik	❖ Mungesë stafi te kualifikuar veçanërisht neonatolog. ❖ Organizimi i punës. ❖ Mungesë trajnimesh të specializuara. ❖ Infrastruktura spitalore (fizike dhe teknologjike) ❖ Pajisje dhe aparatura të amortizuara.

Tabela 4: Analiza e Riskut

2.6 Feedback-u i subjekteve gjatë auditimit

Gjatë fazës studimore, sa i përket bashkëpunimit të subjekteve në auditim për kryerjen e takimit prezantues dhe vendosjes në dispozicion të dokumentacionit të nevojshëm ka rezultuar si më poshtë:

- ✓ Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk i është përgjigjur në kohë shkresës nr. prot. 647, datë 02.07.2020 “Njoftim fillim auditimi” duke vonuar kryerjen e takimit prezantues nga ana e KLSH i cili ishte parashikuar më datë 08.02.2020. Takimi prezantues me MSHMS është kryer më datë 13.07.2020, ndërsa takimet prezantuese me institucionet e varësisë janë kryer përkatësisht: më datë 14.07.2020 me Operatorin Shtetëror të Kujdesit Shëndetësor; më datë 16.07.2020 me Drejtuesit e SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, SUOGJ “Koço Gliozheni”, Spitalit Rajonal Korçë.
- ✓ MSHMS, OSHKSH, SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, SUOGJ “Koço Gliozheni” dhe Spitalit Rajonal Korçë kanë dërguar informacionin e kërkuar nga grupi i auditimit në respekt të afatit ligjor 1 javor.
- ✓ Spitalit Rajonal Vlorë nuk ka dorëzuar në kohë të gjithë dokumentacionin e kërkuar duke krijuar vonesa për grupin e auditimit.
- ✓ Megjithatë një pjesë e informacionit të dorëzuar nga këto subjekte nuk ka qenë i plotë ose në përputhje me informacionin e kërkuar nga grupi i auditimit gjatë fazës studimore.
- ✓ Komunikimet me subjektet e auditimit gjatë fazës studimore kanë qenë kryesisht elektronike për shkak të situatës së emergjencës shkaktuar nga pandemia Covid – 19. Grupi i auditimit nuk ka mundur të vizitojë fizikisht spitalet objekt auditimi gjatë fazës studimore.

Gjatë fazës së terrenit komunikimet me subjektet e audituara kanë qenë korrekte dhe profesionale, por zhvillimi i fazës së terrenit në përgjithësi ka qenë i kushtëzuar, sikurse edhe faza studimore, nga pandemia aktuale. Në veçanti, zhvillimi i fazës së terrenit në Spitalin Rajonal Vlorë ka qenë problematik pasi gjatë prezencës së grupit të auditimit aty, pjesa më e madhe e administratës u diagnostikua me covid dhe administrata u mbyll pothuajse plotësisht.

²⁰ Në këtë kontekst, dimensionin mjedisor i analizës PESTLE nuk i referohet mjedisit fizik (ekologjik), por faktorit “mjedis i punës”.

3. QASJA DHE DETAJET E AUDITIMIT

3.1 Fokusimi dhe përkufizimi i problemit

Ky auditim ka në fokus “Mëmësinë e sigurt” si një nga fushat parësore për shëndetin seksual dhe riprodhues referuar “Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021”. Mëmësia e sigurt përfshin kujdesin para konceptimit, kujdesi prenatal, natal dhe postnatal, parandalimi i problemeve të të porsalindurit dhe anomalive kongenitale të cilat ofrohen në tre nivelet e kujdesit shëndetësor: parësor, dytësor dhe terciar. Megjithatë, grupi i auditimit duke marrë në konsideratë kohën e zhvillimit të auditimit dhe kompleksitetin e kësaj fushe ka përqendruar këtë auditim vetëm në auditimin e performancës për shërbimin shëndetësor spitalor në ofrimin e kujdesit natal dhe postnatal.

Subjektet e përzgjedhura si objekt auditimi janë: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (Tiranë); Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (Tiranë dhe Drejtoritë Rajonale sipas nevojave të auditimit) në cilësinë e institucionit që ka vendosur në dispozicion informacione për shërbimin spitalor, kryesisht për trajnimet e kryera nga stafi i spitaleve rajonale në kuadër të Dokumentit Strategjik; Spitali Universitar Obstetrik - Gjinekologjik “Koço Gliozheni” (Tiranë); Spitali Universitar Obstetrik - Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” (Tiranë); Spitali Rajonal Korçë, Shërbimi Obstetrik - Gjinekologjik dhe Spitali Rajonal Vlorë,. Periudha e auditimit ka qenë 2016 - 2019.

Zhvillimi i këtij auditimi ka nisur si rrjedhojë e informacioneve nga media e shkruar lidhur me kushtet e garantuara nga maternitete e vendit tonë në kuadër të ofrimit të shërbimit obstetrik – gjinekologjik duke cilësuar këto informacione si materiale për publikun e gjerë.

Nëpërmjet këtij auditimit, KLSH ka evidentuar përgjegjësitë institucionale të subjekteve të auditimit në kuadër të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 në drejtim të efektivitetit dhe eficiencës së zbatimit të këtij dokumenti. Po kështu KLSH ka analizuar duke krahasuar me kriteret përkatëse për infrastrukturën spitalore, pajisjeve mjekësore e menaxhimit të stafit cilësinë e kushteve që ofrojnë 4 spitalet e përzgjedhura për këtë auditim, duke evidentuar problematika thelbësore referuar infrastrukturës, pajisjeve mjekësore e menaxhimit të stafit.

3.2 Objektivi i auditimit

Ky auditim ka patur objektiv matjen e performancës së institucioneve përgjegjëse për arritjen e “Mëmësisë së sigurt” referuar “Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021”, me fokus në ofrimin e shërbimit spitalor për “Kujdesin natal dhe postnatal”. Grupi i auditimit ka vlerësuar:

- ✓ Efektivitetin e veprimtarisë së institucioneve subjekt auditimi, sa i takon realizimit të objektivit të mëmësisë së sigurt në kontekstin e shërbimit spitalor natal dhe postnatal referuar Strategjisë Kombëtare për periudhën 2016 – 2019, si edhe kritereve të tjera audituese të identifikuara gjatë fazës studimore;
- ✓ Eficiencën e proceseve të hartimit të politikave, ndjekjen e tyre, zbatimin, monitorimin për arritjen e ofrimit të një shërbimi sa më cilësor në fushën e mëmësisë së sigurt.
- ✓ Kushtet infrastrukturore të garantuara nga 4 spitalet e përzgjedhura si objekt auditimi

3.3 Piramida e pyetjeve të auditimit

A është garantuar kujdes shëndetësor spitalor eficient dhe efektiv për mëmësinë e sigurt në vendin tonë nga institucionet përgjegjëse për periudhën 2016-2019?

1.1 A është siguruar zbatimi dhe monitorimi eficient dhe efektiv i Strategjisë Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues nga institucionet përgjegjëse sa i takon mëmësisë së sigurt?	1.2 A kanë garantuar SUOGJ "Koço Gliozheni", SUOGJ "Mbretëresha Geraldina", Spitali Rajonal Korçë dhe Spitali Rajonal Vlorë kujdes shëndetësor spitalor të duhur për mëmësinë e sigurt?	2.1 A plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparatat mjekësore?	2.2 A kanë spitalet staf të njatueshëm të kualifikuar dhe të trajnuar për të siguruar kujdesin e duhur shëndetësor për pacientin?
---	--	---	--

3.4 Kriteret Audituese

Kriteret Audituese	Përkrahja e Shërbimit	Kohëzgjatja e Shërbimit	Objektivat Strategjikë	Strategjia Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 Plani i Veprimit
A është garantuar kujdes shëndetësor spitalor eficient dhe efektiv për mëmësinë e sigurt në vendin tonë nga institucionet përgjegjëse për periudhën 2016 – 2019?	A është siguruar zbatimi dhe monitorimi eficient dhe efektiv i strategjisë Kombëtare për shëndetin seksual dhe riprodhues nga institucionet përgjegjëse sa i takon mëmësinë e sigurt?	A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës?	Objektivat strategjikë ✓ Përmirësimi i shëndetit dhe sigurimi i mirëqenies së gruas. ✓ Sigurimi i mbijetesës, ruajtja dhe përmirësimi i shëndetit dhe mirëqenies të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit. ✓ Menaxhimi, monitorimi dhe vlerësimi efektiv i shërbimeve shëndetësore përmes Shëndetësisë elektronike (E-health).	❖ Strategjia Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 ❖ Plani i Veprimit
	A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse?		✓ Raportimi i progresit në çdo 4 muaj. ✓ Raportimi vjetor të progresit. ✓ Përgatitja e raporteve për analiza të thella. ✓ Raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli ndërmjetës dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik.	❖ Strategjia Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 ❖ Plani i Veprimit
A kanë garantuar SUOGJ “Koço Gliozheni”, SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, Spitali Rajonal Korçë dhe Spitali Rajonal Vlorë kujdes shëndetësor spitalor të duhur për mëmësinë e sigurt?	A i plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparatat mjekësore?		✓ Standardet e përgjithshme për infrastrukturën Spitalore dhe spitalore universistare ✓ Rregjistri i aktiveve Llogaria 214	❖ Standardet e cilësisë për akreditim Spitalor ❖ Standardet e cilësisë për akreditimin Per struktura shëndetësore universistare ❖ Inter agency List of Medical Devices for Essential Intervention for Reproductive, Maternal,

3.5 Qasja dhe metodologjia e auditimit

Grupi i auditimit për të realizuar këtë mision auditimi ka përdorur si më të përshtatshme, bazuar edhe në të dhënat e grumbulluara gjatë fazës studimore, qasjen pragmatike. Për rrjedhojë nëpërmjet kësaj qasjeje grupi i auditimit ka përdorur të dhëna si sasiore ashtu edhe cilësore, për të kryer një analizë të duhur dhe korrekte të evidencave, duke çuar në rekomandime dobiprurëse për subjektet e përfshira në këtë auditim.

Teknikat audituese të përdorura për të analizuar çështjen e këtij auditimi sipas qasjes cilësore janë si vijon:

- Analizë risku sipas teknikës PESTLE;
- Intervista, takime me drejtues të institucioneve, stafin si dhe pyetje të hapura dhe pyetësor me shkrim, përpunim dhe analizim i përgjigjeve të tyre
- Vëzhgim në terren i gjendjes dhe situatës në dy SUOGJ - të dhe dy spitalet rajonale Vlorë dhe Korçë, intervista dhe pyetësor, për të testuar informacionet e përfituara nga subjektet nën auditim lidhur me problematikat që shtrohen në këtë auditim,;
- Konsultim i literaturës dhe praktikave më të mira në fushën e kujdesit shëndetësor spitalor, më konkretisht praktika, protokolle klinike, si dhe udhëzime për shërbimin obstetrik - gjinekologjik në vendin tonë.

Teknikat audituese të përdorura për të analizuar çështjen sipas qasjes sasiore janë si vijon:

- Pyetësor me pyetje të mbyllura drejtuar përfituesve të shërbimeve natale dhe postnatale në spitalet e përzgjedhura për këtë auditim.
- Krahasim dhe analizë e të dhënave statistikore zyrtare mbi vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë amtare e foshnjore.

4. SHTJELLIMI I PYETJEVE AUDITUESE

Lidhur me pyetjen kryesore të auditimit, **A ËSHTË GARANTUAR KUJDES SPITALOR SHËNDETËSOR EFICIENT DHE EFEKTIV PËR MËMËSINË E SIGURT NË VENDIN TONË NGA INSTITUCIONET PËRGJEGJËSE PËR VENDIN TONË PËR PERIUHDHËN 2016 – 2019?**, u arrit në këtë mesazh:

“Angazhimi i MSHMS në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor spitalor për mëmësinë e sigurt referuar objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 nuk ka qenë efektiv, për aq kohë sa ky institucion nuk ka mundur të krijojë kushtet e duhura për zbatimin e plotë të tyre. Monitorimi dhe vlerësimi i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues nuk kanë ekzistuar për periudhën 2016 – 2019, duke penalizuar kështu analizimin dhe verifikimin e rezultateve të arritura si rrjedhojë e zbatimit të këtyre objektivave. MSHMS nuk ka kryer një vlerësim gjithëpërfshirës dhe serioz të nevojës për burime njerëzore në strukturat shëndetësore të kujdesit spitalor, që analizon ngarkesën e punës për mjek, raportin numër pacientësh për mjek, duke përfshirë këtu edhe numrin e shtretërve me qëllim një përdorim sa më eficient dhe efektiv të burimeve njerëzore në dispozicion të sistemit shëndetësor.

Problematikat e infrastrukturës spitalore kanë penalizuar ofrimin e shërbimit, duke qenë se ende nuk garantohen kushtet optimale në përputhje me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe atyre Spitalore dhe nuk ofrohet një shërbim i cili siguron nivelin më të lartë të pastërtisë, higjienës dhe sterilitetit, që, me gjithë përpjekjet e pareshtura të personelit shëndetësor, ende mbetet në nivele jo të kënaqshme.

Mangësitë në administrimin dhe dokumentimin e trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor nga ana e specialistëve për edukimin në vazhdim, referuar shërbimit obstetrik – gjinekologjik, nuk lejon gjurmimin dhe raportimin e saktë të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi, si edhe penalizon vetë strukturat shëndetësore të cilat në këtë mënyrë nuk posedojnë të dhëna të sakta për avancimet profesionale të stafit.”

4.1 A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës?

Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021 është miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 529, datë 01.12.2016.²¹ Në këtë dokument janë parashikuar veprimtari konkrete në kuadër të garantimit të mëmësisë së sigurt (kujdesi shëndetësor spitalor natal dhe postnatal). Konkretisht, kanë qenë nën fokusin e këtij auditimi objektivat strategjik nr. 1 Përmirësimi i Shëndetit dhe Sigurimi i Mirëqenies së Gruas, nr. 2 Sigurimi i Mbijetesës, Ruajtja dhe Përmirësimi i Shëndetit dhe Mirëqenies të të Porsalindurit, Foshnjës, Fëmijës së Vogël dhe Adoloshentit dhe nr. 4 Menaxhimi, Monitorimi dhe Vlerësimi Efektiv i Shërbimeve Shëndetësore përmes Shëndetësisë Elektronike .

Grupi i auditimit i ka kërkuar zyrtarisht informacion MSHMS, si në fazën studimore ashtu edhe në fazën e terrenit të këtij auditimit, mbi zbatimin e objektivave të Strategjisë për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, nga ku ka rezultuar se MSHMS ka vendosur në dispozicion dokumentin e rishikimit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016 – 2020²², në të cilën nuk gjejnë përgjigjen e duhur problematikat e nxjerra në pah nga grupi i auditimit nëpërmjet pyetësorëve zyrtar drejtuar institucionit. Konkretisht grupi i auditimit i ka kërkuar MSHMS shpjegime mbi veprimtaritë e kryera në kuadër të objektivit strategjik:

- nr. 1, (objektivat specifikë nr. 1, 2 dhe 5);
- nr. 2 (objektivat specifikë nr. 1 dhe 2);
- nr. 4 (objektivi specifik nr. 1).

²¹ Ky dokument është pjesë integrale e Strategjisë Sektoriale të Shëndetit 2016 - 2020 dhe është hartuar falë mbështetjes teknike të OBSH – së. Gjithashtu prioritetet strategjike të tij janë hartuar në kuadër Strategjisë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim 2015 - 2020.

²² Albanian National Health Strategy 2016 – 2020.

Nga përgjigjet zyrtare të MSHMS dhe nga auditimi i dokumenteve zyrtare janë evidentuar disa problematika mbi zbatimin e objektivave të dokumentit të strategjisë si më poshtë. Së pari, mbikëqyrja e procesit të zbatimit të strategjisë është përcaktuar si detyrë e Komitetit Kombëtar të Shëndetit Riprodhues. Fillimisht KKSHP - ja është ngritur në vitin 2006 me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, mbështetur mbi nenin 21 të Ligjit nr. 8876, Datë 4.4.2002 “Për Shëndetin Riprodhues”, i ndryshuar, dhe riorganizuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë në vitin 2010. Vitet e fundit KKSHP nuk ka funksionuar, deri në vitin 2019 kur me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 661 datë 24.09.2019, “Për Ngritjen e Komitetit Kombëtar për Shëndetin Riprodhues”, është rikrijuar si strukturë, nisur edhe nga fakti se Dokumenti Strategjik dhe Plan i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues i ka caktuar këtij komiteti disa detyra specifike në kuadër të zbatimit të Strategjisë.²³ Ky Komitet si organ këshillimor ka për qëllim kryesor:

- Ndjekjen e situatës shëndetësore për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Analizimin e treguesve të sëmundshmërisë, vdekshmërisë amtare dhe feminare, treguesve të planifikimit familjar, sistemit të LIMS.
- Rishikimin dhe monitorimin e zbatimit të legjislacionit aktual në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Hartimin dhe ndjekjen e zbatimit të politikave dhe strategjive për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Rishikimin dhe hartimin e protokolleve dhe udhërrëfyesve për shëndetin riprodhues.
- Përgatitjen dhe miratimin e standardeve, normave për akreditimin e shërbimeve shëndetësore të kujdesit për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Shqyrtimin dhe aprovimin e projekteve dhe programeve kombëtare të shëndetit seksual dhe riprodhues.

Sipas Dokumentit Strategjik, KKSHP gjatë procesit të zbatimit të dokumentit strategjik ka për detyrë koordinimin e zbatimit të ndërhyrjeve, hartimin e planit strategjik për monitorimin e vlerësimit, duke përfshirë shpërndarjen e tij, mobilizimin e burimeve, zhvillimin e udhëzimeve, standardeve, mjeteve, si dhe të ofrojë platformat për shpërndarjen dhe shkëmbimin e praktikave që kanë impakt të lartë në shëndetin seksual dhe riprodhues, rezultatet e monitorimit dhe vlerësimit; krijimin e mundësive për kërkime dhe metoda inovative, për zbatimin e dokumentit strategjik, si dhe harmonizimin e politikave, ligjeve dhe rregulloreve.²⁴

Nga auditimi ka rezultuar se ky komitet nuk ka funksionuar gjatë gjithë periudhës së zbatimit të strategjisë, pasi është rikrijuar vetëm në vitin 2019. Gjithashtu nga auditimi i minutave të takimeve të KKSHP të mbledhjeve të këtij komiteti për periudhën 2019 – 2020 ka rezultuar se çështjet kryesore të trajtuara në mbledhjet e zhvilluara deri tani kanë qenë kryesisht, ndër të tjera, diskutime mbi ndryshimet në ligjin nr. 8876, datë 04.04.2002 “Për Shëndetin Riprodhues”, si edhe nevoja për adresim të problematikave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 nisur edhe nga fakti se KLSH ka nisur pikërisht një auditim mbi këtë çështje si edhe në kuadër të hartimit të strategjisë së re në këtë fushë.

Nisur nga sa më sipër, nga auditimi, sa i takon zbatimit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues ka rezultuar se:

Gjetje nga auditimi:

- ✓ MSHMS nuk ka gjurmë të sakta për statusin e zbatimit të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.

²³ Përgjigje zyrtare e pyetësorit të Kontrollit të Lartë të Shtetit për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, datë 04.11.2020.

