

VLERËSIMI I STANDARTEVE TË MENAXHIMIT TË CILËSISË TEK INSTITUCIONET SHËNDETËSORE PUBLIKE NË KOSOVË

Samir Lleshi

Dorëzuar
Universitetit European në Tiranë
Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në Shkencat
Ekonomike, me profil Menaxhim, për marrjen e gradës shkencore
“Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof. Asoc. Dr.Eleina Qirici

Numri i fjalëve: 53.129

Tiranë, Qershor 2017

DEKLARATA E AUTORESISË

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruar prej meje, nuk është prezantuar asnjëherë si i tillë përpara një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar si i tërë. Ky punim nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara dhe të referuara.

© Samir Lleshi

ABSTRAKT

Kujdesi cilësor shëndetësor është plotësimi i nevojave të atyre që janë më në nevojë për shërbime shëndetësore, me më pak kosto për organizatën, dhe brenda kufijve të cilat i kanë përcaktuar autoritetet shëndetësore dhe financuesit”

Ovretveit, 1995

Në vitet e fundit Kosova në rrugëtimin e saj kah integrimet evropiane ka vendosur themelet për infrastrukturën e cilësisë. Edhe pse ngec në krahasim prej fqinjëve të saj në drejtim të infrastrukturës për cilësi, ajo ka eliminuar disa nga pengesat ekzistuese sa i përket infrastrukturës ligjore. Duke krijuar një sistem të cilësisë sipas kërkesave të Standardit EN ISO 9001 është më e lehtë të instalohen dhe monitorohet vazhdimisht standardet e kujdesit shëndetësor sipas përcaktimit të udhëzimeve për punë tek praktikat e mira spitalore në fusha të veçanta e të njohura ndërkombëtare.

Në dekadën e fundit të shekullit të 20-të, qasja sistematike në ngritjen e cilësisë në bazë të Sistemit të menaxhimit të cilësisë bazuar është bërë modeli dominues i menaxhimit të cilësisë në aplikim. Nga pikëpamja e zhvillimit të standardizimit të biznesit, mund të themi se Standardi ISO 9001 është bërë një kornizë e përgjithshme dhe e pranueshme për përmirësimin e cilësisë së produkteve dhe shërbimeve pa marrë parasysh sektorin.

Pra, krijimi i kushteve për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore si dhe evoluimi i shërbimeve është një sfidë e madhe e cila ndërlidhet edhe me kërkesat gjithnjë në rritje të pacientëve dhe qytetarëve për të pasur shërbime shëndetësore më të shumta dhe me një cilësi më të madhe. Përparimet e mëdha në shkencën e mjekësisë, në teknologji dhe mundësia e qasjes së shpejtë në

burime të ndryshme të informacionit mundësojnë zgjedhje më të shumta dhe më të shpejta .

Fjalë kyçe: Standarde, Sistemi i menaxhimit të cilësisë, shëndetësia, institucione, shërbime

ABSTRACT

“Quality health care is meeting the needs of those most in need of health services, with less cost to the organization, and within the limits set by health authorities and funders ”

Ovretveit, 1995

In recent years, Kosovo has set the foundation for quality infrastructure in its journey towards European integration. Although it lags behind in comparison to its neighbors in terms of quality infrastructure, it has eliminated some of the existing barriers to legal infrastructure. Creating a quality system abide by the requirements of the EN ISO 9001 standard is easier to constantly install and monitor health care standards according to the definition of work guidelines for good hospital practices in particular and internationally recognized areas.

In the last decade of the 20th century, the systematic approach to quality enhancement based on the Quality Based Management System has become the dominant model of quality management application. From the standpoint of developing business standardization, we can say that the ISO 9001 standard has become a general and acceptable framework for improving the quality of products and services regardless of sector.

Therefore, creating the conditions for a continuous improvement in quality and safety of health services and in the advancement of services is a major challenge which is also linked to the ever-increasing demands of patients and citizens to have more health services of the best quality. Huge advances in medical science, technology, and the ability to quickly access various sources of information enable more and faster choices.

Key words: Standards, Quality Management System, Health, Institutions, Services

D e d i k i m

Këtë punim ja dedikoj familjes sime, ata besuan në mua.

I dua ..., I ruaj këta njerëz të rrallë të cilët më njohin në shpirt.

Familja ime.

FALENDERIME

Finalizimi i këtij punimi do të ishte i vështirë nëse nuk do të ishte e mundur mbështetja edhe nga njerëz të tjerë. Është e pamundur këtu ti përmendi dhe ti falënderojë një nga një, të gjithë ata që më kanë mbështetur, ndihmuan në gjetjen e informacioneve dhe sugjerimet e dhëna. Megjithatë, një falënderim i veçantë shkon udhëheqëses time në këtë punim Prof.Asoc.Dr. Eleina Qirici. E falënderoj për mendimet, këshillat dhe sugjerimet e vazhdueshme, e mbi të gjitha për mbështetjen morale gjatë gjithë kësaj kohe. Ishte privilegj për mua të punoja me të në realizimin e kësaj teme.

Së fundmi, por jo për nga rëndësia, do falënderoja familjen time pa mbështetjen e të cilës realizimi i këtij punimi nuk do kishte qenë i mundur.

TABELA E PËRMBAJTJES

Abstrakti	iv
Dedikimi	v
Falënderime	vi
Përmbledhje ekzekutive	vii
Lista e shkurtimeve	xi
 HYRJE	3
1. Objektivat e studimit	16
2. Qëllimi i punimit	16
3. Pyetjet kërkimore dhe hipotezat.....	17
4. Kufizimet e punimit	18
5.Rëndësia e studimit	19
6. Strukturimi i punimit	20
 KAPITULLI I : Rishikimi i literaturës mbi Sistemin e menaxhimit të cilësisë.	
Aspektet themelore të SMC-së	22
1.1 Evolucioni i konceptit të cilësisë dhe menaxhimit	22
1.1.1 Historia dhe përkufizimi i cilësisë	29
1.2 Menaxhimi i cilësisë dhe dimensionet themelore të cilësisë	30
1.2.1 Çfarë është menaxhimi i cilësisë	33
1.3 Konceptimi i cilësisë së shërbimit	33
1.4 Kënaqësia dhe besnikëria e klientit	37

1.5 Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë	39
1.6 Parimet e Menaxhimit të Cilësisë sipas ISO 9001	41
1.7 Analiza e kërkesave të ISO 9001:2015	49
1.8 Menaxhimi i Cilësisë Totale	54
1.9 ISO dhe standardet tjera të aplikueshme	59
KAPITULLI II: Vështrim mbi sektorin shëndetësor në Kosovë	63
2.1 Zhvillimi i sektorit shëndetësor	63
2.2 Struktura e sistemit shëndetësor në Kosovë	65
2.3 Ministria e shëndetësisë	67
2.4 Qëllimet e sistemit shëndetësor	69
2.4.1 Rëndësia e sistemit shëndetësor në shoqëri	70
2.4.2 Sistemi i cilësisë dhe kujdesi shëndetësor	71
2.5 Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore në Kosovë	72
KAPITULLI III: Cilësia avantazh strategjik dhe konkurrues në ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe kënaqësisë së klientëve.....	74
3.1 Cilësia në shëndetësi	74
3.2 Përcaktimi i vlerës në shëndetësi	75
3.3 Përcaktimi i dimensioneve të cilësisë së shërbimeve shëndetësore	77
3.4 Supozimet themelore të koncepteve kyçe të cilësisë në shëndetësi	80
3.5 Iniciativa cilësore në kujdesin shëndetësor	81
3.6 Matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit shëndetësor	82
3.7 Siguria e pacientit si një dimension kyç i cilësisë së kujdesit	86

KAPITULLI IV: METODOLOGJIA E STUDIMIT	88
4.1 Natyra e studimit (fazat kryesore të procesit të hulumtimit)	88
4.2 Popullata dhe kampioni - përcaktimi i mostrës	90
4.3 Instrumentet e kërkimit parësorë	93
KAPITULLI V: Analiza kërkimore	101
5.1 Analiza përshkruese e faktorëve demografikë të pyetësorit për pacientë	101
5.2 Analiza përshkruese e vlerësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësorë	103
5.2.2 Analiza përshkruese e dimensioneve të cilësisë sipas pritshëmërive.....	108
5.3 Analiza përshkruese e faktorëve demografikë të pyetësorit për punonjës	114
5.4 Përcaktimi i variablave. Lidhja funksionale ndërmjet tyre	147
5.4.1 Analiza faktoriale e variablave	148
5.4.2 Analiza e lidhjes së faktorëve në përcaktimin e SMC-së	153
5.4.3 Analiza e pyetjeve kërkimore	161
KAPITULLI VI: Konkluzione dhe rekomandime	164
6.1 Konkluzione specifike nga analiza statistikore	164
6.3 Rekomandime	167
Bibliografia	169
SHTOJCA	181
Shtojcë 1. Pyetësi për pacientë	
Shtojcë 2. Pyetësi për staf	
Shtojcë 3. Grafikë dhe tabela	

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Ciklusi PDCA sipas Demingut	24
Figura 2. Cilësia funksionale vs teknike	33
Figura 3. Modeli i lartë përfaqësimi i SMC në shëndetësi	36
Figura 4. Spitali – Model për sektorin e shëndetësisë bazuar në SMC	36
Figura 5. Model i proceseve të SMC-së	40
Figura 6. Parimet e menaxhimit të cilësisë	41
Figura 7. Skema fillestare e kampionit teorik	147
Figura 8. Variablat e kontrollit nuk ndikuan tek asnjëra nga variablat e varura	160

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Vlerat e koeficientit Cronbach alfa	95
Tabela 2. Dallimet midis qasjes sasiore dhe cilësore të hulumtimit	98
Tabela 3. Shpërndarja e pacientëve sipas grup moshave	102
Tabela 4. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësor.....	103
Tabela 5. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimet menaxheriale	104
Tabela 6. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve mjekësore.....	105
Tabela 7. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve mbështetëse	106

Tabela 8. Vlerësimi i pacientëve për cilësinë e shërbimeve të mirëmbajtjes	106
Tabela 9. Vlerësimi i pacientëve lidhur me kërkesat e menaxhmen. të spitalit	107
Tabela 10. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore në Institucionet shëndetësore	108
Tabela 11. Vlerësimi i pacientëve lidhur me spitalet dhe shërbimet shëndetësore.....	109
Tabela 12. Ndërgjegjësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit mjekësorë.....	111
Tabela 13. Vlerësimi i pacientëve me lidhur me teknologj. moderne në spital.....	112
Tabela 14. Performanca e stafit dhe vlerësimi me diagnozën e pacientit	112
Tabela 15. Statistika përshkruese lidhur me eksperiencën në punë	114
Tabela 16. Vlerësimi i punonjësve lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore	114
Tabela 17. Krahasimi lidhur me përkufizimet e konsumatorëve	115
Tabela 18. Krahasimi lidhur me proceset	116
Tabela 19. Krahasimi lidhur me mënyrën e zgjidhjes së problemeve	116
Tabela 20. Krahasimi lidhur me shkakun e problemit	117
Tabela 21. Krahasimi lidhur me gabimet	117
Tabela 22. Krahasimi lidhur me planifikimin	117
Tabela 23. Krahasimi lidhur me përmirësimet	117
Tabela 24. Krahasimi lidhur me shprehjen e performancës	118
Tabela 25. Krahasimi lidhur me metodat	118

Tabela 26. Krahasimi lidhur me përgjegjësinë për cilësinë	118
Tabela 27. Krahasimi lidhur me realizimin e cilësisë	119
Tabela 28. Krahasimi lidhur me pozicionin e autoritetit	119
Tabela 29. Krahasimi lidhur me shërbimet e projektimit	120
Tabela 30. Krahasimi lidhur me menaxherët	120
Tabela 31. Krahasimi lidhur me produktivitetin dhe autoritetin	120
Tabela 32. Krahasimi lidhur me strukturën e organizimit	121
Tabela 33. Opinioni i punonjësve lidhur me objektivat e SMC-së	121
Tabela 34. Vlerësimi lidhur me planet e cilësisë	124
Tabela 35. Vlerësimi lidhur me përkufizimin e menaxhimit të cilësisë	124
Tabela 36. Vlerësimi lidhur me nevojat e një menaxhimi të cilësisë në një spital	125
Tabela 37. Vlerësimi lidhur me menaxhmentin e lartë në spital	126
Tabela 38. Vlerësimi lidhur me konsumatorët e shërbimit shëndetësorë	128
Tabela 39. Vlerësimi lidhur me proceset, metodat dhe sistemin e punës në spital	129
Tabela 40. Vlerësimi lidhur me koordinimin	129
Tabela 41. Vlerësimi lidhur me element të MC	130
Tabela 42. Vazhdimësia dhe përmirësimi i procesit	131
Tabela 43. Vlerësimi lidhur me sistemin	132

Tabela 44. Vlerësimi lidhur me njohuritë	134
Tabela 45. Vlerësimi i punonjësve lidhur me parandalimin	135
Tabela 46. Vlerësimi lidhur me informacionin	136
Tabela 47. Vlerësimi lidhur me kompetencat e punonjësve	138
Tabela 48. Puna në ekip	139
Tabela 49. Vlerësimi lidhur me komunikimin	140
Tabela 50. Vlerësimi lidhur me SMC-së	141
Tabela 51. Vlerësimi lidhur me disponueshmërinë e ekipeve mjekësore	143
Tabela 52. Vlerësimi i ofrimit të kurseve	144
Tabela 53. Vazhdimësia e kurseve	145
Tabela 54. Problemet që pengojnë zbatimin e MC-së në spital	146
Tabela 55. Peshat faktoriale të variabël të pavarur – shërbimet menaxheriale	148
Tabela 56. Peshat faktoriale të variabël të pavarur – shërbimet mjekësore	148
Tabela 57. Peshat faktoriale të variab. të pavarur – shërb. Mjekësore mbështetëse.....	148
Tabela 58. Peshat faktoriale të variabël të pavarur- shërbimet e mirëmbajtjes	149
Tabela 59. Peshat faktoriale të variabël të pavarur- ndërveprimi me stafin e spitalit.	149
Tabela 60. Peshat faktoriale të variabël të pavarur- kënaqësia e pacientëve	150
Tabela 61. Peshat faktoriale të variabël të pavarur- cilësia e shërbimit	151