²⁴ Dokumenti Strategjik dhe Plan i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, fq. 87

- ✓ Pavarësisht mungesës së gjurmëve në drejtim të statusit të zbatimit të objektivave nga auditimi në terren ka rezultuar se:
 - Komiteti Kombëtar i Shëndetit Riprodhues (më tej KKSHR)²⁵ nuk ka funksionuar gjatë periudhës së zbatimit të strategjisë, dhe ka nisur të funksionoj vetëm në vitin 2019. KKSHR nuk ka kryer funksionet e përcaktuara kundrejt zbatimit të objektivave të këtij dokumenti strategjik.
 - MSHMS nuk ka proceduar me përcaktimin dhe zbatimin e planeve për nevojat e institucioneve shëndetësore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal lidhur me infrastrukturën, burimet njerëzore, dhe pajisjet mjekësore.
- Nga auditimi i objektivave specifike të dokumentit strategjik ka rezultuar se:
 - MSHMS nuk ka ndërmarrë veprimtari në zbatim të paketës së shërbimeve të kujdesit natal dhe postnatal sipas karakteristikave dhe nevojave social - ekonomike të zonave të ndryshme me prioritet zonat verilindore dhe zonat rurale.
 - MSHMS nuk ka vepruar në lidhje me përcaktimin e standardeve dhe përmirësimin e organizimit (përfshirë këtu numrin e punonjësve të shëndetësisë) të shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar në nivel spitalor;
 - MSHMS nuk ka proceduar me iniciativa drejtuar Fakultetit të Mjekësisë dhe Ministrisë së Arsimit, Sporteve dhe Rinisë, në drejtim të me përditësimin dhe përmirësimin e cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.
 - Nuk janë përcaktuar dhe përditësuar indikatorët e shëndetit amtar, bazuar në indikatorët e OBSH-së²⁶ dhe EUROSTAT²⁷. Nuk është ngritur një sistem kombëtar i mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara. Nuk është krijuar regjistri kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së²⁸, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach)²⁹. Nuk është vendosur një sistem kombëtar i auditimit të vdekjeve amtare (sipas modelit të OBSH-së) për të analizuar me urgjencë çdo vdekje amtare të ndodhur, si dhe sëmundshmërinë e rëndë amtare ("near - miss" events)³⁰.
 - Nuk është kryer zbatimi i mjetit për vlerësimin/auditimin e cilësisë së kujdesit amtar të adoptuar sipas rekomandimeve të OBSH-së në të gjitha maternitetet e vendit.
 - Nuk është kryer përgatitja e paketave të ndërhyrjeve për ofrimin e kujdesit bazë dhe shtesë për gratë dhe të porsalindurit për parandalimin ose trajtimin e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë, të provuara dhe rekomanduara nga

²⁵ Fillimisht KKSHR është ngritur në vitin 2006 me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, mbështetur mbi nenin 21 të Ligjit nr. 8876, Datë 4.4.2002 "Për Shëndetin Riprodhues" dhe riorganizuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë në vitin 2010. Shih faqe nr. 87, Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.

²⁶https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44770/9789241502818_eng.pdf;jsessionid=C43853DFBBA746EF5D1F0C58B23A1A54?sequence=1

²⁷ European Core Health Indicators, Treguesit Themelorë Evropianë të Shëndetit (ECHI), janë rezultat i një bashkëpunimi afatgjatë midis Shteteve Anëtare të BE-së dhe Komisionit Evropian. Tre projekte ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) të financuara nga Programet Shëndetësore të BE-së krijuan listat e para të indikatorëve ECHI, duke synuar krijimin e një sistemi të krahasueshëm të informacionit dhe njohurive shëndetësore për të monitoruar shëndetin në nivelin e BE-së. Aktualisht janë hartuar 88 indikatorë të shëndetit, ndër të cilët edhe ato të shëndetit amtar. Për më tepër: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en

²⁸ <https://www.who.int/bulletin/archives/78%285%29614.pdf>

²⁹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>

³⁰ idem.

- evidencat ndërkombëtare dhe OBSH, të përshtatura me situatën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale të vendit.
- Nuk është zhvilluar dhe zbatuar një pakete për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.
 - Nuk është vlerësuar ngritja e ekipeve multidisiplinare në institucionet e kujdesit shëndetësor spitalor për të porsalindurit, dhe siguri për të qenë të aftë të menaxhojnë komplikacionet amtare dhe neonatale (nevojat për specialist si neonatolog, anesteziist, infermierë etj., në shërbimet e kujdesit spitalor për të porsalindurit dhe plotësimi tyre).
 - Nuk është kryer institucionalizimi i survejimit së vdekjeve amtare dhe perinatale³¹.
 - Nuk është kryer vlerësimi i cilësisë së materniteteve publike³² të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik, por ky koncept është adoptuar në ligjin nr 27, datë 08.05.2019 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr. 10 107, datë 30.3.2009, “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.
 - Nuk janë kryer çdo 2 vjet analiza për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulesës së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.
 - Nuk është ngritur sistemi i mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
 - Nuk është ngritur sistemi i monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.
- ✓ Nga auditimi ka rezultuar se nuk ka protokolle klinike të unifikuara dhe të miratuara nga MSHMS në nivel kombëtar për shërbimin obstetrik - gjinekologjik. Shërbimi obstetrik – gjinekologjik punon me protokolle të brendshme, por unifikimi në nivel vendi sikurse kërkohet në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021³³, ende nuk është ndërmarr nga MSHMS.
 - ✓ Referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues është konstatuar se nuk janë përditësuar dokumentet "Ta bëjmë shtatzëninë më të sigurt", i cili është një mjet që përdor shërbimi i obstetrikës në maternitete për të vlerësuar cilësinë e kujdesit spitalor për nënën dhe të porsalindurin, si dhe Dokumentit "Udhërrëfyes i Praktikes Klinike për Abortin e Sigurt" miratuar me urdhër nr. 491, datë 17.11.2015.
 - ✓ Nuk është hartuar baza ligjore dhe rregulloreve të nevojshme për “Sigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatal” referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.
 - ✓ Nuk është hartuar, miratuar dhe zbatuar një sistem konkret referimi, në nivel kombëtar, për kapjen, menaxhimin dhe/ose referimin e rasteve me rrezik të lartë dhe komplikacioneve gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, nga komuniteti tek qendra shëndetësore në KSHP, spitalet e qarkut dhe ndarja e përgjegjësive të stafit midis niveleve të referimit.

³¹ Instrumenti i survejimit dhe përgjigjes ndaj vdekjeve amtare dhe auditimi perinatal (The Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) and perinatal audit) është adoptuar nga OBSH që në vitin 2013 për të kuptuar vdekjet amtare dhe perinatale (numrat dhe shkaqet) e për të ndikuar kështu në përmirësimin e politikave, programeve dhe cilësinë e kujdesit amtar dhe perinatal në të gjitha nivelet e institucioneve të përfshira në garantimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës.

³² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16817076/> Audit of severe maternal morbidity in Uganda--implications for quality of obstetric care, Auditim i kryer nga OBSH ne kuadër të implementimit të konceptit të auditimit klinik.

³³ Miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. nr. 529, datë 01.12.2016.

Konkluzione

- Objektivat e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, sa i takon temës së këtij auditimi “Mëmësia e Sigurt” Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal”, në mungesë të funksionimit të strukturës këshillimore, KKSHR, të ngarkuar për mbikëqyrjen e zbatimit të këtij dokumenti, nuk janë ndjekur në fazën e zbatimit të tyre, e për rrjedhojë shumë prej këtyre objektivave nuk janë zbatuar.

Rekomandime

- MSHMS të marrë të gjitha iniciativat e nevojshme, brenda kompetencave ligjore, në bashkëpunim me Ministrinë e Arsimit, Sporteve dhe Rinisë në drejtim të përditësimit dhe përmirësimit të cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.

Janar 2022

- MSHMS të kryej një vlerësim të veçantë sa i takon infrastrukturës, burimeve njerëzore, dhe pajisjeve mjekësore të institucioneve shëndetësore spitalore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal.

Janar 2022

- MSHMS të krijojë regjistrin kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach).

Janar 2022

- MSHMS të kryej, për të gjitha maternitetet, vlerësimin e cilësisë së materniteteve publike të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik.

Dhjetor 2021

- MSHMS të zhvillojë dhe zbatojë një paketë për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.

Dhjetor 2021

- MSHMS të marrë masa për të kryer çdo 2 vjet analizat për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulimit së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.

Janar 2022

- MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme për të realizuar institucionalizimin e survejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale; për të ngritur sistemin e mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si edhe në veçanti sistemin kombëtar të mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara; për të ngritur sistemin e monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.

Dhjetor 2021

- MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj në kuadër të hartimit dhe përmirësimit të bazave ligjore dhe rregulloreve për “Sigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatal” referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.

Dhjetor 2021

- MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj ligjore:
 - në kuadër të hartimit, përmirësimit dhe miratimit të protokolleve klinike të unifikuara në nivel vendi për sigurimin e mëmësisë së sigurt.

- për hartimin dhe miratimin e një sistemi konkret referimi të unifikuar për menaxhimin e rasteve me rrezikshmëri të lartë dhe ndarjen e përgjegjësisë të stafit mjekësor midis niveleve të referimit.

Dhjetor 2021

4.2 A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse?

Procesi i monitorimit dhe vlerësimit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues parashikohet të kryhet mbi bazën e një plani të monitorimit e vlerësimit të hartuar për këtë qëllim. Në këtë dokument gjithashtu janë parashikuar edhe mënyrat e raportimit të rezultateve të këtij dokumenti nëpërmjet: raportimit të progresit çdo 4 muaj; raportimit vjetor të progresit; përgatitjen e raporteve për analiza të thelluara duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i monitorimit dhe vlerësimit, kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik; raportet e vlerësimit duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli i ndërmjetëm dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik.

Sipas Dokumentit strategjik aktivitetet e vlerësimit dhe monitorimit do të targetonin proceset e veçanta të parashikuara për zbatimin e planit të veprimit, efektet dhe impaktin mbi shëndetin seksual dhe riprodhues në përgjithësi, si edhe mëmësinë e sigurt në veçanti, temë kjo e cila jo vetëm është në fokusin e dokumentit strategjik, por edhe është tema e këtij auditimi performance. Për monitorimin e aktiviteteve të planit të veprimit të strategjisë, vlerësimet e impaktit do të fokusoheshin kryesisht në vlerësimin e shtrirjes me të cilin janë arritur objektivat, synimet dhe indikatorët (proces, output, outcome).³⁴

Synimet specifike, indikatorët e impaktit, procesit dhe rezultatit do të përcaktoheshin dhe mateshin në afate kohore të përcaktuara. Gjatë periudhës pesëvjeçare të zbatimit të strategjisë duhet të ishin kryer vlerësime afatmesme dhe vlerësime përmblendhëse në fund të përfundimit të saj.

Objektiv specifik i ngritjes së sistemit të monitorimit dhe vlerësimit të strategjisë është të promovohen vendime të bazuara në evidencë në të gjitha nivelet.

Nëse bëjmë një analizë të thjeshtë të ndërtimit të dokumentit strategjik dhe planit të veprimit sipas kritereve SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realist, Timely), mund të vëmë re se jo të gjitha këto kritere plotësohen. Në veçanti vihet re se objektivat strategjike dhe ato specifike përputhen me kriterin e specificitetit, pra ato janë objektiva specifike, por nuk janë të matshëm për aq kohë sa as në dokumentin strategjik, as në planin e veprimit, e as në raporte monitorimi apo në planin e monitorimit dhe vlerësimit nuk është specifikuar mënyra e saktë e matjes së arritjes së objektivave.

Për aq kohë sa këto objektiva strategjike dhe specifike nuk rezultojnë të matshëm për qëllimin e përmirësimit të situatës, ato rezultojnë të jenë objektiva për të cilët cenohet realizueshmëria e tyre. Gjithashtu në planin e veprimit specifikohet secili objektiv me fondin e parashikuar për secilin, por pa identifikuar institucionin që është i ngarkuar për realizimin e tij. Gjithashtu, objektivat strategjike dhe ato specifike nuk janë realiste pasi ato nuk rezultojnë të jenë të koordinuara me objektiva të tjerë të cilët mund të kenë rëndësi në realizimin e tyre.

Vërehet më tej se, dokumenti strategjik dhe plani i veprimit kanë një kohëzgjatje pesë vjeçare për realizimin e tyre, por secili objektiv strategjik apo specifik nuk ka të specifikuar afatin kohor të paracaktuar brenda të cilit këto do të kryhen.

Grupi i auditimit i ka kërkuar vazhdimisht Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të vendos në dispozicion të KLSH –së informacione sa i takon monitorimit dhe vlerësimit të dokumentit strategjik dhe planit të veprimit.

Nga përgjigjet zyrtare që MHSMS i ka dorëzuar grupit të auditimit ka rezultuar se deri tani nuk është bërë një vlerësim i strategjisë për shëndetin seksual dhe riprodhues, e më konkretisht nuk janë realizuar: raportimet e progresit çdo 4 muaj; raportimi vjetor i progresit;

³⁴ Dokumenti Strategjik dhe Plan i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021

përgatitja e raporteve për analiza specifike duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i monitorimit dhe vlerësimit; kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik; raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli i ndërmjetëm dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik. Gjithashtu nuk është hartuar një plan monitorimi dhe vlerësimi ashtu siç edhe sanksionohet në dokumentin strategjik.

Kjo mangësi ka ardhur si rrjedhojë e faktit se Drejtoria e Politikave dhe Strategjive të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale është fokusuar në administrim dhe planifikim spitalor të të gjithë strukturave spitalore duke ndjekur problematikat e spitaleve në të gjithë komponentët e tyre, e jo në detyra specifike sikurse parashikohet edhe nga rregullorja e brendshme. Suprimimi i sektorit të shëndetit të nënës dhe fëmijës për shkak të ristrukturimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale që në vitin 2013 e deri tani, ka penalizuar punën e Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, nisur edhe nga fakti se ka pasur mungesa në kapacitete njerëzore për analizimin e treguesve kryesor shëndetësor. Sektori i shëndetit të nënës dhe fëmijës përbëhet nga mjek obstetër - gjinekolog, mjek pediatër, punonjës social. Para vitit 2013 bëhej analizë e detajuar e treguesve të shëndetit të gruas bazuar në informacionin statistikor të prodhuar nga sektori i statistikave shëndetësore. Në vitin 2020 me urdhër ministri është ngritur grup pune për analizimin e situatës rast pas rasti.³⁵

Grup sëmundjet kryesore që shfaqen në periudhën përreth lindjes janë: sëmundjet infektive, sëmundjet e aparatit respirator, sëmundjet e aparatit gastrointestinal, sëmundje të të porsalindurit, anomalitë kongenitale, sëmundje të tjera, sëmundje pa diagnozë, sëmundje të papritura, ndërlikimet e barrës, lindje premature, sëmundje të nënës, preklampsi ose sëmundje të membranave hialine.

Lindjet në institucionet publike shëndetësore zënë 86.6 %. Në nivel Kombëtar përqindja e lindjeve të asistuar me staf profesional është 99.98% për vitin 2019. Lindje të pa asistuar me staf mjekësor përbëjnë 0.02% ose 6 lindje në shifër absolute. Numri dhe përqindja e fëmijëve të lindur nën peshë është 3.5%.

Sipas INSTAT, vdekshmëria foshnjore, për vitin 2019 është raportuar 10.3/1000 lindje të gjalla. Të dhënat nga INSTAT janë zyrtare të cilat merren nga gjendja civile sipas skedës së vdekjes dhe shkaqeve të vdekjes. Në këtë shifër përfshihen vdekjet 0 - 1 vjeç dhe Feto Morto.³⁶ Sipas përkufizimeve të OBSH, këto janë dy koncepte të ndryshme dhe nuk mund të përlllogariten bashkë dhe për këtë arsye MSHMS i raporton si zëra më vete.

Nga të dhënat e vendosura në dispozicion nga MSHMS, trendi i vdekshmërisë foshnjore³⁷ për institucionet publike shëndetësore është në rënie nga viti në vit, gjë kjo e cila ndodh për shkak të rënies në numrit të lindjeve.

<i>Viti</i>	<i>Nr. Vdekjeve të foshnjave/1000 lindje të gjalla</i>
<i>2016</i>	6.5
<i>2017</i>	5.3
<i>2018</i>	6.3
<i>2019</i>	5.9

Tabela 6: Vdekshmëria Foshnjore për periudhën 2016 - 2019

³⁵ Përgjigje zyrtare e pyetësorit të Kontrollit të Lartë të Shtetit për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, datë 04.11.2020.

³⁶ Fëmijë të lindur të vdekur.

³⁷ Vdekjet nga 0 deri në 1 vjeç.

Nga të dhënat e MSHMS evidentohet ulja e vdekshmërisë neonatale³⁸ e cila është reduktuar nga 4.7/1000 lindje të gjalla në vitin 2018 në 4.0/1000 lindje të gjalla në vitin 2019. (sipas grupmoshës 0 - 1 ditësh, 1 - 6 ditësh, 6 - 28 ditësh).

Evidentohet pra, që këto të dhëna nuk janë gjithëpërfshirëse pasi reflektojnë situatën e indikatorit sipas matjeve të kryera vetëm për strukturat shëndetësore publike, e jo edhe ato private.

Vdekshmëria amtare kalkulohet si numri i vdekjeve në gra për 100.000 lindje të gjalla.

MSHMS e ka kalkuluar mbi numrin e lindjeve të institucioneve publike dhe rezulton të jetë për periudhën objekt auditimi si më poshtë:

Viti	Në vlerë absolute	Nr. gra të vdekura/100.000 lindje të gjalla	Vendi
2016	1	3.5/100.000	Tiranë
2017	3	10.9/100.000	2 Vlorë, 1 Tiranë
2018	1	3.9/100.000	Kukës
2019	2	8.1/100.000	1 Elbasan, 1 Kukës

Tabela 7: Vdekshmëria amtare për periudhën 2016 -2019

Nga përgjigja zyrtare e MSHMS pohohet se në luhatjet e vdekshmërisë amtare ndikon drejtpërdrejt trendi në ulje i lindjeve në përgjithësi në nivel kombëtar dhe në veçanti në institucionet shëndetësore publike. Nga ku evidentohet se shifrat e mësipërme përllogarisin vetëm të dhëna në sistemin shëndetësor publik dhe nuk janë përgjithësuese në nivel kombëtar përfshirë edhe sektorin shëndetësor privat.

Me VKM nr. 327, 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat” është ngritur sistemi kombëtar i mbledhjes së informacionit, i cili ndahet në tri kategori kryesore:

- ✓ Regjistrat e sëmundjeve;
- ✓ Survejanca e sëmundjeve me rëndësi të veçantë në shëndetin publik;
- ✓ Të dhëna për aktivitetin e institucioneve shëndetësore.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor, publikë dhe privatë, [...], raportojnë të dhëna në sistemin e informacionit shëndetësor, sipas përcaktimit në nenin 30, të ligjit nr. 10107, datë 30.3.2009, “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”³⁹ (i ndryshuar), në të cilin parashikohet se MSHMS është institucioni përgjegjës për ngritjen dhe mbajtjen e një sistemi unik të informacionit shëndetësor, në bazë të standardeve evropiane të informacionit shëndetësor. Po kështu në këtë dispozitë ligjore parashikohet gjithashtu se ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat, janë të detyruar të mbledhin dhe të raportojnë të dhëna, në mënyrë periodike, sipas formatit dhe mënyrës së raportimit, të përcaktuar me VKM nr. 327 të sipërpërmendur. Nga përgjigja zyrtare e MSHMS evidentohet se ekzistojnë vështirësi dhe mospërputhje metodologjish me ofruesit e shërbimeve jopublike dhe për shkak të mungesës së kapaciteteve njerëzore të tyre në këtë fushë.

Nisur nga sa më sipër, si edhe nga të dhënat dhe përgjigjet e vendosura në dispozicion nga MSHMS grupit të auditimit, evidentohet se dy synimet **“reduktimi i vdekshmërisë amtare me 0.4 % më pak se niveli i vitit 2015” dhe “ulja e vdekshmërisë foshnjore me 0.4% më pak nga niveli i vitit 2015 (6.3/1000)”**, përcaktuar në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues, nuk mund të verifikohet dhe nuk mund të analizohet si nga MSHMS, ashtu edhe nga grupi i auditimit për aq kohë sa për këtë strategji ka munguar totalisht monitorimi dhe vlerësimi. Të dhënat e paraqitura në këtë raport auditimi

³⁸ Vdekjet nga 0 në 28 ditë.

³⁹ Pika 1, VKM nr. 327, 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat”

nuk përfshijnë strukturat shëndetësore jo publike që ofrojnë kujdes spitalor për mëmësinë e sigurt.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale përpunon të dhëna për numrin e lindjeve të institucioneve publike të raportuara nga spitalet e vendit sipas rretheve. Ky informacion përpunohet për nevojat e institucionit, por sipas MSHMS nuk është detyrë e këtij institucioni publikimi i tyre, pasi nuk është institucion përgjegjës për publikim zyrtar.⁴⁰ Në gjykimin e grupit të auditimit - nisur edhe nga fakti se, sikurse evidentohet edhe në këtë trajtim, ka disa mospërputhje midis të dhënave të gjeneruara nga MSHMS për nevojat e veta dhe të dhënat e publikuara nga INSTAT si institucioni përgjegjës për statistikën në vendin tonë - MSHMS mund të publikojë në kuadër të marrëdhënies së transparencës që ka me publikun, një buletin statistikor të vetin në linjë me sistemin e informacionit shëndetësor të ngritur për këtë qëllim.

Gjetje nga auditimi:

- ✓ MSHMS nuk ka hartuar planin e monitorimit dhe vlerësimit të Dokumentit dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.
- ✓ MSHMS nuk ka kryer raportimin e progresit çdo 4 muaj; raportimin vjetor të progresit; përgatitjen e raporteve për analiza më specifike duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i monitorimit dhe vlerësimit, kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik; raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli ndërmjetës dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik.
- ✓ Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 -2021 nuk janë ndërtuar duke pasur parasysh kriterin SMART, i cili saktëson karakteristikat bazë për një dokument strategjik të suksesshëm. Objektivat nuk janë të matshëm pasi nuk është specifikuar mënyra e saktë e matjes së arritjes së objektivave. Për aq kohë sa këto objektiva strategjik dhe specifik nuk rezultojnë të matshëm për qëllimin e përmirësimit të situatës, ato rezultojnë të jenë objektiva për të cilët cenohet realizueshmëria e tyre. Për secilin objektiv specifikohet fondi i parashikuar, por pa identifikuar institucionin që është i ngarkuar për realizimin e tij. MSHMS nuk ka informacion për shpenzimet e kryera për secilin aktivitet specifik sipas fondeve përkatëse parashikuar në planin e veprimit për këtë qëllim.
- ✓ Në MSHMS nuk ekziston më struktura përkatëse e cila ka qenë e ngarkuar me problematikat e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, është suprimuar që prej vitit 2013, sektori i shëndetit të nënës dhe fëmijës, i cili përbëhej nga mjek obstetër - gjinekolog, mjek pediatër, si edhe punonjës social.
- ✓ Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale përpunon të dhënat sipas sistemit të informacionit shëndetësor, por këto të dhëna nuk publikohen në faqen zyrtare.
- ✓ Nga auditimi u konstatua se të dhënat statistikore të mbajtura sipas sistemit të informacionit shëndetësor, nga të cilat dalin edhe rezultatet e vdekshmërisë amtare, foshnjore dhe neonatale etj, trajtuara në këtë material, nuk janë gjithëpërfshirëse pasi reflektojnë situatën e këtyre indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore publike, e jo edhe të atyre private në kundërshtim me pikën 1 të VKM nr. 327, datë 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat”.
- ✓ Ministri i Shëndetësisë nuk ka propozuar dhe miratuar “Planin Shtetëror Spitalor” ku të përcaktohet: shpërndarja e numrit të shtretërve, kriteret për përdorimin e fondit shtetëror spitalor, kërkesat didaktike dhe shkencore të universitetit, veprimtaria spitalore dhe nivelet organizativo-funksionale të rrjetit spitalor shtetëror, etj. në

⁴⁰ Përgjigje zyrtare e pyetësorit të Kontrollit të Lartë të Shtetit për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, datë 04.11.2020.

kundërshtim me nenin 41 të ligjit të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për Shërbimin Spitalor”.

Konkluzione

- Monitorimi dhe vlerësimi i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Vlerësimit ka qenë inefficient, pasi nga ana e MSHMS ka munguar planifikimi i këtyre proceseve, identifikimi i strukturave dhe personave përgjegjës për kryerjen e këtij funksioni, analiza kosto përfitim e realizimit të objektivave strategjik dhe specifik, duke impaktuar në mënyrë të qenësishme matjen e rezultateve të këtij dokumenti.
- Mungesa e informacionit financiar mbi realizimin e shpenzimeve për secilin objektiv specifik sipas fondeve të parashikuar në planit të veprimit, nuk favorizon në radhë të parë transparencën institucionale në këtë drejtim, si edhe penalizon vlerësimin kosto - përfitim të zbatimit të këtij dokumenti nëse do të kryhet në të ardhmen.
- Mungesa e monitorimit dhe vlerësimit të strategjisë ka penalizuar analizimin e rezultateve për dy synimet **“reduktimi i vdekshmërisë amtare me 0.4 % më pak se niveli i vitit 2015” dhe “ulja e vdekshmërisë foshnjore me 0.4% më pak nga niveli i vitit 2015 (6.3/1000)”**, përcaktuar në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues, të cilat nuk mund të verifikohen dhe nuk mund të analizohen si nga MSHMS, ashtu edhe nga grupi i auditimit.
- Mos respektimi i VKM nr. 327, datë 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat” edhe nga institucionet shëndetësore jo publike që ofrojnë shërbim spitalor ka penalizuar saktësinë dhe gjithëpërfshirjen e rezultateve të të dhënave për vdekshmërinë amtare, foshnjore, numrin e lindjeve etj, duke rezultuar në përlllogaritje të cunguar të indikatorëve cituar më sipër, të cilët nuk reflektojnë plotësisht situatën aktuale dhe të kaluar në vendin tonë. Ende pas 6 vitesh nga hyrja në fuqi e këtij vendimi dhe tre vite pas krijimit të regjistrave përkatës vetëm Spitali Amerikan raporton në MSHMS sipas formateve të përcaktuara në VKM.
- Mos parashikimi në VKM nr. 327, i një mekanizmi nxitës ose ndëshkues kundrejt institucioneve shëndetësore jo publike, të cilat ofrojnë kujdes shëndetësor në vendin tonë, ka penguar veprimtarinë e MSHMS dhe ISHP në drejtim të mbledhjes, analizimit dhe raportimit të të dhënave sipas formateve të sistemit të informacionit shëndetësor në vendin tonë.
- Mungesa e sektorit të shëndetit të nënës dhe fëmijës që prej vitit 2013 ka penalizuar jo vetëm procesin e monitorimit dhe vlerësimit të strategjisë, për shkak të mungesës së specialistëve të fushës si mjek obstetër – gjinekolog, mjek pediatër, punonjës social, et, por edhe ka prodhuar pasoja në analizimin e treguesve kryesor shëndetësorë. Gjithashtu ka penalizuar edhe vet punën e Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, pasi veprimtaria e kësaj drejtorie është orientuar më tepër kundrejt problematikave operative të menaxhimit të shërbimit spitalor, duke mos vepruar me analizimin e rezultateve të politikave me synim përmirësimin e tyre dhe hartimin e strategjive të reja në këtë drejtim.
- Mos publikimi nga ana e MSHMS i të dhënave zyrtare të mbledhura dhe të gjeneruara në përputhje me sistemin e informacionit shëndetësor nuk favorizon transparencën dhe llogaridhënien kundrejt qytetarëve në shërbim të të cilëve ky institucion punon.

Rekomandime

- MSHMS të marrë masa për të kryer një vlerësim gjithëpërfshirës të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues në të cilin të evidentohet qartë statusi i zbatimit të dokumentit deri në fund të periudhës 2017 – 2020 e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

Janar 2022

- MSHMS të kryej një analizë specifike kosto përfitim të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues me qëllim evidentimin e përfitimeve financiare nga zbatimi i objektivave vendosur në të, e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

Janar 2022

- MSHMS të hartojë strategjinë e radhës për shëndetin seksual dhe riprodhues në përputhje me kriterin SMART, duke parashikuar objektiva specifike, të matshme, të realizueshme, realiste dhe me afat të përcaktuar, nëpërmjet të cilave të evidentohen me saktësi fondet e parashikuara dhe institucionet e ngarkuara për zbatimin e tyre, e të ngrejë për këtë qëllim një sistem monitorimi e vlerësimi eficient me strukturat përkatëse përgjegjëse për këtë funksion.

Janar 2022

- MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme me qëllim ndryshimin e rregullores së brendshme të institucionit:
 - duke rikrijuar pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, sektorin e shëndetit seksual dhe riprodhues;
 - duke krijuar një strukturë e cila të merret ekskluzivisht me administrimin spitalor, në mënyrë që Drejtoria e Politikave dhe Strategjive të mund të kryej detyrat e saj funksionale, në përfitim të mirëmenaxhimit të punës brenda kësaj drejtorie.

Janar 2022

- MSHMS në bashkëpunim me FSDKSH, ISHP, OSHKSH, si dhe institucione të tjera të fushës, të punojë me qëllim hartimin dhe publikimin zyrtar të një buletini statistikor shëndetësor, në të cilin të përmbledhen dhe raportohen të dhënat e gjeneruara nga sistemi i informacionit shëndetësor, në përfitim të marrëdhënies së transparencës me publikun e gjerë, palët e interesit, si edhe për qëllime studimore kërkimore nga Institucionet e Arsimit të Lartë në vendin tonë e më gjerë.

Dhjetor 2021

- MSHMS të marrë iniciativat referuar kompetencave ligjore e të sigurojë të dhëna statistikore që reflektojnë situatën e indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore private.

Dhjetor 2021

- MSHMS, në zbatim të nenit 41 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për Shërbimin Spitalor”, i ndryshuar, të ndërmarrë të gjitha hapat ligjore të nevojshme për të hartuar dhe propozuar pranë Këshillit të Ministrave, Planin Shtetëror Spitalor.

Janar 2022

4.3 A i plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparaturat mjekësore?

Diskutimi sa i takon mjedisit spitalor lidhet ngushtë me përshtatshmërinë e infrastrukturës spitalore si nga ana ndërtimore, ashtu nga ana e pajisjeve dhe aparaturave mjekësore.

Një infrastrukturë spitalore e papërshtatshme impakton jo vetëm nga këndvështrimi i kushteve që i garantohen pacientit gjatë qëndrimit në strukturën shëndetësore, por edhe nga këndvështrimi i parandalimit dhe mbrojtjes nga infeksionet spitalore.

Në Udhërrëfyesin për Kontrollin dhe Parandalimin e Infeksioneve⁴¹, parashikohet se strukturat shëndetësore në vendin tonë duhet të plotësojnë standardet e cilësisë ISO. Sipas këtij udhërrëfyesi ndërtesat e vjetra nuk i plotësojnë këto standarde, por pavarësisht kësaj këto duhet të përfshihen në planifikime të mundshme të ristrukturimeve të tyre si në nivel qendror ashtu edhe lokal me qëllim mundësimin e zbatimit të tyre.

⁴¹ Udhërrëfyesi është hartuar nga një grup pune i ngritur me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 246, datë 10.06.2011, i përbërë nga përfaqësues të MSHMS, ISHP, ISKSH, QSUT dhe QKCSA – ISH.

Faktorët më të rëndësishëm të infrastrukturës ndërtimore të cilët luajnë një rol kyç në parandalimin e infeksioneve spitalore janë si vijon:

- lehtësia e lëvizjes duke minimizuar ekspozimin e pacientëve me risk të lartë dhe lehtësuar transportin e pacientëve;
- zbatimi i hapësirës së lejuar ndërmjet pacientëve;
- numri dhe lloji i duhur i dhomave të izolimit;
- zbatimi i hapësirave adekuate për pajisjet e higjienizimit të duarve;
- materialet e duhura për dyshemetë në mënyrë që të jenë lehtësisht të pastrueshme;
- zbatimi i kushteve të duhura për ajrim në zonat e izolimit dhe në zona të veçanta të kujdesit ndaj pacientit;
- parandalimi i ekspozimit ndaj sporeve fungale;
- sistemi i përshtatshëm i ujit të pijshëm për të shmangur sporet e legionela pneumonia.

Sa i takon vlerësimit për cilësinë e standardeve infrastrukturore për akreditimin e qendrave spitalore për spitalet objekt auditimi ka rezultuar se:

SUOGJ Mbretëresha Geraldinë – spital universitar i akredituar pjesërisht për një periudhë 3 vjeçare.

SUOGJ “Koço Gliozheni” – spital universitar në proces akreditimi

Spitali Rajonal Vlorë - spital rajonal i akredituar pjesërisht për një periudhë 3 vjeçare

Spitali Rajonal Korçë - spital rajonal i paakredituar.

Mbi Infeksionet Spitalore:

Në një spital, ajri, uji, pajisjet mjekësore dhe sipërfaqet e thata janë burime potenciale kontaminimi dhe infeksioni. Ambienti spitalor mund të kontaminohet me patogjene të ndryshëm ambientale si dhe me organizma virulente që transmetohen nga pacientët ose stafi i kolonizuar ose infektuar. Mbajtja e ambienteve të pastra dhe sterile me qëllim mbrojtjen e pacientëve dhe të stafit nga sipërfaqet e kontaminuara është një mision i vështirë dhe shumë i rëndësishëm. Nga auditimi rezultoi se në spitalet objekt auditimi për parandalimin e infeksioneve spitalore në frekuenca të caktuara kohore⁴² kryhen depistime në ambientet spitalore nga specialistët të fushës.

Për sa më sipër:

Në SUOGJ “Koço Gliozheni” ka rezultuar se nga auditimi i regjistrave të depistimeve si dhe nga intervista me mjekën mikrobiologje që kryente këto depistime në jo pak raste mostrat e marra nga pajisjet mjekësore, ambientet e brendshme të spitalit si (dysheme, krevate, inkubator, parvaze dritarësh etj) rezultojnë pozitive të kontaminuara. Kjo situatë vjen si rrjedhojë edhe e faktit se në këtë spital godina (ambientet e brendshme të saj) dhe pajisjet mjekësore janë të amortizuara, e për këtë arsye arrihet që të garantohej pastërti dhe higjienë në nivele shumë të mira, por jo sterilitet. Në këtë spital janë ngritur dhe funksionojnë strukturat përkatëse të kontrollit të infeksioneve spitalore si Komiteti i Kontrollit të Infeksioneve Spitalore dhe Njësia e Kontrollit të Infeksioneve Spitalore të cilat mbledhen rregullisht dhe raportojnë problematikat e ndeshura si rrjedhojë e rezultateve të depistimeve të kryera.

Në Spitalin Rajonal Vlorë, përgjithësisht ambientet e maternitetit ishin të pastra dhe të rregullta. Në kuadër të procesit të akreditimit me urdhrin e brendshëm nr. 509, datë 08.10.2019 në SRV është ngritur Komiteti i Kontrollit të infeksioneve spitalore, si edhe Njësia përkatëse. Në kuadër të procesit të akreditimit, SRV ka hartuar të gjitha protokollet dhe rregulloret e brendshme të nevojshme për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore, në përputhje edhe me udhëzuesin përkatës cituar më sipër.

Megjithatë nga auditimi rezultoi se në vite nuk ishin kryer depistime të rregullta për ngarkesën mikrobale të ambienteve spitalore (ajri uji, pajisjet mjekësore, sipërfaqet e thata etj), për shkak të mungesës së mjekës mikrobiologje në strukturën organizative të këtij spitali,

⁴² Sipas Udhëzuesit cituar më sipër frekuenca normale e kryerjes së depistimeve për të verifikuar kontaminimin e ambienteve spitalore është 1 herë në tremujor.

si edhe për shkak të mungesës së laboratorit mikrobiologjik. Gjatë kësaj periudhe depistimet për ngarkesën mikrobale të ambienteve të SRV janë kryer nga Drejtoria Rajonale e Shëndetit Publik Vlorë. Nga auditimi rezultoi se Spitali Rajonal Vlorë ka punësuar⁴³ një mjek mikrobiologe, për të cilën SRV ka marrë miratimin përkatës nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me shkresën nr. 1057/156 prot., 25.02.2019. Ka rezultuar gjithashtu se me shkresën nr. 3932, datë 31.07.2019, Spitali Rajonal Vlorë i ka kërkuar njësisë vendore të kujdesit shëndetësor që mjekja mikrobiologe të ushtrojë detyrat e saj funksionale pranë laboratorit mikrobiologjik të kësaj njësie. Për sa më sipër nga konsultimi me stafin spitalor dhe nga kërkesat për informacion të grupit të auditimit mbi regjistrin e depistimeve rezultoi se mjekja ruante këto dokumente pranë njësisë vendore të kujdesit shëndetësor dhe në momentin e auditimit këto nuk gjendeshin fizikisht në strukturën spitalore.

Megjithatë, nga auditimi i dokumentacionit i depistimeve të kryera vendosur në dispozicion grupit të auditimit ka rezultuar se, për periudhën objekt auditimit,:

- janë kryer mesatarisht 1 – 2 depistime në vit, në kushtet kur udhëzuesi sugjeron të paktën 4 në vit, ndërkohë që të gjithë spitalet e tjerë të audituar kryenin mesatarisht 2

Spitali Rajonal Korçë



Figura 1.
Salla e lindjes



Figura 2.
Lavamanët për larjen e
toshkjes

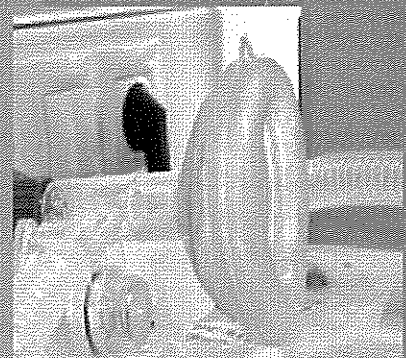


Figura 3.
Maskat e foshnjës

në muaj.

Në Spitalin Rajonal Korçë ekzistojnë dhe funksionojnë strukturat për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. Depistimet realizoheshin dhe dokumentohen rregullisht në një regjister një herë në muaj. Ky spital nuk kishte një mjek epidemiolog dhe për këtë arsye depistimet realizoheshin nga infermierja infeksioniste. Nga auditimi i regjistrave të depistimeve rezultoi se pajisjet më të kontaminuara janë aspiratorët, lavamanët etj.