Tabela 62. Peshat faktoriale të variabëlit moderues – ndërgjegjësimi i pacientëve	151
Tabela 63. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur-Teknologjia e shërb. Mjekësore.	151
Tabela 64. Vlerat e koeficientit Alpha Cronbach për secilën variabël	152
Tabela 65. Korrelacioni midis variablave të pavarur	153
Tabela 66. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur dhe variabëlit të varur kënaqësia e pacientëve	153
Tabela 67. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur dhe variabëlit të varur kënaqësia e pacientëve nën ndikimin e dy variablave moderues	201
Tabela 68. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur dhe variabëlit të varur cilësia e shërbimeve shëndetësore nën ndikimin e dy variablave moderues	202
Tabela 69. Chi Square midis menaxhmentit të lartë dhe performancës së punonjësve të shërbimit shëndetësor	205
Tabela 70. Chi square midis MC dhe sistemit të organizimit	206
Tabela 71. Chi square midis MC dhe proceseve	207
Tabela 72. Testi Chi square midis njohurive organizative të menaxhmentit dhe performancës	209
Tabela 73. Koeficienti korrelimit	209
Tabela 74. Chi Square i proceseve dhe MC	210
Tabela 75. Chi Square midis koordinimit dhe MC	210
Tabela 76. Vlerësimi i kënaqësisë së pacientëve në varësi të llojit të spitalit	212

Tabela 77. Korrelimi midis variablave	212
Tabela 78. ANOVA	212
Tabela 79. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur të proceseve dhe variabël të menaxhimit	213

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Shpërndarja e pacientëve sipas institucioneve	100
Grafiku 2. Gjinia e pacientëve	101
Grafiku 3. Niveli arsimor i pacientëve	102
Grafiku 4. Menaxhimi i institucionit shëndetësor-spitalor ndihmon për të zgjidhur ose lehtësuar atë	108
Grafiku 5. Shpërndarja e punonjësve sipas profesionit	113
Grafiku 6. Vlerësimi lidhur me mjedisin kulturor në spital	133
Grafiku 7. Disa pacientë janë duke marrë shërbime shtesë për shkak të favorizimit ...	137
Grafiku 8. Pjesëmarrja e punonjësve në vendimmarrje	139
Grafiku 9. A ka departament për MC-së në spital	141
Grafiku 10. Si do përshkruanit ekipet e përmirësimit të cilësisë në spitalin tuaj	142
Grafiku 11. A ju keni bashkuar kurseve të trajnimit në lidhje me cilësinë në spital	143
Grafiku 12. A keni vijuar kurse të trajnimit në lidhje me SMC në spital	144

LISTA E SHKURTIMEVE

SMC	Sistemi i menaxhimit të cilësisë
SC	Sigurimi i cilësisë
MTC	Menaxhimi i cilësisë totale
ISO	Organizata Ndërkombëtare për Standardizim
SQC	Kontrolli statistikor i cilësisë
PDCA	Rrethi i përmirësimit të cilësisë
MC	Menaxhimi i cilësisë
ASQ	Shoqata Amerikane për cilësi
EMAS	Eko-menaxhimi dhe skema e auditimit
OHSAS	Standardi i Menaxhimit të shëndetit dhe sigurisë në punë
BS	Standardi Anglez
TI	Teknologjia informative
HACCP	Analiza e rreziqeve dhe pikat kritike të kontrollit
FSSC	Certifikimi i sistemit të sigurisë ushqimore
PRP	Programe paraprake sektoriale
GHG	Emisioni i gazrave serë
EnMS	Sistemi i menaxhimit energjetik
PAS	Sisteme të integruara të menaxhimit
SA	Përgjegjësia sociale
SAI	Përgjegjësia sociale ndërkombëtare
ILO	Organizata Ndërkombëtare e Punës
EHR	Regjistri elektronik shëndetësor
RSFJ	Republika Socialiste Federative e Jugosllavisë
QKMF	Qendra kryesore e mjekësisë familjare
QMFP	Qendra e mjekësisë familjare Pejë
SRP	Spitali rajonal Pejë
PMF	Punktet e mjekësisë familjare
KPSH	Kujdesi parësor shëndetësor
KDSH	Kujdesi dytësor shëndetësor

QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
IKMP	Instituti Kombëtar i mjekësisë së punës
QMSR	Qendra mjekësore për sport dhe rekreacion
IKShPK	Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës
SISh	Sistemi i informimit shëndetësor
ASK	Agjensioni i Statistikave të Kosovës
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetit
UNDP	Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim

HYRJE

Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë dhe aplikimi i kërkesave të Sistemit të menaxhimit të cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende e posaçërisht për ato që kanë kaluar apo janë duke kaluar një periudhë të vështirë tranzicioni nga një sistem ku cilësia as nuk njihej, as nuk matej dhe rrjedhimisht as nuk përmirësohej, në sistemin ku ofrimi i shërbimeve shëndetësore është më ndryshe. Ky studim hulumton vlerësimin e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë në institucionet shëndetësore në rajonin e Pejës si një metodë e përmirësimit të vazhdueshëm në shërbimet shëndetësore. Po ashtu ky studim ka për qëllim të përcaktojë konceptin e cilësisë, karakteristikat e një sistemi të cilësisë dhe përkufizimin dhe rëndësinë e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë me fokus në shëndetësi.

Ky studim fokusohet dhe për objektiv ka të vërtetojë avantazhet e përdorimit të kërkesave të SMC-së në funksion të rritjes së produktivitetit dhe të efijencës në sistemin shëndetësor në Kosovë dhe veçanërisht të institucioneve të shërbimit primar dhe sekondar. Objekti i kërkimit po ashtu do të jetë të shpjegohen motivet dhe arsyet pse institucionet duhet të përshtatin sistemet e tyre të menaxhimit me kërkesat sipas Standardit ISO 9001.

Aktiviteti i Standardizimi përfshin proceset e zhvillimit, aprovimin, publikimin dhe aplikimin e standardeve përmes të përmbushjes së parimeve dhe rregullave të punës së standardizimit. Standardet janë zhvilluar dhe publikuar për të shërbyer interesat publike dhe ato janë mjet i fortë për shpërndarjen e informacionit dhe mirëkuptimit të ndërsjellë midis partnerëve. (Nwabueze, U., 1997, Editorial: Total Quality Management in Health Care, Total Quality Management, Vol. 8, No. 5, pp. 203).

Në kushtet e zhvillimit të ekonomisë dhe përafrimit të Kosovës në Unionin Evropian, standardizimi dhe aplikimi i kërkesave të tyre luan një rol edhe më të rëndësishëm për kompanitë, ndërmarrjet, mjediset akademike dhe shkencore, të organizatave qeveritare dhe jo-qeveritare, laboratorëve, certifikimit të organizmave inspektuese, duke njohur rëndësinë e standardeve në mbështetje të legjislacionit si një instrument efikas për zhvillimin e prodhimit, tregtimit dhe të shërbimeve, vlerësimit të konformitetit dhe aktivitetet e certifikimit për zbatimin e risive në shkencë dhe zhvillimin e teknologjisë. Cilësia paraqet një filozofi të re strategjike të menaxhimit të ndërmarrjes-institucionit që bazohet në përkushtimin e përgjithshëm të menaxhmentit dhe të punësuarve në drejtim të kënaqshmërisë së konsumatorëve dhe përmirësimit të vazhdueshëm të produkteve, prodhimit dhe shërbimeve.