Nga auditimi në terren në Spitalin Rajonal Korçë rezultuan disa mangësi në infrastrukturën spitalore si:

- lavamanët në shërbimin e neonatologjisë nuk respektonin standardet higjienikë si dhe në sipërfaqe të caktuara kishin ndryshk;
- Kutitë metalike në sallën e operacionit kishin ndryshk në sipërfaqe, fakt ky i konstatuar në një ambient i cili duhet të jetë absolutisht steril.
- Maskat në radiantet e foshnjave nuk ishin sterile.

Në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” janë ngritur dhe funksionojnë strukturat për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. Nga auditimi në terren në rezultoi se depistimet

⁴³ Kontrata nr. 1886/156, datë 20.03.2019, Kontratë individuale e punës midis zj. Arjeta Hoxha dhe Titullarit të Spitalit Rajonal Vlorë.

për mikro - organizma bakterial kryheshin dy herë në muaj nga një mjeke mikrobiologe e caktuar me këtë detyrë.

Në Buletinin nr. 1 të vitit 2019, publikuar nga Instituti i Shëndetit Publik është bërë “Vlerësimi dhe monitorimi i ngarkesës mikrobale dhe sterilitetit në ambientet spitalore të maternitetit “Mbretëresha Geraldinë”⁴⁴, nga ku evidentohen disa problematika të cilat kanë të bëjnë me ngarkesa mikrobale si për shembull:

Nga vlerësimi dhe monitorimi i ambienteve të bllokut operator të Obstetrikës në Maternitetin “Mbretëresha Geraldinë”, nga ekzaminimet e mësipërme u konstatua:

- Nga totali i 40 mostrave të testuara rezultojnë 7,5 % e tyre me shtame mikrobike.
- Nga totali i 40 mostrave të marra në ambjentet e sallës operatore rezultuan 37 mostra negative dhe 3 mostra me izolim dhe identifikim të mikrobeve patogene.

Nga 40 mostra i totalit, 37 prej tyre rezultuan negative = 92 %

- Staphylococcus Aureus = 2 shtame mikrobike = 5 %;
- E.Coli = 1 shtam mikrobik = 2,5 %, pra: o 92 % negativ dhe 7,5 % të kontaminuara ⁴⁵

Mbi Infrastrukturën Spitalore dhe Pajisjet Mjekësore

Për auditimin e infrastrukturës spitalore grupi i auditimit është mbështetur në Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare dhe Spitalore të Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të institucioneve shëndetësore (QKCSA).

Gjatë auditimit në terren janë vizituar dy nga shërbimet shëndetësore më të rëndësishme për ofrimin e mëmësisë së sigurt: shërbimi i obstetrikës dhe ai i neonatologjisë.

Në shërbimin Obstetrikë realizohen lindjet, në rrugë natyrale ose me operacion, edukimi shëndetësor për pacientet dhe trajtimi i patologjive të ndryshme të shkaktuara gjatë dhe pas lindjes. Në shërbimin e Neonatologjisë trajtohen bebet e sapolindura dhe anomalitë e ndryshme të tyre mbështetur kjo në diagnoza klinike.

Cilësia aktuale e infrastrukturës spitalore në vendin tonë në përgjithësi dhe e këtyre dy repartëve në veçanti është elementi kyç i cili luan një rol thelbësor në sigurimin e një shërbimi cilësor dhe për ofrimin e mëmësisë së sigurt.

Nga auditimi i infrastrukturës dhe kushteve fizike të ofrimit të shërbimit mjekësor në spitalet objekt auditimi rezultoi si më poshtë:

Në SUOGJ “Koço Gliozheni” rezultoi konkretisht:

- në sallat e lindjes natyrale dhe në dhomat pas lindjes infrastruktura nuk ishte referuar Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare.



- në tre sallat e lindjes u konstatua se shtretërit e lindjes (në lindjet natyrale) ishin shumë të amortizuar. Konkretisht tavolina e shtratit për vendosjen e pajisjeve mjekësore ishte e thyer, mbështetëset e këmbëve nuk ishin statike si dhe sfungjerët e shtratit të lindjes ishin shumë të amortizuar duke krijuar kështu rrezik për infeksione, pasi edhe pastrimi i tyre ishte shumë vështirë. Në këto salla garantohej pastërtia por jo steriliteti.
- kushtet në dhomat e pacientëve nuk ishin në nivelin e duhur referuar Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare:
- nuk respektohej raporti numër shtretëresh për sipërfaqe në dhomat e pacientëve;
- dhomat e pacientëve funksiononin me tualete të përbashkëta, duke u bërë e vështirë përdorimi i tyre prej pacientëve (kryesisht për pacientet e dala nga salla e operacionit) por dhe e rrezikshme për shkak të kushteve higjienike;
- në dhomat e pacientëve mungonin zilet për të thirrur mjekët dhe infermieret në rast komplikacionesh.
- pozicionimi i shtretërve në dhomat e pacientëve nuk respektonin hapësirat e përcaktuara për m² në Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare.
- pjesa më e madhe e dhomave kishte probleme me lagështinë dhe plasaritjet e shkaktuara për shkak të tërmetit në vitin 2019. Pllaka të rrëzuara duke nxjerr në pah suvanë si dhe pajisje mjekësore metalike të ndryshkura në hapësira ku ofrohet

SUOGJ "Koco Gliozheni"



Figura 1. Dhoma e pacientëve



Figura 2. Dhoma e pacientëve

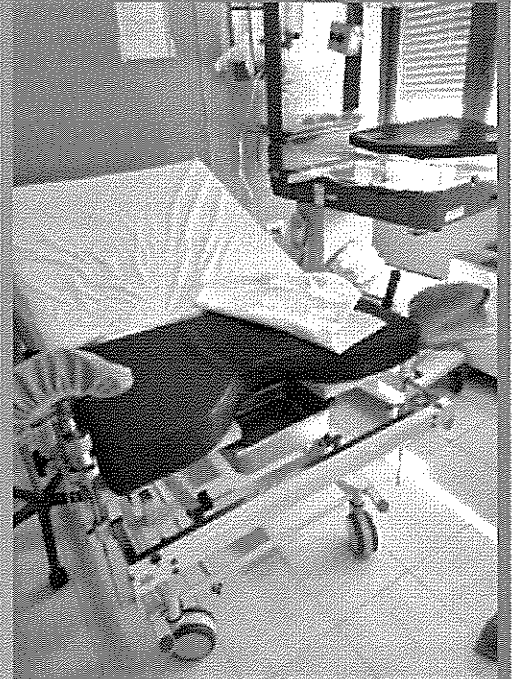


Figura 3. Shtrati i lindjes

shërbimi mjekësor ishte diçka që vërehej rëndom në këtë repart:

- Hapësirat spitalore nuk ishin të veshura me rezin;
- Shumë hapësira të dyshemesë dhe tavanit kishin lagështi dhe myk si dhe dyert dhe dritaret e dhomave ishin difektoze për shkak të viteve të përdorimit;
- frigoriferi i placentave nuk ishte në një dhomë të veçantë por ishte në një hapësirë e cila ishte e aksesueshme dhe nga pacientët;
- Dhoma ku mbahen foshnjat e sapo lindura ishte një hapësirë shumë e vogël si dhe lavamani në të cilin lahen foshnjat e sapolindura edhe pse ishte i bollshëm në përmasa, nuk ishte i sistemuar në ambientin e duhur;

- dritaret nuk ishin të pajisura me rrjetë mbrojtëse nga insektet dhe jo të gjitha ishin dopio xham;
- në një nga sallat e lindjes natyrale xhami i dritares ishte i thyer.

Gjithashtu nga auditimi i llogarisë 214 ka rezultuar se rreth 60% e pajisjeve mjekësore dhe mjeteve të tjera (si arredim spitalor) në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik.

Në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” kushtet higjienike ishin të mira. Megjithatë nuk mungonin as këtu problemet infrastrukture, në arredim dhe në pajisjet mjekësore:

- nga auditimi i llogarisë ekonomike nr. 214 rezultoi përafërsisht rreth 58% e pajisjeve mjekësore dhe arredimi në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik në masë 100% të vlerës, por janë ende në përdorim të stafit;
- shtretërit e pacientëve janë të ndryshkur në pjesët metalike);
- raporti numër shtretëresh për m² në dhomat e pacientëve nuk respektohej, por pavarësisht kësaj sipas specialistëve të akreditimit të QKCSA, ky standard plotësohej në m³ (vëllim) e jo në sipërfaqe;
- në dhomat e pacientëve mungonin zilet për thirrjen e mjekëve dhe infermiereve;
- jo të gjitha dhomat ishin të pajisura me tualete duke u bërë të vështira për tu aksesuar nga pacientet;
- në sallën e lindjes normale ishin dy shtretër lindje, si pasojë e daljes nga funksioni e sallës tjetër të lindjes në tërmetin e nëntorit 2019.
- muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko-kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuar të BE – së.

Në Spitalin Rajonal Vlorë, numri faktik i shtretërve në këtë maternitet prej vitit 2018 është 65 shtretër ndërkohë që numri i planifikuar i shtretërve për këtë shërbim është 80. Me kërkesën nr. 42/65 datë 19.09.2018 drejtuar MSHMS është kërkuar nga Spitali Rajonal Vlorë ndryshimi i numrit të shtretërve nga 368 në 321 mbështetur në standardet e veçanta të infrastrukturës në të cilën theksohet rëndësia e dendësisë dhe distancës së shtretërve brenda ambienteve pasi ky numër nuk ka ndryshuar që prej vitit 1980. Por nga MSHMS ende nuk ka pasur një miratim të këtij ndryshimi.

Problematika të evidentuara nga auditimi në terren i infrastrukturës spitalore:

- dhoma e lindjes natyrale ishte e veshur me rezin ndërkohë që salla e operacionit dhe ambientet e tjera jo;
- dhomat ishin të pajisura me tualet por shtretërit nuk respektonin hapësirat e lejuara për m² si dhe mungonin zilet për thirrjen e personelit mjekësor nga pacientet. Dyert dhe dritaret e dhomave ishin defektoze dhe të vjetëruara;
- sfungjeri i shtratit të lindjes ishte i amortizuar;
- Lavamani për larjen e foshnjës ishte porcelan dhe me përmasa shumë të vogla për të kryer funksionin që ka;
- muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko-kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuar të BE-se.
- Nga intervistimi i mjekëve neonat u konstatuan mungesa në pajisje mjekësore si: ambu dhe aparate aspirimi për foshnjat. Këto pajisje ishin funksionale por ishin të vjetëruara (8 vite përdorim).

Spitali Rajonal Vlorë



Figura 1.
Dhoma e lindjes



Figura 2.
Shtrati i lindjes



Figura 3.
Lavamani për larjen e foshnjëve

Përgjithësisht kushtet për ofrimin e shërbimit krahasimisht dhe me nivelin e investimeve të programuara dhe realizuara ishin në nivele të kënaqshme. Investimet e kryera në këtë maternitet janë financuar nga të ardhurat e spitalit dhe konsistojnë në restaurime, punime mirëmbajtje dhe plotësimin me pajisje të reja mjekësore duke krijuar kushte të përshtatshme për pacientët dhe personelin mjekësor si: zgjerimin dhe përshtatjen e ambienteve të brendshme të repartëve me qëllim përmirësimin e funksionimit dhe organizimit të shërbimeve, riparimin e dyshemeve, rifreskimi i lysterjes, ndriçimi, sistemi ngrohje - ftohje si dhe plotësimi me aparatura të reja e shtëpisë së lindjes.

Në vitin 2018 në Spitalin Rajonal Korçë ka përfunduar rikonstruksioni i godinës së re të maternitetit. Nga vizita në terren rezultoi se hapësirat në godinën e re të maternitetit: përmasat e dymve, koridoreve dhe dhomave ishin shumë të vogla duke krijuar jo pak herë probleme në lëvizshmërinë e pacientëve në kundërshtim me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, SPI 1.22⁴⁶. Nga auditimi u konstatua se edhe pse ky maternitet kishte vetëm dy vite që kishte përfunduar:

⁴⁶ Spitali duhet të sigurojë lëvizshmëri të mirë të pacientëve, personelit dhe të vizitorëve si dhe personave me aftësi të kufizuar fizike.

Spitali Rajonal Korçë



Figura 1.
Dhoma e lindjes

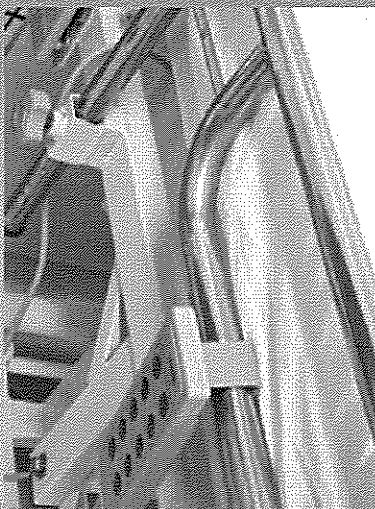


Figura 2.
Shtrati i lindjes



Figura 3.
Shtrati i lindjes

- shtretërit e lindjes ishin të amortizuar, sfungjeri ishte i konsumuar, si dhe pjesët metalike ishin ndryshkur. Një prej krevateve ishte thyer tek pjesa e mbajtjes së pajisjeve mjekësore si dhe mbajtësja e këmbëve nuk arrinte të qëndronte statike.

- Nga verifikimi i dhomave të pacienteve u konstatuan se pjesa më e madhe e komodinave të blera ishin të thyera edhe pse kishin vetëm 2 vjet përdorim (kjo dhe për shkak të cilësisë së ulët të tyre) si dhe gjithashtu dyert, dritaret dhe pajisjet e tualetit ishin defekte.
- Dhomat ishin të pajisura të gjitha me drite, zile për çdo shtrat. Në çdo dhomë kishte tualet;

Spitali Rajonal Korçë



Figura 1.
Komodina

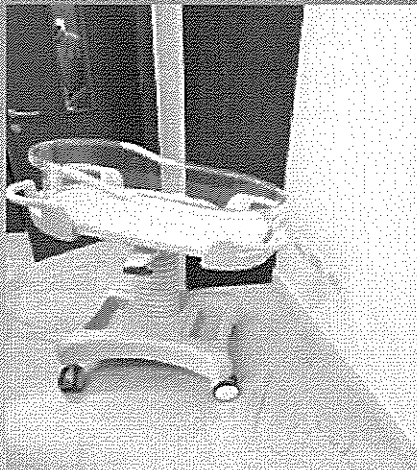


Figura 2.
Krevat bebi



Figura 3.
Lavaman dhe mishelari
i dushit

- Krevatet e bebeve nuk ishin sipas specifikimeve teknike në katalog. Ishin material plastik dhe pjesa më e madhe e tyre ishin prishur te pjesa e sustës për uljen dhe

ngritjen e foshnjës. Këto krevate ishin të papërshtatshëm dhe materiali plastik i tyre mbante shumë papastërti.

- Reaminacioni i maternitetit nuk ishte funksional. Me kontratën nr. 921 datës 10.08.2018 janë blerë shtretër reaminacioni në vlerën 476,850 lekë dhe nuk janë vënë në funksion prej vitit 2018.
- Hapësirat e Repartit të Neonatologjisë ishin të mjaftueshme për fluksin që ky maternitet kishte. Kapaciteti maksimal është 10 pozicione për trajtimin e bebeve me probleme shëndetësore, por nuk kishte fluks.
- Jo të gjitha hapësirat ishin të veshura me rezin.
- Muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko - kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuara të BE-se dhe sipas detyrës së projektimit për hartimin e një projekt - preventivi cilësor për realizimin e rikonstruksionit të objektit të maternitetit.
- Me kontratën nr. 1570 prot., datë 02.10.2018 janë blerë 6 shiringa elektrike me një vlerë totale 601,200 lekë (6*100,200), por nga auditimi rezultoi se vetëm 4 shiringa ishin në përdorim dhe dy prej tyre nuk ishin vënë asnjëherë në funksion.

Për furnizimin me setet e instrumenteve kirurgjikale sterile, furnizimin me materiale mjekësor steril njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale, MSHMS ka lidhur kontratën koncesionare në datën 10.12.2015 me operatorin Sani Service shpk.

Nga auditimi u konstatua se në Spitalin Rajonal Vlorë dhe në Spitalin Rajonal Korçë edhe pse reparti i gjinekologjisë dhe obstetrikës kishin autoklavë për sterilizimin e pajisjeve mjekësore, për lindjet normale përdorshin paketat e pajisjeve të sterilizuara të koncesionarit Sani Service shpk ndryshe nga Spitalet Universitare të cilët përdorin autoklavat e tyre. Përdorimi i paketave kishte një vlerë të konsiderueshme prej 16,680 lekë për set për një shërbim të cilin mund ta kryenin nëpërmjet autoklavës. Duke gjykuar me parimet e eficiencës dhe ekonomicitetit mund të themi se për SRV dhe SRK janë shpenzuar vetëm për vitin 2019 në kundërshtim me këto dy parime vlerat respektive prej 7,923,000 lekë dhe 7,589,400 lekë ndërkohë që këto shpenzime mund të ishin përdorur për të mbuluar nevoja të tjera të këtij shërbimi.

Viti	Spitali	Nr. Lindje natyrale	Kompleksitet i ulët (me TVSH)	Total
2019	SRK	455	16,680	7,589,400
	SRV	475	16,680	7,923,000

Tabela 8: Shpenzimet për sete kirurgjikale për operacione me kompleksitet të ulët

Gjetje nga auditimi

Mbi infrastrukturën Spitalore

- ✓ Në SUOGJ “Koço Gliozheni” rezultoi se:
 - në sallat e lindjes natyrale dhe në dhomat pas lindjes infrastruktura nuk ishte në përputhje me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, e konkretisht, shtretërit e lindjes (në lindjet natyrale) ishin shumë të amortizuar, tavolina e shtratit për vendosjen e pajisjeve mjekësore ishte e thyer, mbështetëset e këmbëve nuk ishin statike si dhe sfungjerët e shtratit të lindjes ishin shumë të amortizuar duke krijuar kështu rrezik për infeksione, pasi edhe pastrimi i tyre ishte shumë vështirë. Në këto salla garantohej pastërtia por jo steriliteti. Në një nga sallat e lindjes natyrale xhami i dritares ishte i thyer.
 - në dhomat e pacientëve nuk respektohej raporti numër shtretërorish për sipërfaqe; në dhomat e pacientëve funksiononin me tualete të përbashkëta; pjesa më e madhe e tyre

kishte probleme me lagështinë dhe plasaritjet e shkaktuara nga tërmeti i vitit 2019; hapësirat kishin pllaka të rrëzuara duke nxjerr në pah suvanë.