Sigurimi i cilësisë (SC) është garancioni i institucionit se shërbimi që e ofron i përmbush standardet e pranuar për cilësi si dhe njëheri është i akredituar dhe i certifikuar. Procedurat kontrolluese të planifikuara ndodhin “para, gjatë dhe pas” dhe qëllimi është që të bëhen “mirë herën e parë dhe çdoherë”. Sigurimi i cilësisë duhet të jetë përgjegjësi e çdonjërit të përfshirë në krijimin e produktit apo shërbimit. Kjo qasje mbi cilësinë dhe kënaqësinë e pacientëve-klientëve, tregojnë rëndësinë e implementimit të kërkesave të Sistemit të menaxhimit të cilësisë edhe në sektorin shëndetësor në Kosovë.

1. Objektivat

Ky punim është mbështetur në përmbushjen e disa objektivave ndër të cilat mund të përmendim:

- Vlerësimin e konceptit në lidhje me cilësinë tek punonjësit e institucioneve shëndetësore si dhe karakteristikat e sistemit aktual në zbatimin e kërkesave të SMC në institucionet shëndetësore.
- Vlerësimin e pritshmërisë së cilësisë së shërbimit nga “pacientë” në institucionet shëndetësore në rajonin e Pejës dhe analiza e koncepteve që trajtojnë të gjithë elementët e cilësisë në shërbimin shëndetësor spitalor;
- Kryerja e një analize të dhënash bazuar në informacionin cilësor të mbledhur;
- Rishikimi i literaturës për sa i përket koncepteve kryesore të menaxhimit të cilësisë, mekanizmave kryesorë që përdoren për vlerësimin e SMC me theks në sektorin e shëndetësisë;
- Të identifikojë nëse institucionet shëndetësore publike ofrojnë shërbime shëndetësore cilësore dhe aplikimi i kërkesave të Sistemit të menaxhimit të cilësisë është i qëndrueshëm si dhe model më i përshtatshëm.
- Të përcaktojë nëse është e domosdoshme certifikimi i institucioneve shëndetësore publike sipas standardit ISO 9001:2015 dhe ka ndikim në rritjen e cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe mirëqënien së pacientëve.

Duke u mbështetur në këto objektiva, pretendohet që të ofrohen disa rekomandime modeste që mund të ndihmojnë Ministrinë e shëndetësisë dhe institucionet shëndetësore në Kosovë në përmirësimin e shërbimeve dhe mundësitë për ri dizajnimin e referimit të pacientëve dhe procesit të kujdesit në mënyrë që të ofrojnë shërbime transparente,

efektive, të qasshme, më të shpejta dhe më të mira për pacientët si dhe zhvillimin e programeve të reja me fokusin kryesor në marrëdhëniet mjek / infermierë – pacientë.

1. Qëllimi i studimit

Studimi i kësaj teme ka për qëllim të japi një vlerësim rreth sistemit të menaxhimit të cilësisë në institucionet shëndetësore publike në rajonin e Pejës. Pra, bazuar në faktin se përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende që janë në zhvillim përfshirë këtu edhe Kosovën vendosja e standardeve bashkëkohore në shërbimin shëndetësor publik mbetet një sfidë shumë e madhe dhe e rëndësishme në sektorin e shëndetësisë. Sistemi i menaxhimit të cilësisë është një ndër asetet më të rëndësishme që mund të ndikojnë dhe përmirësojnë cilësinë e shërbimeve dhe performancën dhe më pas ti krijojnë institucioneve avantazhin konkurrues në treg. Ky studim synon të vlerësojë rëndësinë dhe domosdoshmërinë e implementimit të kërkesave të sistemit të menaxhimit të cilësisë në sektorin shëndetësorë publik.

2. Pyetjet kërkimore dhe hipotezat

Vërtetimi dhe studimi se implementimi dhe akreditimi i institucioneve shëndetësore publike në Kosovë do të ndihmonte në ngritjen e cilësisë së shërbimeve të qëndrueshme shëndetësore (strukturën dhe procesin e kujdesit) të krijojnë kushte më të mira për pacientët në trajtim, kërkoi ngritjen e hipotezave në lidhje me institucionet publike dhe shërbimet shëndetësore, duke analizuar variabla demografikë dhe variabla që lidhen më interesin .

Pyetjet kërkimore të cilat parashtrohen në këtë studim janë:

Pyetje kërkimore 1: *A kanë lidhje varësie të rëndësishme njohuritë organizative të udhëheqjes (menaxhmentit) me nivelin e vlerësimit të performancës?*

Pyetje kërkimore 2 : *A ndikon përshkrimi i saktë i SMC dhe koordinimi i proceseve tek rritja e cilësisë së menaxhimit në institucionet shëndetësore?*

Pyetje kërkimore 3. *A varet cilësia e shërbimeve nga lloji i spitalit dhe ku është më i dukshëm ky dallim në spitalet publike apo private?*

Pyetja kërkimore 4. *Çfarë efekti ekziston në mes të sistemeve shëndetësore në elementet e menaxhimit të cilësisë dhe proceseve?*

Pyetja kërkimore 5: *A ndikon faktori i nivelit arsimor tek cilësia e shërbimeve mjekësore që ofrojnë institucionet shëndetësore?*

Ndërsa hipotezat që janë parashtruar në këtë studim janë:

Hipoteza 1: *“Faktorët që përcaktojnë kënaqësinë e pacientëve lidhur me sistemin e menaxhimit cilësor përfaqësohen nga cilësia e shërbimeve shëndetësore përfshirë këtu shërbimet e posaçme mjekësore dhe shërbimet mjekësore mbështetëse, menaxhmenti i spitalit, shërbimet e mirëmbajtjes si dhe ndërveprimi me stafin e spitalit“*

Hipoteza 2: *“Variabëli moderues (teknologjia e aparaturave shëndetësore) ndikon në secilën nga këto dy variablat e varur a) kënaqësia e pacientëve dhe b) cilësia e shërbimeve shëndetësore ndërsa variabëli tjetër moderues (Ndërgjegjësimi i pacientëve) ndikon vetëm tek kënaqësia e pacientëve”*

Hipoteza 3: *“Niveli arsimor nuk ka ndikim të rëndësishëm në kënaqësinë e pacientëve dhe vlerësimin lidhur me cilësinë e ofruar të shërbimeve mjekësore”*

Hipoteza 4. *“Ekziston lidhje statistikore ndërmjet udhëheqjes (menaxhmentit) dhe vlerësimit të performancës”.*

Hipoteza 5: *“Sistemet organizative kanë efekt pozitiv në elementet e menaxhimit të cilësisë, proceseve lidhur me cilësinë e shërbimeve mjekësore.*