- hapësirat spitalore nuk ishin të veshura me rezin; shumë hapësira të dyshemesë dhe tavanit kishin lagështi dhe myk si dhe dyert dhe dritaret e dhomave ishin defektoze për shkak të viteve të përdorimit; frigoriferi i placentave nuk ishte në një dhomë të veçantë por ishte në një hapësirë e cila ishte e aksesueshme dhe nga pacientët;
- dhoma ku mbahen foshnjat e sapo lindura ishte një hapësirë shumë e vogël si dhe lavamani në të cilin lahen foshnjat e sapolindura edhe pse ishte i bollshëm në përmasa, nuk ishte i sistemuar në ambientin e duhur; dritaret nuk ishin të pajisura me rrjetë mbrojtëse nga insektet dhe jo të gjitha ishin dopio xham;
- nga auditimi i llogarisë 214 ka rezultuar se rreth 60% e pajisjeve mjekësore dhe mjeteve të tjera (si arredim spitalor) në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik.
- ✓ Në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” rezultuan problematika infrastrukturore, në arredim dhe në pajisjet mjekësore:
 - nga auditimi i llogarisë ekonomike nr. 214 rezultoi përafërsisht rreth 58% e pajisjeve mjekësore dhe arredimi në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik në masë 100% të vlerës, por janë ende në përdorim të stafit;
 - raporti numër shtretërish për m² në dhomat e pacientëve nuk respektohet, por pavarësisht kësaj sipas specialistëve të akreditimit të QKCSA, ky standard plotësohet në m³ (vëllim) e jo në sipërfaqe;
 - në dhomat e pacientëve mungonin zilet për thirrjen e mjekëve dhe infermiereve; jo të gjitha dhomat ishin të pajisura me tualete duke u bërë të vështira për tu aksesuar nga pacientët; në sallën e lindjes normale ishin dy shtretër lindje, si pasojë e daljes nga funksioni e sallës tjetër të lindjes në tërmetin e nëntorit 2019.
 - muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko-kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuara të BE – së.
- ✓ Në Spitalin Rajonal Vlorë, numri faktik i shtretërve në këtë maternitet prej vitit 2018 është 65 shtretër ndërkohë që numri i planifikuar i shtretërve për këtë shërbim është 80. Me kërkesën nr. 42/65 datë 19.09.2018 drejtuar MSHMS është kërkuar nga Spitali Rajonal Vlorë ndryshimi i numrit të shtretërve nga 368 në 321 mbështetur në standardet e veçanta të infrastrukturës në të cilën theksohet rëndësia e dendësisë dhe distancës së shtretërve brenda ambienteve pasi ky numër nuk ka ndryshuar që prej vitit 1980. Por nga MSHMS ende nuk ka pasur një miratim të këtij ndryshimi.
 - dhoma e lindjes natyrale ishte e veshur me rezin ndërkohë që salla e operacionit dhe ambientet e tjera jo; dhomat ishin të pajisura me tualet por shtretërit nuk respektonin hapësirat e lejuara për m² si dhe mungonin zilet për thirrjen e personelit mjekësor nga pacientët. Dyert dhe dritaret e dhomave ishin defektoze dhe të vjetërsuara; sfungjeri i shtratit të lindjes ishte i amortizuar; lavamani për larjen e foshnjës ishte porcelan dhe me përmasa shumë të vogla për të kryer funksionin që ka; muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale; nga intervistimi i mjekëve neonat u konstatuan mungesa në pajisje mjekësore si: ambu dhe aparate aspirimi për foshnjat. Këto pajisje ishin funksionale por ishin të vjetëruara (8 vite përdorim).
- ✓ Në Spitalin Rajonal Korçë rezultoi se hapësirat në godinën e re të maternitetit: përmasat e dymave, korridoreve dhe dhomave ishin shumë të vogla duke krijuar jo pak herë probleme në lëvizshmërinë e pacientëve në kundërshtim me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, SPI 1.22⁴⁷. Nga auditimi u konstatua se edhe pse ky maternitet kishte vetëm dy vite që kishte përfunduar:

⁴⁷ Spitali duhet të sigurojë lëvizshmëri të mirë të pacientëve, personelit dhe të vizitorëve si dhe personave me aftësi të kufizuar fizike.

shtretërit e lindjes ishin të amortizuar, sfungjeri ishte i konsumuar, si dhe pjesët metalike ishin ndryshkur. Një prej krevateve ishte thyer tek pjesa e mbajtjes së pajisjeve mjekësore si dhe mbajtësja e këmbëve nuk arrinte të qëndronte statike.

- Nga verifikimi i dhomave të pacienteve u konstatuan se pjesa më e madhe e komodinave të blera ishin të thyera edhe pse kishin vetëm 2 vjet përdorim si dhe gjithashtu dyert, dritaret dhe pajisjet e tualetit ishin defekte; krevatet e bebeve ishin prishur te pjesa e sustës për uljen dhe ngritjen e foshnjës.
- Reaminacioni i maternitetit nuk ishte funksional. Hapësirat e Repartit të Neonatologjisë ishin të mjaftueshme për fluksin që ky maternitet kishte. Kapaciteti maksima është 10 pozicione për trajtimin e bebeve me probleme shëndetësore, por nuk kishte fluks.
- Muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale. Jo të gjitha hapësirat ishin të veshura me rezin.
- Me kontratën nr. 1570 prot., datë 02.10.2018 janë blerë 6 shiringa elektrike me një vlerë totale 601,200 lekë (6*100,200), por nga auditimi rezultoi se vetëm 4 shiringa ishin në përdorim dhe dy prej tyre nuk ishin vënë asnjëherë në funksion.

Mbi infeksionet Spitalore

- Në SUOGJ “Koço Gliozheni” ka rezultuar se:
 - nga auditimi i regjistrave të depistimeve si dhe nga intervista me mjeken mikrobiologe mostrat e marra nga pajisjet mjekësore, ambientet e brendshme të spitalit si (lavamanë, dysheme, krevate, inkubator, parvaze dritaresh etj) në këto ambiente rezultonin të kontaminuara. Kjo situatë vjen si rrjedhojë edhe e faktit se në këtë spital godina (ambientet e brendshme të saj) dhe pajisjet mjekësore janë të amortizuara, e për këtë arsye arrihet që të garantohej pastërti dhe higjienë në nivele shumë të mira, por jo sterilitet.
 - Në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” ka rezultuar se:
 - depistimet për mikro - organizma bakterial kryheshin dy herë në muaj nga një mjek mikrobiologe e caktuar me këtë detyrë. Megjithatë, nga rezultatet e një vlerësimi dhe monitorimi të ambienteve të bllokut operator të Obstetrikës në Maternitetin “Mbretëresha Geraldinë” kryer nga ISHP në vitin 2019, u konstatua:
 - Nga totali i 40 mostrave të testuara rezultojnë 7,5 % e tyre me shtame mikrobike.
 - Nga totali i 40 mostrave të marra në ambjentet e sallës operatore rezultuan 37 mostra negative dhe 3 mostra me izolim dhe identifikim të mikrobeve patogene.
 - Nga 40 mostra i totalit, 37 prej tyre rezultuan negative = 92 %
 - Staphylococcus Aureus = 2 shtame mikrobike = 5 %;
 - E.Coli = 1 shtam mikrobik = 2,5 %, pra: o 92 % negativ dhe 7,5 % të kontaminuara ⁴⁸
 - Në Spitalin Rajonal Vlorë ka rezultuar se:
 - në vite nuk janë kryer depistime të rregullta për ngarkesën mikrobale të ambienteve spitalore (ajri uji, pajisjet mjekësore, sipërfaqet e thata etj), për shkak të mungesës së mjekes mikrobiologe në strukturën organizative të këtij spitali, si edhe për shkak të mungesës së laboratorit mikrobiologjik, problem ky i rregulluar me punësimin e një mjekes mikrobiologe.
 - nga auditimi i dokumentacionit të depistimeve të kryera vendosur në dispozicion grupit të auditimit ka rezultuar se, për periudhën objekt auditimi: janë kryer mesatarisht 1 – 2 depistime në vit, në kushtet kur udhëzuesi përkatës sugjeron të paktën 4 në vit,. ndërkohë që të gjithë spitalet e tjerë të audituar kryenin mesatarisht 2 në muaj.
- Në Spitalin Rajonal Korçë ekzistojnë dhe funksionojnë strukturat për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. Depistimet realizoheshin dhe dokumentohen rregullisht në një regjistër një herë në muaj. Ky spital nuk kishte një mjek

⁴⁸ Buletinin nr. 1 – 2019, Instituti i Shëndetit Publik, fq. 25.

epidemiolog dhe për këtë arsye depistimet realizoheshin nga infermierja infeksioniste. Nga auditimi i regjistrave të depistimeve rezultoi se pajisjet më të kontaminuara janë aspiratorët, lavamanët etj.

- ✓ Nga auditimi u konstatua se në Spitalin Rajonal Vlorë dhe në Spitalin Rajonal Korçë edhe pse reparti i gjinekologjisë dhe obstetrikës kishin autoklavë për sterilizimin e pajisjeve mjekësore, për lindjet normale përdorëshin paketat e pajisjeve të sterilizuara të koncesionarit Sani Service shpk ndryshe nga Spitalet Universitare të cilët përdorin autoklavat e tyre. Përdorimi i paketave kishte një vlerë të konsiderueshme prej 16,680 lekë për set për një shërbim të cilin mund ta kryenin nëpërmjet autoklavës. Duke gjykuar me parimet e eficiencës dhe ekonomicitetit mund të themi se për SRV dhe SRK janë shpenzuar vetëm për vitin 2019 në kundërshtim me këto dy parime vlerat respektive prej 7,923,000 lekë dhe 7,589,400 lekë ndërkohë që këto shpenzime mund të ishin përdorur për të mbuluar nevojat të tjera të këtij shërbimi.

Konkluzione

- Problematikat e evidentuara në infrastrukturën spitalore të subjektet e auditimit kanë impaktuar në mënyrë të qenësishme ofrimin e shërbimit, duke qenë se në këto struktura shëndetësore nuk garantohen kushtet optimale në përputhje me standardet e akreditimit (si për spitalet e akredituara ashtu edhe për ato të pa akredituara) dhe nuk ofrohet një shërbim i cili siguron nivelin më të lartë të pastërtisë, higjienës dhe sterilitetit, që me gjithë përpjekjet e pareshtura të personelit shëndetësor, ende mbetet në nivele jo të kënaqshme.
- Përdorimi i pajisjeve mjekësore, mjeteve të tjera dhe arredimit spitalor të amortizuara plotësisht nga këndvështrimi ekonomik evidenton qartësisht mungesën e investimeve në vite në këto drejtime, si edhe cenon cilësinë e shërbimit të ofruar nga spitalet objekt auditimi, për arsye se personelit mjekësor të këtyre strukturave nuk u garantohen kushtet *sine qua non* për të ushtruar profesionin e tyre në nivelin më të lartë të profesionalizmit mjekësor.
- Shpenzimet e realizuara në SRK dhe SRV për sterilizimin e seteve të përdorura në lindjet normale kanë rezultuar në kundërshtim me parimet e eficiencës dhe ekonomicitetit, nisur nga fakti se me përdorimin e mjeteve sterilizuese në dispozicion të këtyre strukturave mund të kurseheshin duke u përdorur për nevojat të tjera, për vitin 2019, respektivisht në vlerat 7,923,000 lekë dhe 7,589,400 lekë.

Rekomandime

- MSHMS në kuadër të ofrimit të mëmësisë së sigurt dhe arritjes së objektivave të Strategjisë Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, të marrë masa për planifikimin dhe realizimin e investimeve infrastrukturore në Spitalet Universitare dhe Rajonale të vendit, për të garantuar dhe siguruar përputhshmërinë me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe Spitalore, në përfitim edhe të procesit të akreditimit:
- brenda kompetencave ligjore, të kërkojë zyrtarisht të gjitha strukturave spitalore që ofrojnë shërbim obstetrik – gjinekologjik në vendin tonë, të kryejnë një vlerësim paraprak të infrastrukturës spitalore, pajisjeve mjekësore duke evidentuar problematikat dhe nevojat për përmirësim që ato kanë.

Janar 2022

- MSHMS, në kuadër të miratimit të Planit Shtetëror Spitalor, të rishikojë shpërndarjen e numrit të shtretërve në shërbimin spitalor në rang vendi, e veçanërisht për shërbimin obstetrik – gjinekologjik, duke vlerësuar konkretisht numrin e shtretërve, numrin e pacientëve, normën e shfrytëzimit të shtratit, numrin e mjekëve të nevojshëm, me qëllim garantimin e një shërbimi racional dhe optimal, e duke përmbledhur gjetjet nga

ky vlerësim në një Raport të posaçëm të publikuar në faqen zyrtare të këtij institucioni.

Janar 2022

- Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë, për të garantuar minimizimin e kostove dhe përdorimin me eficiencë dhe ekonomicitet të shpenzimeve, të vendosin në përdorim autoklavat në dispozicion për sterilizimin e mjeteve kirurgjikale të përdorura në lindjet normale duke shmangur shpenzimet për furnizimin me sete sterile të koncesionarit.

Dhjetor 2021

4. 4 A kanë spitalet staf të mjaftueshëm të kualifikuar dhe të trajnuar për të siguruar kujdesin e duhur për pacientin?

Nëse i referohemi Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues sa i takon menaxhimit të stafit për ofrimin e shërbimit spitalor në nivelin e duhur për sigurimin e mëmësisë së sigurt mund të listojmë një sërë objektivash të renditur për tu arritur.

Një ndër këto objektiva është hartimi i kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimi i kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar për ofrimin e kujdesit për foshnjën e porsalindur. Trajnimi i personelit shëndetësor për kompetenca dhe aftësi, si dhe pajisja me mjetet e nevojshme për ofrimin e kujdesit për nënën dhe foshnjën e porsalindur, sipas nivelit të shërbimit ku ato punojnë është shumë e rëndësishme.

Për këto objektiva ky dokument parashikon përgatitjen dhe zbatimin e planit të zhvillimit për burimet njerëzore që mbulon edukimin, trajnimin, akreditimin, normat, shpërndarjen, kompetencat, aftësitë, komunikimin dhe qëndrimin për gruan dhe të porsalindurin, si dhe krijimin e kushteve të punës për një ambient të sigurt dhe të respektueshëm.

Për sa më sipër nga auditimi ka rezultuar se MSHMS nuk ka zhvilluar një strategji efektive për burimet njerëzore për shëndetin amtar dhe perinatal e cila të përcaktojë kategoritë e stafit për kujdesin amtar dhe perinatal, me një fokus të veçantë për zonat rurale dhe ato ku ka mungesa në personel shëndetësor.

Si rrjedhojë sa i takon mungesave në personel shëndetësor nga auditimi ka rezultuar se:

- Në Spitalin Rajonal Korçë (shërbimi obstetrik – gjinekologjik) mungon 1 (një) mjek neonat dhe 1 mjek obstetër gjinekolog. Struktura e miratuar për këtë shërbim është 70 punonjës. Gjithashtu u evidentua se shërbimi obstetrik – gjinekologjik nuk ka mjek reanimator, por këtë funksion e mbulojnë mjekët reanimator të Spitalit, të cilët vetëm në vitin 2019 janë rritur në numër duke shkuar nga 1 në 3, e për këtë arsye blloku i reaminacionit të maternitetit nuk është vendosur asnjëherë në funksion. Nga intervista zyrtare me Shefin e Shërbimit Obstetrik - Gjinekologjik rezultoi se stafi, kryesisht stafi infermiereve në sallën e operacionit, nuk është i mjaftueshëm për menaxhimin e shërbimit edhe pse numri real i punonjësve është brenda limiteve të miratuara nga MSHMS.

- Në Spitalin Rajonal Vlorë mungojnë mjekët obstetër – gjinekolog dhe mjek neonat sikurse raportohet edhe nga Strategjia Institucionale për Mëmësinë e Sigurt hartuar nga ky institucion shëndetësor. Konkretisht nga 9 mjek obstetër – gjinekolog, 1 është titullari i institucionit i cili nuk e ushtron profesionin, 1 mjeke është me leje lindje, 7 janë të punësuar aktualisht, nga të cilët 3 janë mjek me kontratë të cilët kanë mbushur moshën për pension por janë punësuar me kontratë nga spitali në mungesë të këtyre figurave profesionale.

- Në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni” ka një strukturë të miratuar prej 295 punonjësish staf administrativ dhe mjekësor për menaxhimin e shërbimit obstetrik dhe gjinekologjik. Nga auditimi rezultoi se shërbimi i obstetrikës nga 55 punonjës të miratuar në vitin 2019 kishte 52 punonjës si pasojë e disa largimeve për specializim ose me leje lindje në pozicionin e mjekëve dhe mamive. Ndërkohë që shërbimi i neonatologjisë ka

një mungesë të theksuar në mjek neonat ku nga 7 mjek të planifikuar për ofrimin e shërbimit janë vetëm 3 të tillë. Shërbimi i neonatologjisë jo pak herë është trajtuar si problematik në media për shkak të mangësive që ka në këtë spital.

- Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” ka një strukturë të miratuar prej 386 punonjësish staf administrative dhe mjekësor për repartet obstetrik dhe gjinekologjik. Nga auditimi rezultoi se në shërbimet spitalore kishte mangësi në numrin e punonjësve të miratuar si më poshtë:

<i>Shërbim</i>	<i>Staf</i>	<i>Plan</i>	<i>Fakt</i>
<i>Obstetrikës</i>	Mjek Obstetër Gjinekolog	10	8
<i>Patologjia e shtatzënisë</i>	Mjek Obstetër Gjinekolog	5	4
<i>shërbimi i gjinekologjisë</i>	Mjek Obstetër Gjinekolog	9	8
<i>Neonatologjia</i>	Mjek Neonatolog	9	6

Tabela 9: Mungesat në staf mjekësor ne SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”

Sa i takon mungesave në mjek neonat, nga auditimi rezultoi se mungesa e këtyre specialistëve vjen si rrjedhojë e faktit që ky është një profesion, i cili kërkon nga mjekët më tepër përgjegjësi, pasi mjek neonat bëhesh pasi ke kryer specializimin katër vjeçar për pediatri dhe një mini specializim një vjeçar për mjek neonat. Një problematikë tjetër lidhur me këtë profesion, si edhe me profesionin e mjekut obstetër – gjinekolog, ka qenë edhe fakti se këta mjekë në përfundim të specializimit kanë refuzuar të shkojnë në institucionet shëndetësore në të cilat duhet të shkonin si rrjedhojë e angazhimit të marrë me MSHMS dhe spitalet në momentin e përfitimit të specializimit. Dy vitet e fundit nga intervista zyrtare me MSHMS raportohet se mjekët që kanë përfunduar specializimet nuk kanë prishur kontratat me spitalet përkatëse apo MSHMS dhe kanë shkuar të ushtrojnë profesionin aty ku kanë marrë angazhimin.

Lidhur me problematikën e mungesës ose mjaftueshmërisë së stafit të shërbimeve obstetrike

– gjinekologjike të dy spitaleve rajonale objekt auditimi, grupi i auditimit ka bërë një vlerësim të thjeshtë nëpërmjet të cilit ka matur ngarkesën numër pacientësh për mjek obstetër;

– gjinekolog, me qëllim vlerësimin e mjaftueshmërisë e nevojës për staf në këto pozicione. Sikurse mund edhe të vërehet nga dy tabelat më poshtë në Spitalin Rajonal Korçë mesatarisht numri i pacientëve për mjek është rreth 340 pacientë, ndërkohë që në Spitalin Rajonal Vlorë numri i mesatar i pacientëve për mjek është 210 pacientë.

<i>Viti</i>	<i>Nr. Shtrimesh</i>	<i>Nr. mjek</i>	<i>Nr. pacient/mjek</i>
<i>2016</i>	1808	5	362
<i>2017</i>	1695	5	339
<i>2018</i>	1436	6	239
<i>2019</i>	1664	4	416

Tabela 10: Numër Shtrimesh për mjek në Shërbimin Obstetrik – Gjinekologjik të Spitalit Rajonal Korçë

<i>Viti</i>	<i>Nr. Shtrimesh</i>	<i>Nr. Mjek</i>	<i>Nr. pacient/mjek</i>
<i>2016</i>	2026	9	225
<i>2017</i>	1859	8	232
<i>2018</i>	1527	8	191
<i>2019</i>	1516	8	190

Tabela 11: Numër Shtrimesh për mjek në Shërbimin Obstetrik – Gjinekologjik të Spitalit Rajonal Vlorë

Çka vërehet nga kjo analizë e thjeshtë tregon se, pavarësisht mangësive që janë evidentuar duke krahasuar strukturat plan – fakt, nga intervistat zyrtare dhe diskutimet me stafin pranë këtyre strukturave spitalore shëndetësore, ka një mospërputhje midis ngarkesës së punës për mjek nisur edhe nga numri i shtrimeve sipas viteve në këto shërbime.