3. Kufizimet e punimit

Politika Shëndetësore e Republikës së Kosovës është në përputhje me politikën shëndetësore me vendet e zhvilluara të Bashkimit Evropian sepse cilësia është një komponent thelbësor në kujdesin shëndetësor si dhe çdo aktiviteti që kryhet në shëndetësi dhe mjekësi. Duke u nisur nga ky fakt ajo ka aprovuar „Strategjinë e përmirësimit të cilësisë dhe shërbimeve shëndetësore 2012-2016“. Sektori i Shëndetësisë në Kosovë përbën një nga sektorët më të rëndësishëm dhe vazhdimisht i deklaruar si prioritar për zhvillimin e vendit. Pra, krijimi i kushteve për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore si dhe evoluimi i shërbimeve është një sfidë e madhe e cila ndërlidhet edhe me kërkesat gjithnjë në rritje të pacientëve dhe qytetarëve për të pasur shërbime shëndetësore më të shumta dhe me një cilësi më të madhe. Kufizimi i parë i punimit është marrja e mostrës nga popullata, për vetëm një spital rajonal të Kosovës, që përfaqëson 1 nga 6 spitalet regjionale në Kosovës, kufizimi i dytë i punimit është përjashtimi nga mostra të QMF-ve në Pejë, ku si bazë krahasuese është marr vetëm QKMF-ja në Pejë, që është qendra më e madhe mjekësore familjare shëndetësore dhe qendra e vetme kryesore. Kufizimet tjera shtesë të

punimit janë përdorimi i metodave të caktuara statistikore, të cilat janë përzgjedhur në bazë të mostrës së punimit dhe strukturës së pyetjeve kërkimore dhe hipotezave.

4. Rëndësia e punimit

Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende e posaçërisht për ato që kanë kaluar apo janë duke kaluar një periudhë të vështirë tranzicioni nga një sistem ku cilësia as nuk njihej, as nuk matej dhe rrjedhimisht as nuk përmirësohej, në sistemin ku ofrimi i shërbimeve shëndetësore është më ndryshe. Qëllimi kryesor i ofruesve të shërbimeve shëndetësore është që ato të jenë të cilësisë sa më të lart që është e mundur. Shëndeti i popullatës është element thelbësor në zhvillimin e vendit, ai është një parakusht për të, si dhe një tregues dhe një rezultat i zhvillimit të qëndrueshëm. Me qëllim arritjen e këtij synimi, ku punim tenton të bëjë një vlerësim të faktorëve kryesorë që ndikojnë në raste kur institucionet shëndetësore publike nuk aplikojnë kërkesat e SMC, duke bërë një krahasim të disa treguesve nga hulumtimi për cilësinë e shërbimeve shëndetësore në mes të sektorit publik dhe atij privat, në mënyrë që krahasimi në mes tyre, të nxitë që edhe institucionet shëndetësore publik të fillojnë me procedurat në implementimin e kërkesave të SMC-së e cila do ndikonte në rritjen e konkurrencës, me qëllim që pacientët të janë të kënaqur me shërbimet e ofruara.

Organizimi i sistemit të kontrollit të cilësisë ka qenë efektiv në maksimizimin e vlerës së produktit veçanërisht kur ai u zhvillua si një hallkë e pavarur menaxheriale në raport me hallkën prodhuese referuar strukturës organizative të ndërmarrjes apo organizatës. Kjo për shkak se ai përbën një kontribut të rëndësishëm në zhvillimin ekonomik, duke qenë se popullatat e shëndetshme jetojnë më gjatë dhe janë më produktivë. Në të

kundërt, popullatat jo të shëndetëshme mund të dëmtojnë fitimet ekonomike të një vendi.

Pra thënë ndryshe dikush është destinuar të prodhojë/shërbejë dhe dikush tjetër jashtë një varësie administrative nga hallka e parë do të duhet të kontrollojë cilësinë e punës së kryer. Të dyja hallkat kështu konceptohen sa të ndara po aq edhe të unisura si pjesë integrale të rëndësishme të njëjtës sistem organizimi brenda një subjekti prodhues apo shërbimi, ku qëllimi kryesor është kënaqja e kërkesave të klientit. Sigurimi i Cilësisë (SC) është garancia e kompanisë që produkti apo shërbimin që ofron të përmbush standardet e pranuar të cilësisë. Procedurat kontrolluese të planifikuara ndodhin “para, gjatë dhe pas” dhe qëllimi është që të bëhen “mirë herën e parë dhe çdoherë tjetër”. Sigurimi i cilësisë duhet të jetë përgjegjësi e çdonjërit të përfshirë në krijimin e produktit apo shërbimit. Pra, sigurimi i cilësisë duhet të realizohet në çdo fazë të zhvillimit të produktit apo shërbimit dhe të procesit.

Pra, rëndësia e këtij punimi do jetë që të konstatohet nevoja e ngritjes së një sistemi efektiv në rregullimin dhe inspektimin e sigurisë dhe cilësisë për të siguruar standardet në përgjithësi dhe për të mbrojtur pacientët dhe personelin nga praktikatat e rrezikshme në veçanti. Gjithashtu, të verifikohet ndikimi i implementimit të kërkesës në licencimin e të gjithë ofruesve të shërbimeve si dhe aplikimin e kërkesave të standardeve të cilësisë dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore në Kosovë ashtu siç është parashikuar edhe në Strategjinë Kombëtare duke u fokusuar kryesisht tek siguria e pacientit.

5. Struktura e punimit

Në funksion të qëllimit, objektivave, pyetjeve kërkimore të ngritura dhe metodologjisë së përzgjedhur, punimi është organizuar në gjashtë kapituj, si më poshtë:

- **Kapitulli i parë** që bën një përmbledhje të rishikimit të literaturës, vazhdon me rëndësinë, përshkrimin dhe përkufizimet mbi sistemin e menaxhimit të cilësisë me theks në sektorin e shëndetësisë. Ndërthyerja e këtyre elementeve vijon më tej me qasjet më të përdorura nga studiues të shumtë në mbarë botën për sistemin e menaxhimit të cilësisë duke u thelluar në sektorin e shëndetësisë.
- **Kapitulli i dytë** ka për qëllim përshkrimin e detajuar të situatës së sektorit të shëndetësisë në Kosovë ndër vite duke filluar më përshkrimin e saj kur Kosova ka qenë pjesë përbërëse e federatës Jugosllave dhe deri më sot, ofruesit kryesorë të shërbimeve shëndetësore, strukturën e këtij sektori, mënyra dhe niveli i financimit. Gjithashtu rëndësi do i jepet edhe indikatorëve kryesorë në mbarë botën të cilat janë përdorur në këtë fushë krahas sfidave për të ardhmen.
- **Kapitulli i tretë** konsiston në dhënien e përgjigjeve të pyetjeve kërkimore të ngritura, për të vazhduar me rezultatet e testeve të kryera. Ky është kapitulli që përbën shtyllën e gjithë punimit pasi të dhënat parësore janë mbledhur në institucionet shëndetësore në Pejë, Banjë të Pejës dhe Kastriot, reflektojnë lidhjen e dimensioneve të implementimit të kërkesave të Sistemit të menaxhimit të cilësisë si dhe ndërmjet perceptimeve të pacientëve mbi cilësinë e ofruar të shërbimit.

Kapitulli i katërt paraqet metodologjinë e studimit dhe nis me parashtrimin e pyetjeve kërkimore, objektivat si dhe skemën fillestare të kërkimit. Gjithashtu, në këtë kapitull jepen edhe arsyet e përzgjedhjes së instrumenteve të përdorura,

masën e kampionit si dhe përcaktimin dhe mënyrën e të anketuarve krahas mënyrës së përfitimit dhe analizimit të dhënave primare.

- ***Kapitulli i pestë*** përfaqëson një përmbledhje të konkluzioneve të punës kërkimore dhe gjetjeve kryesore të studimit në tërësi, duke vënë theksin në rekomandimet përkatëse dhe në mënyrën se si ndikon aplikimi i kërkesave të SMC-cë dhe njëheri ndikon në përmirësimin e proceseve në ofrimin e shërbimeve cilësore shëndetësore në institucionet publike në Kosovë, si dhe duke marr për bazë praktikat më të mira të ndjekura në vendet e rajonit dhe më gjerë.

KAPITULLI I

Rishikimi i literaturës mbi Sistemin e menaxhimit të cilësisë

Aspektet themelore të SMC-së

1.1 Evolucion i konceptit të cilësisë dhe menaxhimit

Fjala cilësi ka një domethënie të shumëfishtë. Cilësia përcaktohet si: "Gjithësia e karakteristikave të një njësie që lidhet me aftësinë e saj për të përmbushur nevojat e shprehura dhe nevojat që përfshin".

Në disa burime cilësia definohet si:

- besueshmëria për përdorim;
- përshtatshmëria në marrëdhënie me qëllimin;
- kënaqëshmëria e blerësit;
- pajtueshmëri me kërkesat.

Menaxhimi i cilësisë është një vazhdim i procesit të zhvillimit të konceptit për menaxhimin, si dhe më shumë se dy dekada të operimit në fushën e kontrollit të cilësisë. Zhvillimi i konceptit të menaxhimit të cilësisë ka vazhduar në dy drejtime:

1. Zhvillimi i koncepteve themelore të MTC në Japoni, bazuar në parimet e Suharto dhe të mësuarit e Deming dhe formimi dhe MTC,
2. Zhvillimi i standardeve të sistemeve të cilësisë .

Studimi i fenomenit të cilësisë filloi midis dy luftërave botërore në shekullin e njëzetët, kur *Walter Shewhart* (1920) filloi të merrte në konsideratë problemin e variacioneve përfshirë mbetjet dhe mbeturinat në procesin e prodhimit. Njëheri krijoi një tabelë kontrolli, e cila krijon kushte të bazuara në aplikimin e të dhënave statistikore nga e kaluara dhe teoria e probabilitetit mundëson parashikimin e prodhimit.

Ky mësim i *Shewhart* në Japoni ka aplikuar Edwards Deming, i cili duke punuar së bashku me kolegët japonezë të mbledhur rreth Shoqatës japoneze të shkencëtarëve dhe inxhinierëve (JUSE), në krye të së cilës ka qenë Kaoru Ishikawa, zhvilluan qasjes në studimin e menaxhimit të cilësisë. Ky mësim, të cilat janë ekspertë japonezë zbatohen në praktikë Bizneset japoneze, patën një ndikim revolucionar në tërësi Japoni dhe të përgatisë bazat për aplikimin e MTC (Menaxhimi i Cilësisë Totale) . Këtë mësim, të cilën ekspertët japonezë e zbatuan në praktikë tek bizneset japoneze, kjo kishte një ndikim revolucionar në tërë ekonominë e Japonisë dhe ka qenë bazë për zbatimin e Menaxhimit Cilësisë Totale.

Po ashtu në zhvillimin e konceptit të cilësisë, në fillim të shekullit të 20-të një hap i madh përpara është bërë me veprat e Frederik W. Taylor (Parimet e menaxhimit shkencor, 1911) i cili ka përdorur teorinë statistikore (variacione kronike në prodhim),

një mënyrë për të përmirësuar produktivitetin në sistemet industriale. Taylor paraqiti disa koncepte të rëndësishme, duke përfshirë:

- Specializimin funksional - përcaktimi dhe ndarja e detyrave që duhet të ndërmerren
në kushte standarde (inspektimi është vetëm një nga këto detyra),
- Analizën e procesit, në mënyrë që të përmirësohet produktiviteti, dhe
- Kontrollin e cilësisë, i formalizuar si një funksion i veçantë i realizuar nga individë të cilët nuk janë të përfshirë drejtpërdrejt në procesin e prodhimit.

Kjo metodë është njohur si "kontrolli i procesit statistikor" (SPC - Statistical Process Control) ose "statistikat e kontrollit të cilësisë" (SQC - Statistical Quality Control). Ai gjithashtu modeloi të ashtuquajturin rrethin e përmirësimit të cilësisë (cikli i Shewhart-it), që përfshin tre hapa të përbashkëta të kushtëzuar reciprokisht : specifika, prodhimi dhe inspektimi, duke besuar, njëkohësisht që një vlerësim i vazhdueshëm i praktikave udhëheqëse, si dhe gatishmëria e menaxhmentit që të "përqafoj" ide të reja që ndikojnë në formimin e një bazë filozofike për të gjitha konceptet e ardhshme të menaxhimit të cilësisë. Edwards Deming në veçanti thekson rëndësinë e rolit të menaxhimit në ofrimin e cilësisë, si në nivelin individual ashtu edhe në nivelin organizativ. Sipas Deming, 80% - 90% të problemeve të cilësisë janë nën kontrollin e menaxhmentit, duke respektuar, në të njëjtën kohë, ndryshimet në kulturën dhe klimën organizative, si dhe marrëdhëniet punëtor - menaxhment si një lloj trajektore në arritjen e cilësisë. Në fillim të viteve 50-së, Deming ka përmirësuar rrethin Suharto për të përmirësuar cilësinë dhe për të prezantuar atë si një proces i katërt: projektimi (dizajnimi) - Prodhimi – plasmani në treg - hulumtimi i tregut. Ky proces duhet gjithnjë të përsëritet me qëllim të përmirësimit të cilësisë së produktit apo shërbimit, por këtu, në fakt, kemi një lloj

spirale në përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë. Çdo raund i ri i cilësisë do të rezultojë me cilësi më të lartë të produkteve ose shërbimeve, fillon me hapin e ri - Hapin 5-të: me ri-dizajnimin e produkteve në dritën e reagimit të konsumatorëve për cilësinë e produktit (rrethi i Deming-ut). Bazuar në përmirësimin rrethin e Deming-ut nga viti 1951, është ngritur rrethi i përmirësimit të cilësisë PDCA (plan-do-check-act).

Plani-Bëje-Studio-Vepro (Plan-Do-Check-Act /PDCA)

PDCA është një qasje e përbashkët për përmirësimin e proceseve në kujdesin shëndetësor (dhe industritë e tjera). Gjithashtu i njohur si Plan-Do-Check-Act (PDCA), premisa themelore është të inkurajojë inovacionet si dhe duke eksperimentuar me një ndryshim në proces, duke studiuar rezultatet dhe duke bërë përmirësime sipas nevojës për të arritur dhe mbështetur rezultatet e dëshiruara. PDCA konsiderohet një element kryesor i kujdesit shëndetësor;

1. Plani. Filloni duke planifikuar ndryshimet në një proces që do të implementohet dhe testohet.

2. Bëje. Të vazhdohet me kryerjen e planit dhe duke bërë ndryshimet e dëshiruara në procesin e caktuar.

3. Studio. Shqyrtoni ndikimin dhe rezultatet e ndryshimeve të zbatuara.

Cilat ishin rezultatet e ndryshimeve të procesit; Ishin rezultatet e parashikuara të arritura?