Nisur nga sa më sipër, grupi i auditimit ka evidentuar se, në kundërshtim me nenin 39 të ligjit nr. 9106 dt 17.07.2003 “Për Shërbimin Spitalor”, i ndryshuar dhe VKM nr. 403, datë 19.06.2004 “Për Krijimin dhe Mënyrën e Funksionimit të Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor”, nuk është ngritur dhe nuk ka funksionuar ky komitet, deri në vitin 2019, kur me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 9 datë 10.01.2019 është ngritur dhe ka nisur funksionimin kjo strukturë. Gjithashtu në kundërshtim me nenin 41 të ligjit të sipër cituar nuk është hartuar dhe miratuar që nga hyrja në fuqi e ligjit Plani Shtetëror Spitalor që përcakton, ndër të tjera sa më poshtë:

- a) shpërndarjen sasiore dhe cilësore të numrit të shtretërve në nivel qarku, që do të mbahen me shpenzimet e shtetit;
- b) kriteret territoriale dhe cilësore për përdorimin e fondit shtetëror spitalor;
- c) nevojat për shtretër të rinj ose për pakësimin e tyre, si dhe për kërkesat didaktike dhe shkencore të universitetit;
- ç) rindarjen e numrit të shtretërve, ndërmjet sektorëve të veprimtarisë spitalore dhe të niveleve të ndryshme organizativo-funksionale të rrjetit spitalor shtetëror;
- d) rindarjen sasiore dhe cilësore të nevojës për shërbim spitalor, etj.

Në mungesë të Planit Shtetëror Spitalor nuk është kryer vlerësim i numrit të shtretërve në nivel vendi e si rrjedhojë nuk është vlerësuar ngarkesa e punës për mjek dhe kapacitetet reale të shërbimit spitalor në vendin tonë.

Sa i takon objektivave specifike të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues mbi trajnimin e stafit mjekësor është evidentuar se MSHMS nuk ka proceduar me hartimin e kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimi i kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.

Trajnimi (edukimi i vazhdueshëm) i personelit shëndetësor, mjekëve dhe mamive lidhur me kujdesin prenatal, natal dhe postnatal ishte i zbatueshëm në të gjitha spitalet objekt auditimi, por administrimi dhe dokumentimi i këtyre trajnimeve nga specialistët për edukimin në vazhdim ka mangësi, pasi jo gjithmonë ishte i mundur gjurmimi i të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi. Strukturat spitalore objekt auditimi hasën vështirësi në prodhimin e dokumentacionit përkatës vërtetues të kryerjes së trajnimeve sipas viteve, si edhe kishin mangësi në hartimin e statistikave të thjeshta të kërkuara nga grupi i auditimit.

Mund të themi se disa nga indikatorët e strategjisë lidhur me zhvillimin profesional të stafit si:

1. Forcimi dhe përdorimi i shërbimeve të telemedicinës nga maternitetet për përmirësimin e cilësisë së shëndetit amtar dhe neonatal;
2. Ofrimi i shërbimeve dhe këshillimit lidhur me nutricionin për gruan në moshën riprodhuese gjatë shtatzënisë, paslindjes në laktacion, të integruara në paketën bazë të KSHP-s;
3. Trajnimi i punonjësve të promocionit shëndetësor lidhur me mesazhet për mëmësinë e sigurt, kujdesin amtar dhe komunikimin ndërpersonal duke synuar barazinë gjinore;
4. Promovimi i programeve për ndryshimin në sjellje lidhur me ushqyerjen e gruas në periudhën para lindjes, gjatë lindjes dhe pas lindjes në laktacion.

Ende nuk janë implementuar në nivelin e duhur.

Përveç SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, në spitalet e tjera - SUOGJ “Koco Gliozheni”, Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë - këshillimi i nënave të reja nga stafi nuk

bëhet në formën e trajnimeve të hapura ku mund të marrin pjesë të gjithë nënat, por kryet sipas rastit në pavion nga mamatë e turnit.

Për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të neonatologjisë dhe rritjen e aftësive dhe njohurive të personelit shëndetësor, janë kryer disa trajnime si “Kujdesi efektiv perinatal” dhe “Reanimacioni i të porsalindurit” për personelin e materniteteve rajonale si: Shkodër, Vlorë, Korçë, Kukës, Durrës e Tiranë. Nga auditimi në Spitalin Rajonal Korçë dhe Vlorë rezultoi se këto trajnime janë mbajtur, por në SRV kryerja e këtij trajnimi nuk ishte dokumentuar.

Gjithashtu një problematik tjetër e përgjithshme e konstatuar ishte ngritja e profesionalizimit të mjekëve nëpërmjet trajnimeve në konferenca të shumta kombëtare e ndërkombëtare. Ngritja e profesionalizimit të personelit infermieror duke realizuar tema nga mjekët e shërbimit dhe pjesëmarrja e tyre në trajnime të shumta.

Për sa më sipër, në Spitalin Rajonal Korçë ka rezultuar se për vitin 2019, 3 mjek obstetër gjinekolog kanë marrë pjesë në Kongresin e 3^{-të} të Ortodontisë pranë Shoqatës Kombëtare të Profesionistëve Dentarë dhe një infermiere mami ka kryer një trajnim me temë “Maieutika në përkujdesjen geriatrike”, certifikata këto të cilat nuk lidhen me profilin dhe shërbimin mjekësor në të cilën këta janë të angazhuar.

Referuar Dokumentit Strategjik dhe Planit të veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021, lidhur me motivimin e stafit që ofron shërbimin e kujdesit amtar dhe neonatal nëpërmjet qasjeve inovative si trajnime akreditimi, edukimit në vazhdim, përdorimi i incentivave si pagesa financiare ose bonuseve, nga auditimi rezultoi se MSHMS nuk ka marrë ende asnjë masë për rishikimin e shpërblimeve të stafit dhe vlerësimin e performancës në shërbimin spitalor në vendin tonë.

Gjetje nga auditimi

- ✓ Në kundërshtim me nenin 39 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për Shërbimin Spitalor”, i ndryshuar dhe VKM nr. 403, datë 19.06.2004 “Për Krijimin dhe Mënyrën e Funksionimit të Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor”, nuk është ngritur dhe nuk ka funksionuar ky Komiteti Shtetëror për Planifikimin Spitalor, deri në vitin 2019, kur me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 9 datë 10.01.2019 është ngritur dhe ka nisur funksionimin kjo strukturë.
- ✓ MSHMS, në kuadër të zbatimit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021, nuk ka proceduar me hartimin e kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.
- ✓ Indikatorët e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2020 lidhur me zhvillimin profesional të stafit ende nuk janë implementuar në nivelin e duhur.
- ✓ MSHMS ende nuk ka marrë asnjë masë për rishikimin e shpërblimeve të stafit dhe vlerësimin e performancës në shërbimin spitalor në vendin tonë.
- ✓ Sa i takon mungesave në personel shëndetësor dhe trajnimeve, nga auditimi ka rezultuar se:
 - Në Spitalin Rajonal Korçë (shërbimi obstetrik – gjinekologjik) mungon 1 mjek neonat dhe 1 mjek obstetër gjinekolog. Struktura e miratuar për këtë shërbim është 70 punonjës. - Shërbimi obstetrik – gjinekologjik nuk ka mjek reanimator, por këtë funksion e mbulojnë mjekët reanimator të Spitalit, të cilët vetëm në vitin 2019 janë rritur në numër duke shkuar nga 1 në 3; Për vitin 2019, 3 mjek obstetër gjinekolog kanë marrë pjesë në Kongresin e 3^{-të} të Ortodontisë pranë Shoqatës Kombëtare të Profesionistëve Dentarë dhe një infermiere mami ka kryer një trajnim me temë “Maieutika në përkujdesjen geriatrike”, certifikata këto të cilat nuk lidhen me profilin dhe shërbimin mjekësor në të cilën këta janë të angazhuar; se numri mesatar pacient

për mjek të shërbimit obstetrik – gjinekologjik në Spitalin Rajonal Korçë është më i lartë se në Spitalin Rajonal Vlorë respektivisht, 340 e 210 pacientë për mjek.

- Në Spitalin Rajonal Vlorë mungojnë mjekët obstetër – gjinekolog dhe mjek neonat, e konkretisht nga 9 mjek obstetër – gjinekolog, 1 është titullari i institucionit i cili nuk e ushtron profesionin, 1 mjeke është me leje lindje, 7 janë të punësuar aktualisht, nga të cilët 3 janë mjek me kontratë të cilët kanë mbushur moshën për pension por janë punësuar me kontratë nga spitali në mungesë të këtyre figurave profesionale.

- Në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koco Gliozheni” shërbimi i obstetrikës nga 55 punonjës të miratuar në vitin 2019 kishte 52 punonjës si pasojë e disa largimeve për specializim ose me leje lindje në pozicionin e mjekëve dhe mamive.

- shërbimi i neonatologjisë nga 7 mjek të planifikuar për ofrimin e shërbimit janë vetëm 3 të tillë.

- Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” kishte mangësi në numrin e punonjësve të miratuar 2 mjek më pak në shërbimin e obstetrikës, 1 më pak në patologjinë e shtatzënisë, 1 me pak në shërbimin e gjinekologjisë dhe 3 mjek neonatolog më pak në shërbimin e neonatologjisë.

- ✓ Në spitalet, SUOGJ “Koco Gliozheni”, Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë - këshillimi i nënave të reja nga stafi nuk bëhet në formën e trajnimeve të hapura ku mund të marrin pjesë të gjithë nënat, por kryet sipas rastit në pavion nga mamatë e turnit.
- ✓ Në të gjitha spitalet objekt auditimi, administrimi dhe dokumentimi i trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor i shërbimit obstetrik – gjinekologjik nga specialistët për edukimin në vazhdim kishte mangësi, pasi jo gjithmonë ishte i mundur gjurmimi i të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi.

Konkluzione

- Pavarësisht mangësive në staf të spitaleve objekt auditimi të evidentuar duke krahasuar strukturat plan – fakt, vërehet se aktualisht nga MSHMS nuk është bërë një vlerësim gjithëpërfshirës dhe serioz i nevojës për burime njerëzore në strukturat shëndetësore të kujdesit spitalor duke analizuar në mënyrë analitike ngarkesën e punës për mjek, raportin numër pacientësh për mjek, duke përfshirë këtu edhe numrin e shtretërve me qëllim një përdorim sa më eficient dhe efektiv të burimeve në dispozicion të sistemit shëndetësor.
- Mos funksionimi i Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor deri në vitin 2019 ka penalizuar funksionimin e duhur të shërbimit spitalor në vendin tonë nisur edhe nga fakti se një Plan Shtetëror Spitalor nuk është propozuar nga MSHMS dhe miratuar me VKM sipas kërkesave ligjore, duke u përkthyer në një përdorim jo efektiv dhe eficient i burimeve në dispozicion të shërbimit spitalor në vendin tonë.
- Mungesa e angazhimit të MSHMS në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimi i kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur (brenda kuadrit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues) nuk ka lejuar që ky aspekt të zhvillohet dhe artikullohet sipas pritshmërive të shpalosura në strategji.
- Mangësitë në administrimin dhe dokumentimin e trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor nga ana e specialistëve për edukimin në vazhdim nuk lejon gjurmimin dhe raportimin e saktë të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi, si edhe penalizon vetë strukturat shëndetësore të cilat në këtë mënyrë nuk posedojnë të dhëna të sakta për avancimet profesionale të stafit.

Rekomandime

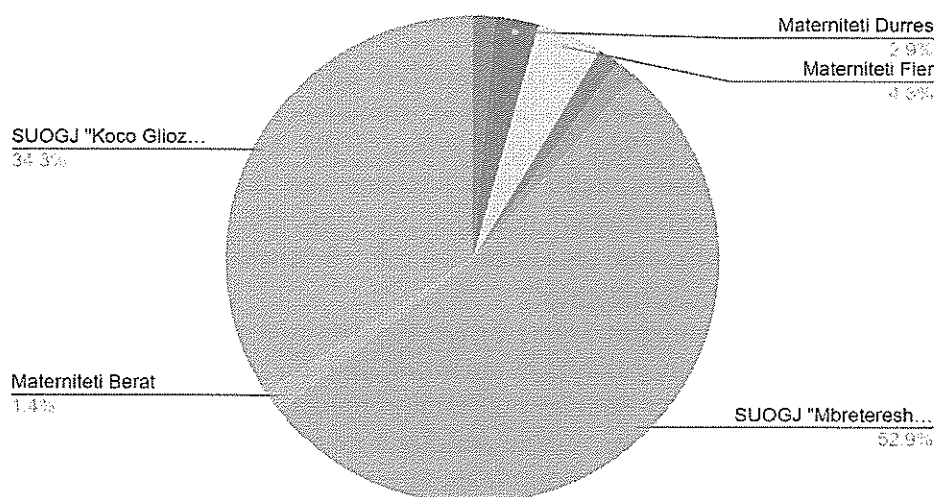
- MSHMS të marrë masat e duhura në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor, si dhe për përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.

Dhjetor 2021

5. Rezultatet e pyetësorit on line

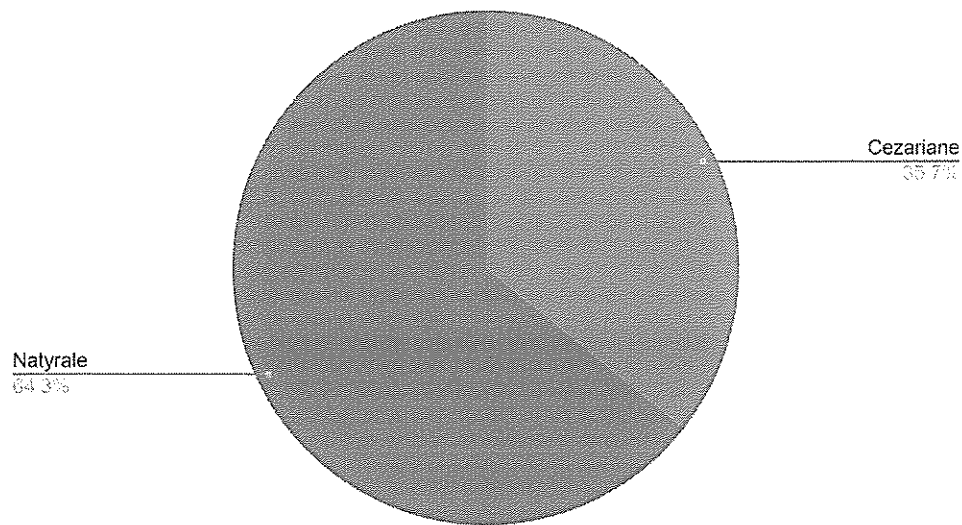
Në zbatim të programit të auditimit, grupi i auditimit hartoi dhe hodhi on line në platformën google forms një pyetësor për publikun, qëllimi i të cilit ishte të vilte informacione nga nënat e reja lidhur me eksperiencën e tyre në maternitetet e vendit tonë. Si fillim duhet të parashtrojmë se ky nuk është një pyetësor gjithëpërfshirës e nuk fotografon situatën e të gjitha këtyre strukturave shëndetësore, por thjesht paraqet fakte nga eksperiencia personale e pacientëve që kanë përfituar shërbim obstetrik – gjinekologjik në këto struktura. Gjithashtu, edhe vetë strukturat spitalore të audituara kishin formularët e tyre përkatës nëpërmjet të cilëve vilnin informacione mbi nivelin e kënaqësisë së pacientëve për shërbimin e ofruar nga spitali dhe stafi i tij. Nga përgjigjet e këtij pyetësori ka rezultuar se 34.3 % e të anketuarve kanë kryer lindjen në SUOGJ “Koço Gliozheni”, 52.9 % në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë, pjesa tjetër në maternitetet e rretheve. Nga këto përgjigje evidentohet një trend i viteve të fundit i evidentuar edhe nga MSHMS e vetë spitalet ku shumica e pacienteve kërkojnë dhe arrijnë që të kryejnë lindjen në Tiranë (në dy SUOGJ – të) duke shprehur mosbesim mbi aftësitë profesionale të mjekëve në spitalet e tjera në rrethe. Gjithashtu siç kemi përmendur dhe më sipër në këtë auditim është evidentuar se shpesh herë spitalet e rretheve kanë mungesa në mjek obstetër – gjinekolog e neonatolog.

Në cilin spital keni kryer lindjen?



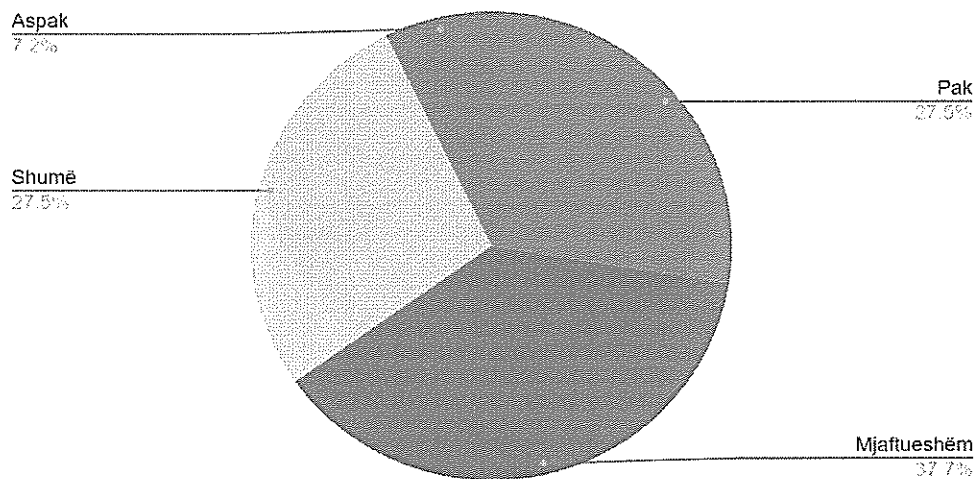
Lidhur me pyetjen A keni pasur një lindje natyrale apo cezariane, shihet një përqindje e lartë lindjesh cezariane, evidentuar kjo e dhe nga të dhënat zyrtare të MSHMS ku evidentohet një trend në rritje të lindjeve cezariane.

Keni pasur një lindje:



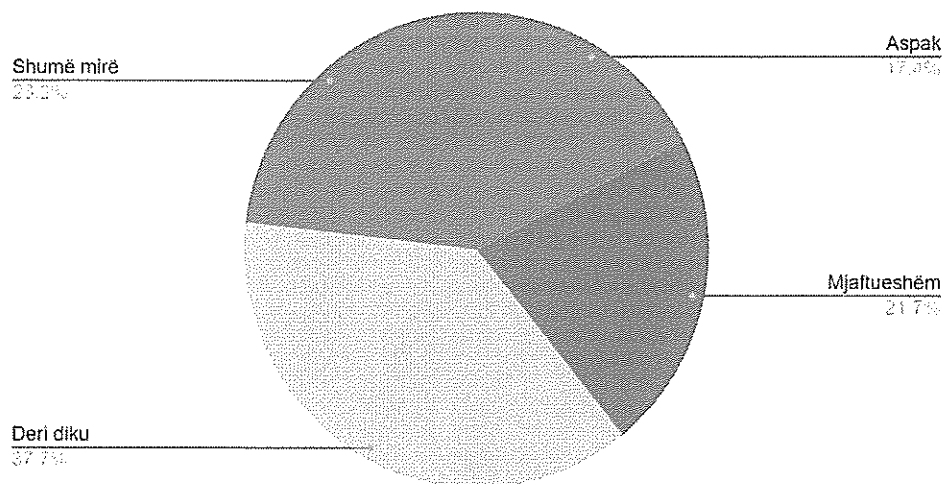
Sa i takon trajtimit me mirësjellje dhe respekt nga stafi infermiere/mami dhe mjekë në spitale, përgjithësisht përgjigjet e të anketuarve kanë qenë pozitive

Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, infermierët/mamitë ju kanë trajtuar me mirësjellje dhe respekt duke dëgjuar nevojat tuaja?