4. Vepro. Përcaktoni nëse ndryshimet mund të zbatohen siç është, ose nëse më tej ciklet janë të nevojshme për të përsosur qasjen.

PLANI Gjatë fazës së "Planit" të PDCA, sigurohuni që problemi të jetë mirë i definuar dhe rezultatet e dëshiruara të janë vendosur. Duke pasur një deklaratë të qartë të problemit ose një qëllim të projektit, kjo ndihmon për të ruajtur e fokusin e ekipit në atë që duhet të arrihet. Për të qenë efektiv, qëllimet e përmirësimit duhet të përshtaten në terma specifike dhe të matshëm që përcaktojnë cilat specifika të pacientëve do të preken.

BËJE Zbatimi aktual dhe eksperimentimi me ndryshimet e procesit ndodh gjatë fazës PDCA "Do". Përveç bërjes së ndryshimeve në proceset dhe procedurat, bëhet grumbullimi i të dhënave dhe analiza fillestare gjatë kësaj faze. Nëse kërkohet mbledhja e të dhënave manuale, kjo bëhet me frekuencën dhe formën e duhur të përcaktuar në planin e grumbullimit të dhënave.

STUDIO Faza "Studimi" është pjesa më e madhe e analizës që ndodh në një cikël PDCA. Në këtë pikë të ciklit, ekipet e IAP do të analizojnë të dhënat në mënyrë më të detajuar për të përcaktuar nëse ka ndodhur një ndryshim dhe sa është madhësia e ndryshimit. Në ciklet PDCA, tabelat e drejtura dhe tabelat e kontrollit të proceseve statistikore përdoren zakonisht për të monitoruar trendët në ecurinë dhe për të zbuluar ndryshimet në rezultatet. Është gjithashtu e zakonshme që të përdoren testet statistikore për të zbuluar ndryshimet në performancë. Për shembull, një t-test ose një ANOVA mund të jetë një provë e përshtatshme statistikore për të zbuluar nëse një ndryshim është statistikisht i rëndësishëm (dmth. nëse rezultatet e vëzhguara mund të kenë ndodhur thjesht nga rastësia). Në të vërtetë, të dy skemat dhe qasjet statistikore mund të përdoren në mënyrë komplementare për të identifikuar nëse ka ndodhur një përmirësim.

VEPRO Hapi i fundit në një cikël PDCA është "Akti", ku bëhet një vendim për atë se çfarë duhet bërë më pas në bazë të asaj që mësohet në fazën e Studimit. Ekzistojnë tri rezultate të përgjithshme të një cikli PDCA:

1. Ndryshimi është i suksesshëm-objektivat dhe qëllimet janë përmbushur; Nuk kërkohet testimi i mëtejshëm.
2. Ndryshimet janë premtuese-procesi është më afër arritjes së qëllimeve dhe synimeve, por janë të nevojshme rishikime dhe eksperimente të mëtejshme.
3. Ndryshimet nuk janë të suksesshme dhe nuk janë premtuese-është e nevojshme një qasje tjetër për të adresuar problemin; Duhet të ndiqen mundësitë ose qasjet e ndryshme. Në rast të një ndryshimi të suksesshëm që është duke përmbushur objektivat e performancës, ekipi i projektit ka identifikuar një zgjidhje për një çështje të cilësisë ose performancës, ka shfrytëzuar të dhënat e disponueshme dhe mjetet analitike për të përcaktuar se ndryshimet kanë qenë të suksesshme dhe ka arritur rezultatet e dëshiruara.

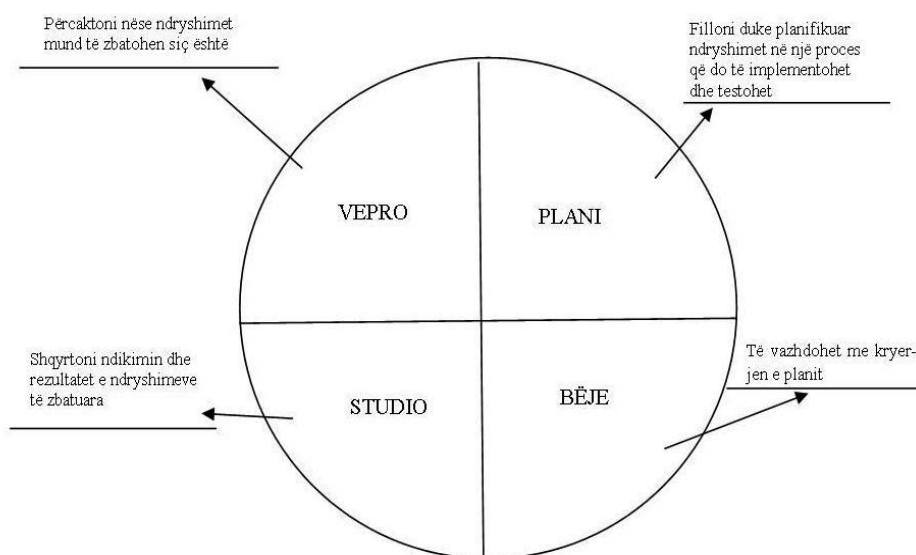


Figura 1. Cikli PDCA sipas Deming-ut

Më qëllim që të zvogëlojë dallimin në mes të kërkesave të konsumatorëve, nga njëra anë dhe procesin e prodhimit apo shërbimit, nga ana tjetër, Deming ka zhvilluar teori të shumta, duke përfshirë edhe sistemin e njohurive të thella (teoria e optimizmit, variacione, njohurive dhe psikologjisë), *Shtatë sëmundjet vdekjeprurëse* (mëkatet) të cilët e kushtëzojnë krizën e cilësisë dhe *Katërmëdhjetë pikat kyçe* të cilat ndihmojnë për të eliminuar gabimet e zbuluara dhe për të mbështetur qëllimet organizative. Katërmëdhjetë pikat e mëposhtme shërbejnë si një filozofi komplete e menaxhmentit dhe një lloj plani që, sikurse që Deming besonte, se mund të aplikohet në organizatë e çdo lloji dhe madhësie:

- të krijohet qëndrueshmëri e qëllimit të veprimeve me qëllim të përmirësimit të produkteve dhe shërbimeve,
- të pranohet një filozofi e re - nuk mund të vazhdojë të mbijetojë me nivelin e përgjithësuar të vonesave, gabimeve dhe defekteve,
- të eliminohet varësia e inspektimit masiv,
- të braktiset praktika e përfundimit të një biznesi të ri i bazuar kryesisht në çmime,
- të konstatohet problem – detyra e menaxhmentit është që vazhdimisht të punon në përmirësimin e proceseve dhe rrjedhave në organizatë,
- të aplikojë metoda moderne të trajnimit në punë,
- të miratojë një metodë moderne të mbikëqyrjes,
- të heqin frikën në organizatë dhe të forcojnë efikasitetin dhe efektivitetin e punës,
- të eliminojnë barrierat në mes departamenteve në organizatë,
- të eliminojnë objektivat e punës për punonjësit,

- elimini i standardeve të punës dhe kuotave numerike,
- heqjen e barrierave që pengojnë punonjësit,
- të paraqet program modern dhe energjike në edukimin dhe aftësimin e të punësuarve,dhe
- të krijoj një strukturë të tillë të menaxhimit të lartë i cili do të përditësoj "shtyjë" aktivitet paraardhëse.