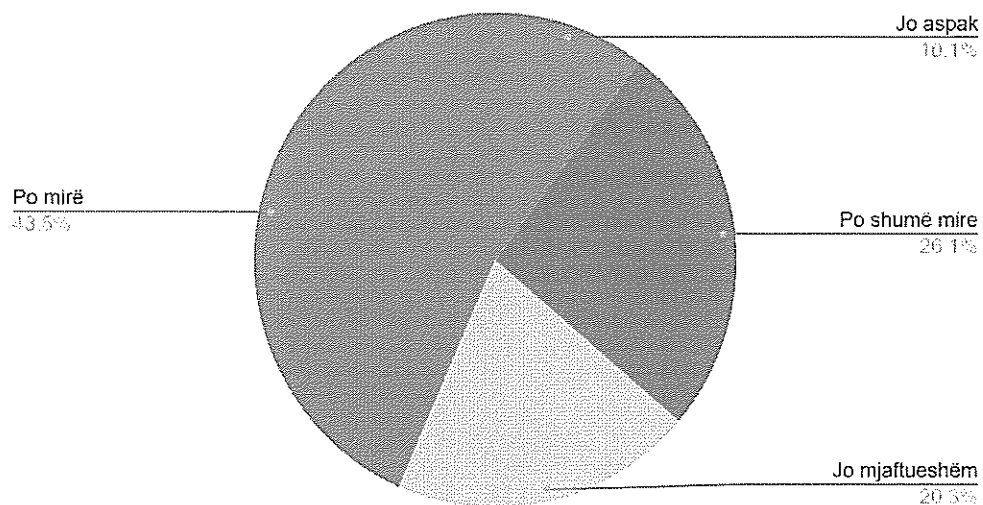


Ndërkohë që të anketuarit evidentojnë se jo gjithmonë stafi infermior ka dhënë shpjegimet e duhura nënave të reja. 37.7% janë përgjigjur që informacioni ka qenë deri diku i kuptueshëm, 21.7% mjaftueshëm i kuptueshëm, 17.4% aspak i kuptueshëm dhe 23.2% shumë i kuptueshëm. Ndërsa të anketuarit shprehen për një nivel kënaqësie më të lartë për shpjegimet e dhëna nga stafi mjekësor.

Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, infermierët/mamitë ua kanë shpjeguar gjërat në mënyrë të kuptueshme?

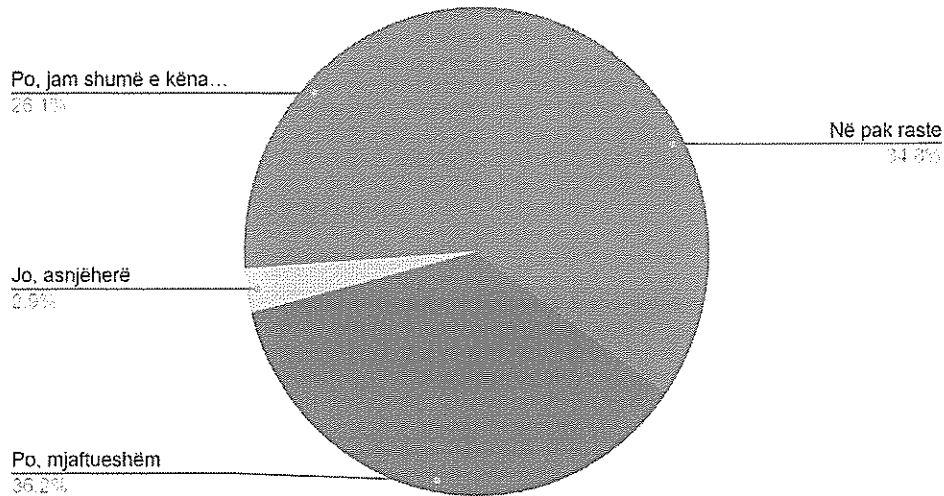


Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, mjekët ua shpjeguan gjërat në mënyrë të kuptueshme dhe ju kanë dëgjuar me kujdes?



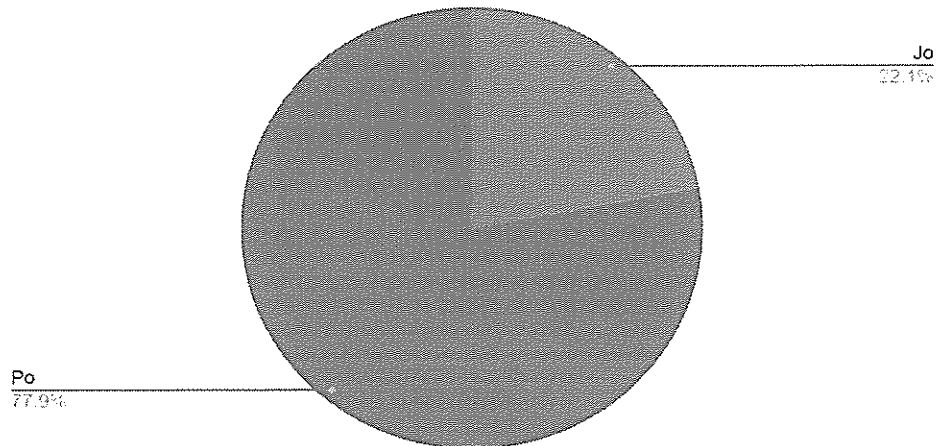
Sa i takon ndihmës së ofruar nga stafi infermieror 36.2 % shprehen se kjo ndihmë ka qenë mjaftueshëm në momentin e duhur, por sikurse shihet edhe nga grafiku në vijim në 34.8% të anketuarve shprehen se ndihma e ofruar në pak raste cilësohet si në momentin e duhur.

Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, infermierët/mamitë ju ofruan ndihmë në momentin e duhur?

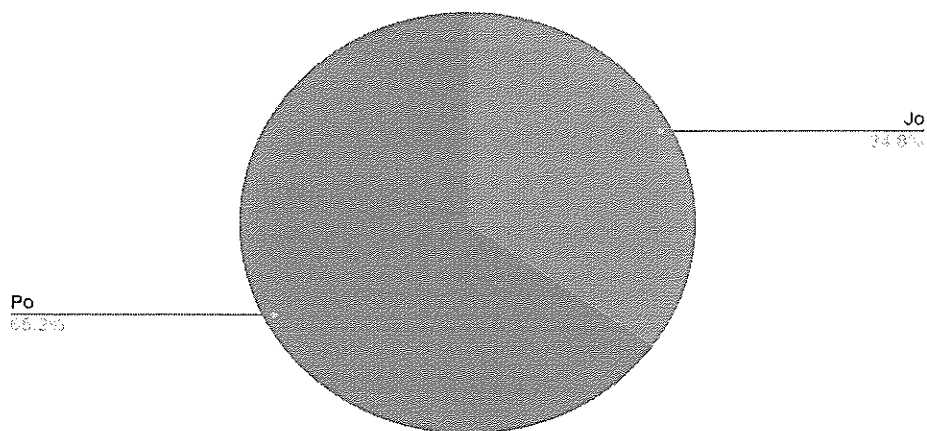


Lidhur me pyetjet a i keni ofruar lekë stafit infermior /mami dhe mjek në këmbim të një shërbimi më të mirë, sikurse mund të shihet edhe nga grafikët në vijim evidentohet se 77.9% ka pranuar ti ketë ofruar lekë stafit infermior, dhe 65.2% ka pranuar ti ketë ofruar lekë stafit mjekësor.

Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, a keni ofruar lekë stafit infermior/mamive në këmbim të një shërbimi më të mirë? N...

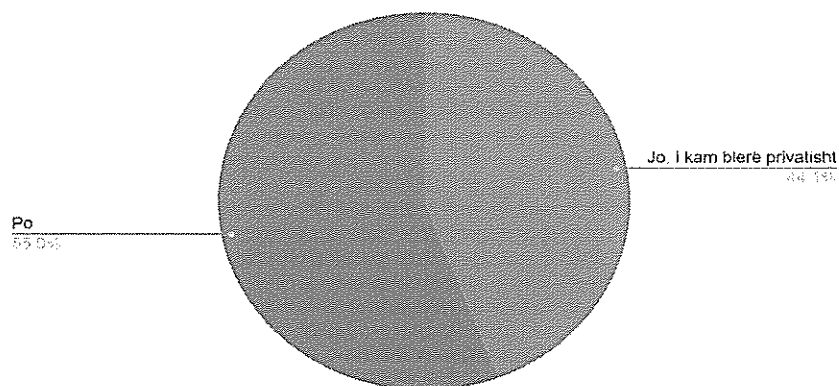


Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, a i keni ofruar lekë mjekut në këmbim të një shërbimi më të mirë? Nëse po, jeni të lirë të sh...

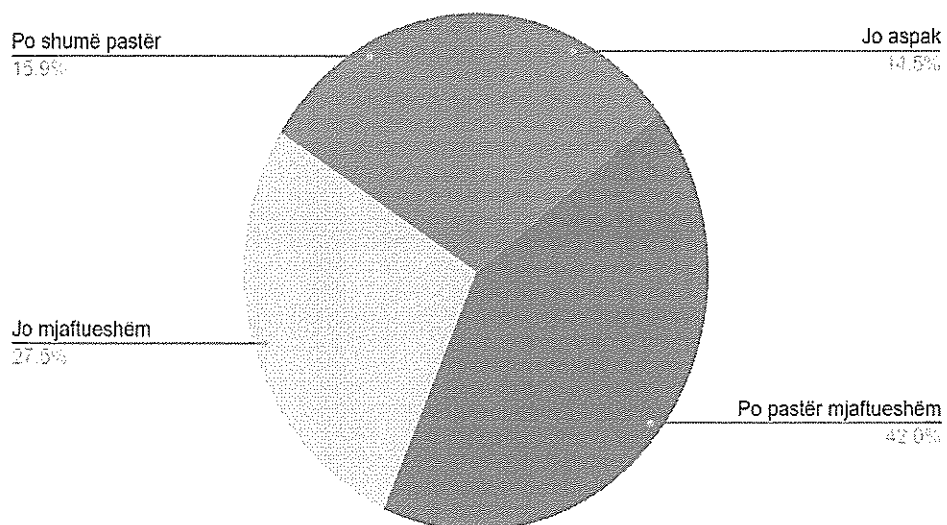


Lidhur me pyetjen për sigurimin e barnave dhe medikamenteve të nevojshme, 55.9% e të anketuarve janë përgjigjur se këto janë vendosur në dispozicion nga spitali, ndërkohë që 44,1% pranojnë ti kenë blerë privatisht ato.

Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, a ju siguroi spitali të gjitha barnat dhe medikamentet e nevojshme?

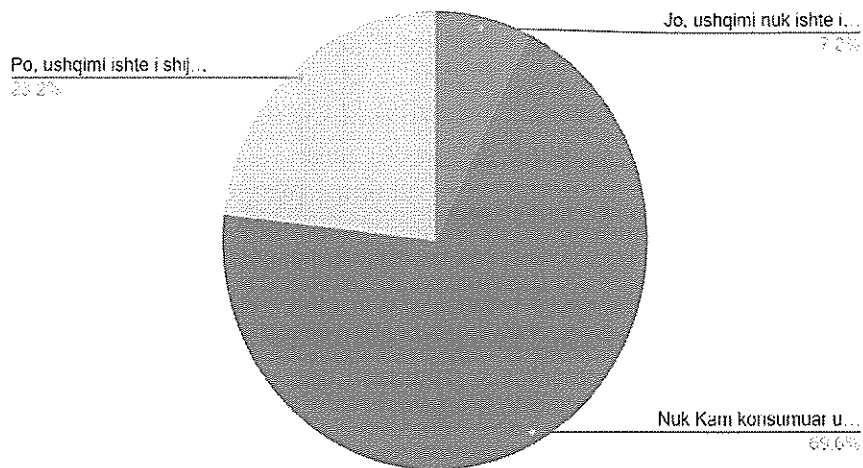


Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet, ambjentet, dhomat dhe tualetet ishin të pastra?



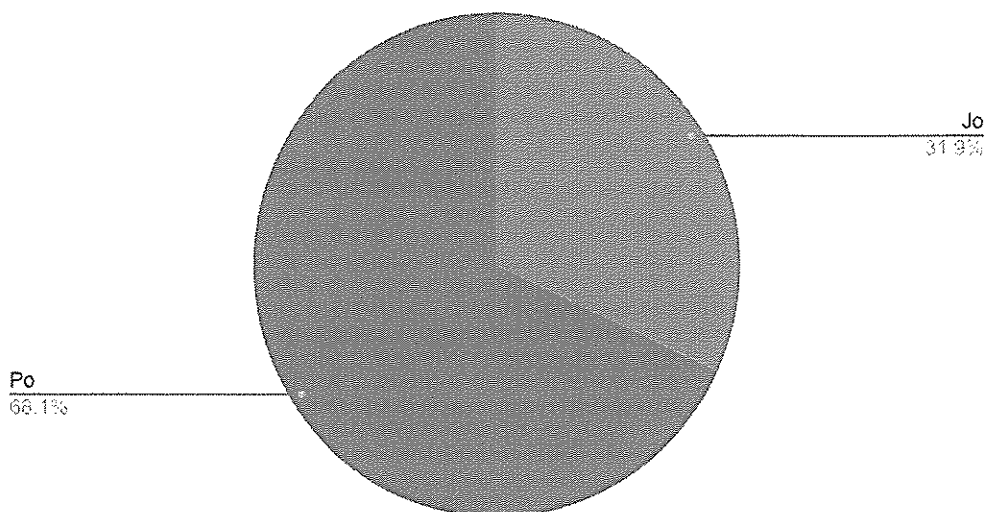
Lidhur me nivelin e pastërtisë së ambienteve të spitaleve të anketuarit raportojnë në pjesën më të madhe të përgjigjeve që ambientet kanë rezultuar mjaftueshëm të pastra.

Gjatë qëndrimit tuaj në maternitet a mbetët të kënaqur nga ushqimi i ofruar në spital?



Sa i takon ushqimit të ofruar nga spitalet, 69.5% e të anketuarve raportojnë që nuk kanë konsumuar ushqimin e spitalit por kanë konsumuar ushqim të sjellë nga shtëpia.

Në bazë të eksperiencës suaj , a do ja rekomandojë ndonjë të afërmi tuaj këtë spital?



Pavarësisht përgjigjeve dhe problematikave të evidentuara në to nga të anketuarit evidentohet se 68.1% i vlerësojnë spitalet publike dhe do ti rekomandonin ato.

6. Komentet e subjekteve të audituara

Me shkresën nr. 4903 datë 11.12.2020 , protokolluar në KLSH me shkresën nr. 647/15 datë 16.12.2020 nga ana e Spitalit Rajonal Vlorë është dërguar observacioni mbi çështjet:

1. Mbi pretendimin e grupit të auditimit ... Nga intervistimi i mjekëve neonat u konstatua mungesa në pajisje mjekësore si ambu dhe aparate aspirimi për foshnjat...

...theksojmë se kjo gjetje nuk qëndron pasi këto aparatura janë gjendje në Shtëpinë e Lindjes Vlorës si në shërbimin e neonatologjisë, obstetrikës dhe abortarit. Bashkëlidhur dhe inventari

përkatës të institucionit për këto aparatura si dhe foto që tregojnë prezencën e tyre në shtëpinë e lindjes si dhe gjendjen e tyre funksionale.

2. Mbi pretendimin e grupit të auditimit...Për sterilizimin e pajisjeve mjekësore që përdoren për lindjet natyrale nuk përdoren autoklavat e sterilizimit si Spitalet Universitare por përdoren setet kirurgjikale të koncesionarit të sterilizimit duke shpenzuar kështu pa ekonomikitet...

...Çdo set i përdorur në sallat e operacioneve dhe për lindjet normale ka qenë në përputhje me kontratën midis MSHMS dhe Sani Service shpk ku... Sa i përket përdorimit të seteve kirurgjikale për vitin 2019 nuk ka pasur përdorim të seteve kirurgjikale për lindjet natyrale në shërbimin e Obstetrikës.

3. Mbi pretendimin e grupit të auditimit ...Këshillimi i nënave të reja nga stafi nuk bëhet në formën e trajnimeve të hapura ku mund të marrin pjesë.....kjo gjetje nuk qëndron pasi në shtëpinë e lindjes ka një zyrë këshillimi dhe edukimi për gratë shtatzëna si dhe një faqe interneti që u vjen në ndihmë nënave

4. Mbi pretendimin e grupit të auditimit ...Për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të neonatologjisë dhe rritjen e aftësive dhe njohurive të personelit janë kryer disa trajnime...ju theksoni se këto trajnime janë mbajtur por SRV nuk ka dokumentacion që e vërteton. ...kjo gjetje nuk qëndron pasi nga Specialisti i Edukimit në vazhdim është kryer gjithë pjesa dokumentare që pasqyron trajnimin e kryer nga personeli i shtëpisë së lindjes si dhe ju është dërguar nëpërmjet e-mail-it zyrtar të institucionit....

5. Mbi pretendimin e grupit të auditimit ...SRV kishte formularët e vet përkatës mbi nivelin e kënaqësisë së pacientëve, për shërbimin e ofruar nga spitali dhe stafi i tij. Raportimi i të dhënave të kënaqësisë së pacientëve nuk është marrë në konsideratë prej jush por është përdorur një pyetësor online....

Përgjigje e grupit të auditimit:

1. Lidhur me pretendimin tuaj të parë, grupi i auditimit i është referuar planit strategjik të SRV për Mëmësinë e Sigurt si dhe intervistave me personelin mjekësor gjatë auditimit në terren. Nëse i referohemi Strategjisë për Mëmësinë e Sigurt në SRV, konkretisht në faqet 29 - 31 ju vet jeni shprehur për mangësinë e këtyre pajisjeve mjekësore. Pajisjet duhet të jenë funksionale dhe jo të amortizuara për ofrimin e një shërbimi shëndetësor sa më cilësor. Mungesa e pajisjeve të trajtuara në material pohohet dhe në Strategjinë e Spitalit dhe nga vet punonjësit gjatë auditimit në terren. Megjithatë, si dhe ne kemi rekomanduar vlerësimi lidhur me nevojat dhe cilësitë e pajisjeve ngelen për tu bërë nga ju gjithmonë në kuadër të përmirësimit të punës dhe ofrimit të një shërbimi sa më cilësor. Ky pretendim nga ana juaj merret pjesërisht në konsideratë për disa pajisje si kardiopograpia, kolposkopia, monitor reaminimi, aspirator në shërbimin e abortarisë; për në sallën e operacionit: ndriçues për ekzaminim, laparoskop, krevat gjinekologjik, por nuk qëndron plotësisht për aq kohë sa qëllimi i auditimit është që Spitali Rajonal Vlorë të disponojë në të ardhmen pajisjet më të mira bashkëkohore për ofrimin e një shërbimi të plotë të mëmësisë së sigurt.

2. Lidhur me pretendimin e dytë, referuar ligjit nr. 154/2014 "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit" nenit 3 pika 4. "Auditimi i performancës" ka të bëjë me auditimin e ekonomikitetit, eficiencës dhe efektivitetit dhe përfshin: a) auditimin e ekonomikitetit, që nënkupton minimizimin e kostos së burimeve që përdoren në një veprimtari publike, duke mos cenuar cilësinë e tij. b) auditimin e eficiencës, që nënkupton optimizimin e raportit burime - rezultate të veprimtarisë publike, duke modifikuar proceset, strukturat dhe gjithë zinxhirin ekonomik të vlerës, në përputhje me standardet kombëtare e ndërkombëtare dhe praktikat më të mira.

Grupi i auditimit nuk trajton faktin se keni vepruar në kundërshtim me kushtet e kontratës së sterilizimit, por ngre problemin e përdorimit me ekonomikitet të seteve për lindjen normale, në kushtet kur mund të sigurohet nga vet ju (nëpërmjet blerjes së një autoklave apo të seteve të reja për lindje normale) dhe të shmangen shpenzime të asaj natyre të cilat mund të përdoreshin për një shërbim tjetër spitalor. Të dhënat e marra nga grupi i auditimit për trajtimin e çështjes janë marrë gjatë punës në terren nga punonjësja përgjegjëse e cila

administron të dhënat për shpenzimet e realizuara. Për sa kohë që ne kemi komunikuar disa here me ju gjatë punës në terren, si dhe observacioni nuk observon konkretisht problemin që ne trajtojmë pretendimi juaj nuk merret në konsideratë.

3. Lidhur me pretendimin e tretë dhe të katërt, sa i takon planit të edukimit në vazhdim, realizimit të këtij plani në fund të vitit (nga QKEV, trajnime të brendshme dhe trajnime të pavarura) si dhe trajnimit “Kujdesi Efektiv Perinatal” dhe “Reanimacioni i të Porsalindurit” dokumentet e paraqitura bashkëlidhur observacionit nuk dokumentojnë kryerjen e këtyre trajnimeve. Për këtë arsye ky observacion nuk merret në konsideratë.

4. Lidhur me pretendimin e pestë tuajin, grupi i auditimit thekson dhe në material se ky nuk është një pyetësor gjithëpërfshirës e nuk fotografon situatën e të gjitha këtyre strukturave shëndetësore, por thjesht paraqet fakte nga eksperiencia personale e pacientëve që kanë përfituar shërbim obstetrik – gjinekologjik në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë dhe Koco Gliozheni dhe nuk i referohet aspak Spitalit Rajonal Vlorë. Gjithashtu lidhur me “pretendimet mbi besueshmërinë e të dhënave të pyetësorit online”, ju bëjmë me dije se pyetësorët e hartuar nga audituesit e KLSH qëndrojnë në të njëjtin nivel me pyetësorët e përdorur nga ju për nga rëndësia e sigurimit të informacionit. Lidhur me sa më sipër as ky observim nuk merret në konsideratë.

6. Përmbledhje

Auditimi i Performancës me temë “Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal” është zhvilluar pranë MSHMS, SUOGJ “Koço Glioxheni, SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, Spitali Rajonal Korçë dhe Spitali Rajonal Vlorë. Periudha e audituar ka qenë 2016 – 2019. Ky auditim ka analizuar problematikat e ndeshura në zbatimin e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021, si edhe në monitorimin e tij në drejtim të përcaktimit të eficiencës dhe efektivitetit. Gjithashtu, ka analizuar kushtet aktuale infrastrukturore të garantuara nga spitalet objekt auditimi, duke i krahasuar ato me standardet përkatëse të infrastrukturës sikurse janë përcaktuar në standardet e akreditimit të spitaleve dhe spitaleve universitare. Auditimi trajton edhe temën e infeksioneve spitalore, si një aspekt shumë i rëndësishëm i pastërtisë, higjienës dhe sterilitetit që duhet të garantohet në spital, temë kjo e cila ndikohet totalisht nga cilësia e infrastrukturës spitalore dhe pajisjeve në përdorim në spitale. Nën fokusin e auditimi kanë qenë edhe pajisjet dhe aparaturat mjekësore, si dhe orenditë e arredimi spitalor që disponohen dhe përdoren aktualisht duke i parë ato nga këndvështrimi i amortizimit ekonomik për të dhënë një vlerësim të përshtatshmërisë së tyre. Një temë tjetër e trajtuar në këtë auditim është ajo e stafit mjekësor në këto struktura shëndetësore nëpërmjet analizimit të mjaftueshmërisë së tij krahasuar me fluksin e punës dhe me strukturat përkatëse plan – fakt. Në këtë kontekst janë analizuar gjithashtu edhe trajnimet e kryera nga stafi dhe edukimi në vazhdim.

Për sa më sipër grupi i auditimit ka formuluar mesazhin e auditimit si vijon:

Angazhimi i MSHMS në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor spitalor për mëmësinë e sigurt referuar objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 nuk ka qenë efektiv, për aq kohë sa ky institucion nuk ka mundur të krijojë kushtet e duhura për zbatimin e plotë të tyre. Monitorimi dhe vlerësimi i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues nuk kanë ekzistuar për periudhën 2016 – 2019, duke penalizuar kështu analizimin dhe verifikimin e rezultateve të arritura si rrjedhojë e zbatimit të këtyre objektivave. MSHMS nuk ka kryer një vlerësim gjithëpërfshirës dhe serioz të nevojës për burime njerëzore në strukturat shëndetësore të kujdesit spitalor, që analizon ngarkesën e punës për mjek, raportin numër pacientësh për mjek, duke përfshirë këtu edhe numrin e shtretërve me qëllim një përdorim sa më eficient dhe efektiv të burimeve njerëzore në dispozicion të sistemit shëndetësor.

Problematikat e infrastrukturës spitalore kanë penalizuar ofrimin e shërbimit, duke qenë se ende nuk garantohen kushtet optimale në përputhje me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe atyre Spitalore dhe nuk ofrohet një shërbim i cili

siguron nivelin më të lartë të pastërtisë, higjienës dhe sterilitetit, që, me gjithë përpjekjet e pareshtura të personelit shëndetësor, ende mbetet në nivele jo të kënaqshme.

Mangësitë në administrimin dhe dokumentimin e trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor nga ana e specialistëve për edukimin në vazhdim, referuar shërbimit obstetrik – ginekologjik, nuk lejon gjurmimin dhe raportimin e saktë të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi, si edhe penalizon vetë strukturat shëndetësore të cilat në këtë mënyrë nuk posedojnë të dhëna të sakta për avancimet profesionale të stafit.

Sa i takon arritjes së objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 problematikat kryesore të evidentuara nga ky auditim kanë të bëjnë me mungesën e gjurmëve të sakta për statusin e zbatimit të objektivave, mosfunksionimin e Komitetit Kombëtar për Shëndetin Riprodhues deri në vitin 2019, si edhe mos realizimin e shumë objektivave specifik në kuadër të garantimit të mëmësisë së sigurtë si për shembull: mos përditësimi dhe zbatimi i udhërrëfyesit dhe protokollet e miratuara nga Ministria e Shëndetësisë për kujdesin kujdesin perinatal dhe pas lindjes për punonjësit e kujdesit shëndetësor spitalor; mos përcaktimi dhe zbatimi i planeve për nevojat e institucioneve shëndetësore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal lidhur me infrastrukturën, burimet njerëzore; mungesa e protokolleve klinike të unifikuara dhe miratuara nga MSHMS në nivel vendi etj. Si rrjedhojë objektivat e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, sa i takon temës së këtij auditimit “Mëmësia e Sigurt” Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal”, në mungesë të funksionimit të strukturës këshillimore të ngarkuar për mbikëqyrjen e zbatimit të këtij dokumenti, KKKSHR, nuk janë ndjekur në fazën e zbatimit të tyre, e për rrjedhojë shumë prej këtyre objektivave nuk janë zbatuar. Rekomandimet kryesore të grupit të auditimit janë orientuar kundrejt marrjes së masave nga MSHMS në drejtim të: të përditësimit dhe përmirësimit të cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar; kryerjes së një vlerësimi të veçantë sa i takon infrastrukturës, burimeve njerëzore, dhe pajisjeve mjekësore të institucioneve shëndetësore spitalore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal; krijimit të regjistrit kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach).

Sa i takon eficiencës së monitorimit të këtij dokumenti nga institucionet përgjegjëse grupi i auditimit ka evidentuar se MSHMS nuk ka hartuar planin e monitorimit dhe vlerësimit të Dokumentit dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021, e për rrjedhojë nuk ka kryer raportimin e progresit çdo 4 muaj; raportimin vjetor të progresit; përgatitjen e raporteve për analiza të thella duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i monitorimit dhe vlerësimit, kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik; raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli ndërmjetës dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik. Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 -2021 nuk janë ndërtuar duke pasur parasysh kriterin SMART, i cili saktëson karakteristikat bazë për një dokument strategjik të suksesshëm. Gjithashtu, është evidentuar se, në kundërshtim me VKM nr. 327, datë 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat”, të dhënat e mbajtura sipas sistemit të informacionit shëndetësor, nga të cilat dalin edhe rezultatet e vdekshmërisë amtare, foshnjore dhe neonatale etj, trajtuara në këtë material, nuk janë gjithëpërfshirëse pasi reflektojnë situatën e këtyre indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore publike, e jo edhe ato private. Pra, monitorimi dhe vlerësimi i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Vlerësimit ka qenë inefficient, pasi nga ana e MSHMS ka munguar planifikimi i këtyre proceseve, identifikimi i strukturave dhe personave përgjegjës për kryerjen e këtij funksioni, analiza kosto përfitim e realizimit të objektivave strategjik dhe specifik, duke impaktuar në mënyrë të qenësishme matjen e rezultateve të këtij dokumenti. Mungesa e informacionit financiar mbi

shpenzimet e kryera për secilin objektiv specifik sipas fondeve të parashikuar në planin e veprimit, nuk favorizon në radhë të parë transparencën institucionale në këtë drejtim, si edhe penalizon vlerësimin kosto përfitim të zbatimit të këtij dokumenti nëse do të kryhet në të ardhmen. Gjithashtu, mungesa e monitorimit dhe vlerësimit të strategjisë ka penalizuar analizimin e rezultateve për dy synimet *“reduktimi i vdekshmërisë amtare me 0.4 % më pak se niveli i vitit 2015” dhe “ulja e vdekshmërisë foshnjore me 0.4% më pak nga niveli i vitit 2015 (6.3/1000)”*, përcaktuar në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues, të cilat nuk mund të verifikohen dhe analizohen si nga MSHMS, ashtu edhe nga grupi i auditimit. Ndërkohë që, mos respektimi i VKM nr. 327, datë 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat” edhe nga institucionet shëndetësore jo publike që ofrojnë shërbim spitalor ka penalizuar saktësinë dhe gjithëpërfshirjen e rezultateve të të dhënave për vdekshmërinë amtare, foshnjore, numrin e lindjeve etj, duke rezultuar në përlllogaritje të cunguar të indikatorëve cituar më sipër, të cilët nuk reflektojnë plotësisht situatën aktuale dhe të kaluar në vendin tonë. Ende pas 6 vitesh nga hyrja në fuqi e këtij vendimi dhe tre vite pas krijimit të regjistrave përkatës vetëm Spitali Amerikan raporton në MSHMS sipas formateve të përcaktuara në VKM. Mos parashikimi në VKM nr. 327, i një mekanizmi nxitës ose ndëshkues kundrejt institucioneve shëndetësore jo publike, të cilat ofrojnë kujdes shëndetësor në vendin tonë, ka penguar veprimtarinë e MSHMS dhe ISHP në drejtim të mbledhjes, analizimit dhe raportimit të të dhënave sipas formateve të sistemit të informacionit shëndetësor në vendin tonë. Rekomandimet kryesore për problematikat e shtjelluara më sipër janë orientuar kundrejt kryerjes së një vlerësimi gjithëpërfshirës të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues në të cilin të evidentohet qartë statusi i zbatimit të dokumentit deri në fund të periudhës 2017 – 2020 e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë; kryerjes së një analize specifike kosto përfitim të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues me qëllim evidentimin e përfitimeve financiare nga zbatimi i objektivave vendosur në të, e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë. Gjithashtu i është rekomanduar MSHMS të propozojë ndryshimet përkatëse në VKM nr. 327, datë 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat” duke parashikuar në to një mekanizëm të posaçëm nxitës ose ndëshkues, deri në heqjen e licencës për ushtrimin e aktivitetit shëndetësor, me qëllim që të realizohet raportimi nga strukturat shëndetësore jo publike i të dhënave të parashikuara nga VKM e sipërcituar.

Në drejtim të infrastrukturës spitalore, pajisjeve dhe aparaturave mjekësore nga auditimi është konstatuar se në spitalet objekt auditimit pjesa më e madhe e sallave të lindjes natyrale dhe të dhomave pas lindjes infrastruktura nuk ishte referuar Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare; raporti numër shtretërisht për m² në dhomat e pacientëve nuk respektohet, jo të gjitha dhomat ishin të pajisura me tualete si dhe dritaret, komodinat dhe dyert ishin të amortizuara; përgjithësisht në sallat e lindjes, shtretërit e lindjes (në lindjet natyrale) ishin shumë të amortizuar, (Konkretisht tavolina e shtratit për vendosjen e pajisjeve mjekësore ishte e thyer, mbështetëset e këmbëve nuk ishin statike si dhe sfungjerët e shtratit të lindjes ishin shumë të amortizuar duke krijuar kështu rrezik për infeksione, pasi edhe pastrimi i tyre ishte shumë vështirë); pjesa më e madhe se dhomave të pacientëve nuk kishin zile për njoftimin e stafit mjekësor në rast të një komplikacioni shëndetësor; muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko - kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuara të BE-se; pjesa më e madhe e hapësirave spitalore nuk ishin të veshura me materialin spitalor rezin; lavamanët për larjen e foshnjave nuk ishin të përshtatshme as në përmasa dhe as në cilësi.

Ka rezultuar gjithashtu se rezultatet e depistimeve shpesh herë evidentonin ngarkesa mikrobale si rrjedhojë e pajisjeve të vjetërsuara në ambientet spitalore.

Problematikat e sipërpërmendura në infrastrukturën spitalore të spitaleve objekt auditimi kanë impaktuar në mënyrë të qenësishme ofrimin e shërbimit, duke qenë se në këto struktura shëndetësore nuk garantohen kushtet optimale në përputhje me standardet e akreditimit (si për spitalet e akredituara ashtu edhe për ato të pa akredituara) dhe nuk ofrohet një shërbim i cili siguron nivelin më të lartë të pastërtisë, higjienës dhe sterilitetit, që, me gjithë përpjekjet e pareshtura të personelit shëndetësor, ende mbetet në nivele jo të kënaqshme. Përdorimi i pajisjeve mjekësore, mjeteve të tjera dhe arredimit spitalor të amortizuara plotësisht nga këndvështrimi ekonomik evidenton qartësisht mungesën e investimeve në vite në këto drejtime, si edhe cenon cilësinë e shërbimit të ofruar nga spitalet objekt auditimi, për arsye se personelit mjekësor të këtyre strukturave nuk u garantohen kushtet *sine qua non* për të ushtruar profesionin e tyre në nivelin më të lartë të profesionalizmit mjekësor. Shpenzimet e realizuara në SRK dhe SRV për sterilizimin e seteve të përdorura në lindjet normale kanë rezultuar në kundërshtim me parimet e eficientësisë dhe ekonomicitetit, nisur nga fakti se me përdorimin e mjeteve sterilizuese në dispozicion të këtyre strukturave mund të kurseheshin duke u përdorur për nevoja të tjera, për vitin 2019, respektivisht në vlerat 7,923,000 lekë dhe 7,589,400 lekë. Rekomandimet kryesore për këto çështje kanë synuar të adresojnë problematikat duke i sugjeruar: MSHMS që brenda kompetencave ligjore, të kërkojë zyrtarisht të gjitha strukturave spitalore që ofrojnë shërbim obstetrik – gjinekologjik në vendin tonë, të kryejnë një vlerësim paraprak të infrastrukturës spitalore, pajisjeve mjekësore duke evidentuar problematikat dhe nevojat për përmirësim që ato kanë; MSHMS, në kuadër të miratimit të Planit Shtetëror Spitalor, të rishikojë shpërndarjen e numrit të shtretërve në shërbimin spitalor në rang vendi, duke vlerësuar konkretisht numrin e shtretërve, numrin e pacientëve, normën e shfrytëzimit të shtratit, numrin e mjekëve të nevojshëm, me qëllim garantimin e një shërbimi racional dhe optimal, e duke përmbledhur gjetjet nga ky vlerësim në një Raport të posaçëm të publikuar në faqen zyrtare të këtij institucioni; Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë, të vendosin në përdorim autoklavat në dispozicion për sterilizimin e mjeteve kirurgjikale të përdorura në lindjet normale duke shmangur shpenzimet për furnizimin me sete sterile të koncesionarit.

Në drejtim të mjaftueshmërisë së stafit, kualifikimeve dhe trajnimeve është evidentuar se Pavarësisht mangësive në staf të spitaleve objekt auditimi të evidentuar duke krahasuar strukturat plan – fakt, vërehet se aktualisht nga MSHMS nuk është bërë një vlerësim gjithëpërfshirës dhe serioz i nevojës për burime njerëzore në strukturat shëndetësore të kujdesit spitalor duke analizuar në mënyrë analitike ngarkesën e punës për mjek, raportin nr pacientësh për mjek, duke përfshirë këtu edhe numrin e shtretërve me qëllim një përdorim sa më eficient dhe efektiv të burimeve në dispozicion të sistemit shëndetësor. Mos funksionimi i Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor deri në vitin 2019 ka penalizuar funksionimin e duhur të shërbimit spitalor në vendin tonë nisur edhe nga fakti se një Plan Shtetëror Spitalor nuk është propozuar nga MSHMS dhe miratuar me VKM sipas kërkesave ligjore, duke u përkthyer në një përdorim jo efektiv dhe eficient i burimeve në dispozicion të shërbimit spitalor në vendin tonë. Mungesa e angazhimit të MSHMS në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimi i kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur (brenda kuadrit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimtë për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues) nuk ka lejuar që ky aspekt të zhvillohet dhe artikulohet sipas pritshmërive të shpalosura në strategji. Mangësitë në administrimin dhe dokumentimin e trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor nga ana e specialistëve për edukimin në vazhdim nuk lejon gjurmimin dhe raportimin e saktë të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi, si edhe penalizon vetë strukturat shëndetësore të cilat në këtë mënyrë nuk posedojnë të dhëna të sakta për avancimet profesionale të stafit.

Rekomandimet kryesore për këtë çështje kanë adresuar problemin e mungesës së miratimit të Planit Shtetëror Spitalor nga KM, si dhe përgjegjësitë e MSHMS në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor, si dhe për përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.

7. Grupi i Punës

Xhuljeta Çelaj, Përgjegjëse grupi,

Angjela Nesturi, anëtare

Anjeza Gjoci, anëtare.



DREJTOR I DEPARTAMENTIT

Yllka PULASHI