Bashkëkohësi i Deming dhe Shewhart, Joseph Juran fenomenit të cilësisë i qaset nga aspekti i konsumatorit, duke argumentuar tezën se niveli i cilësisë së arritur në proporcionalitet me një sërë karakteristikash funksionale të një produkti ose tërësie të shërbimeve për konsumatorin: vlerën e përdorimit (kapaciteti për të përmbushur nevojat), dizajnimi, disponueshmëria, komoditeti në përdorim, siguria, etj.

Juran ka zhvilluar një numër të koncepteve të ndryshme të cilësisë:

- Përdorues i brendshëm - çdo individ brenda zinxhirit të prodhimit është një përdorues i brendshëm, ose furnizues për kryerësin e ardhshëm. Me këtë në çdo fazë të veçantë të prodhimit mund të aplikohet modeli në të cilin role kanë: furnizuesi, përdoruesi i cili ofron mundësinë për të përmirësuar në vazhdimësi cilësinë e secilit element ;
- Shpenzimet e cilësisë - shpenzimet shkaktohen kur diçka nuk është bërë drejtë nga hera e parë. Këto kosto mund të jetë (a) kostoja e jokonformitetit (skrapi, korrigjimet ndryshme, ankesat, problemet në garansion etj), (b) kostoja e vlerësimit (kontrollimi i standardeve të pajtueshmërisë, kërkimi i shkaktarit.), dhe (c) kostoja e parandalimit (kontrollet parandaluese, trajnimi etj);

- Spirajla e cilësisë - cilësia e tranzicionit nga një nivel më të lartë nëpërmjet përmirësimit të vazhdueshëm dhe zbatimi efektiv i realizimit;
- Trilogjia e cilësisë - planifikimi i cilësisë (të krijohet një produkti i cili me karakteristikat tek konsumatori do shkaktojë kënaqësi), kontrolli i cilësisë (kontrolli i të gjithë proceseve të rëndësishëm në zhvillimin e produkteve) dhe përmirësimi i cilësisë (zbulimin dhe largimin e shkaktarëve të defekteve), dhe
- Progresi në rritje - një lloj "rikthim i pushtetit" në procesin e prodhimit të integruar.

Trilogjia e Juran-it përcakton procesin universal dhe metodën e arritjes së cilësisë që përfshin të gjitha funksionet dhe nivelet e prodhimit (Juran, J.M, 1986,). Kjo trilogji përfshin:

- i. Planifikimi i cilësisë – projektohen ato tipare të cilësisë të cilat bëhen jetike në shpërndarjen pa defekte dhe mangësi,
- ii. Përmirësimi i cilësisë – redukton ose në tërësi eliminon mangësitë në procesin e prodhimit të produkteve apo shërbimeve
- iii. Menaxhon me cilësinë –mirëmban rezultatet e arritura ne proceset paraprake.

Një nga kontributet më të mëdha të këtij "guru" për cilësi është përkufizimi i tij për cilësinë me fokus të veçantë në konceptin e shpenzimeve cilësisë që mundëson matjen e vlerës së cilësisë e jo përmes vlerësimit subjektiv. Juran është merituar për të kuptuarit e projektimit të cilësisë (Juran, J.M 1986), si një lloj i vlerësimit se sa produkti i përshtatet synimeve të pritura (aftësinë për të përmbushur një nevojë të veçantë), sesa përputhje thjeshtë me specifikimet e produktit. Së bashku me Demingun, Juran thekson

se përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë domosdoshmërisht adekuate (metodat e përshtatshme) dhe aftësim të përditësuar për punëtorët e prodhimit.

Me fillim të viteve të 70-ta të shekullit të kaluar, udhëheqësit e industrisë amerikane u detyruan të konsiderojnë seriozisht "kërcënimet" e suksesit të kompanive japoneze.

Sidomos në industrinë e automobilave (Toyota, Honda) dhe sektorin elektronikë (Toshiba, Sony), ku produktet japoneze filluan të vërshojnë tregun e SHBA-së duke ofruar produkte të cilësisë së lartë me çmime shumë më të ulëta.

Në atë kohë, Armand Feigenbaum angazhohet veçanërisht për koston e cilësisë si metodë e menaxhimit të cilësisë, duke argumentuar se cilësia e lartë e produktit në të njëjtën kohë nuk do të thotë kosto më të lartë, përkatësisht çmim të lartë të shitjes. Kostot e cilësisë Faigenbaum ndan në: kostot e parandalimit, vlerësimit dhe gabimeve. Ka promovuar idenë e mjedisit të punës në ku cilësia dhe përpjekjet për përmirësimin e vazhdueshëm të integruar në të gjithë organizatën, ku menaxhmenti dhe të gjithë punonjësit kanë angazhim të plotë për këtë objektiv dhe "mësojnë" për praktikatat më të mira dhe arritjet individuale. Në këtë mënyrë hodhi themelet e konceptit të menaxhimit të cilësisë totale (MTC).

Pikërisht kostot e administrimit për parandalim janë një bastion kryesor i filozofisë për cilësi të Philip Crosby, sipas së cilës këto shpenzime janë gjithmonë më të ulëta se kostoja e identifikimit dhe eliminimit të gabimeve. Konceptin e tij në procesin e përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë Crosby e shfaq në katër segmente jetike:

- i. cilësia është përshtatje me kërkesa,
- ii. në thelb të sistemit të cilësisë është preventiva,
- iii. performansa standarde / program "zero gabime", dhe
- iv. masa e cilësisë është çmimi i përshtatshmërisë.

Bazuar në këtë koncept, Crosby bëhet i njohur për shprehjen "cilësia është falas" dhe për *Katërmëdhjetë pikat e saj për cilësi* (Ph.Crosby: Quality is Free, New American Library, 1979,fq.24.):

- Detyrimi i menaxhmentit për theksimin e cilësisë dhe të jenë publike politikat e shkruara,
- Ekipet për përmirësimin e cilësisë në nivel të departamenteve / sektorëve dhe kompanisë në tërësi,
- Matja e cilësisë me qëllim të identifikimit të fushave për përmirësim,
- Kostot e cilësisë në drejtim të identifikimit të fushave ku përmirësimet mund të jenë profitabile,
- Ngritja e vetëdijes për cilësinë në organizatë, në mes të punonjësve,
- Marrjen e veprimeve korrigjuese, si rezultat i hapave të mëparshëm matja dhe kostoja e cilësisë,
- Krijimi i komitetit për programin zero gabime,
- Të aftësohen të gjitha nivelet e menaxhimit për zbatimin e pjesës së tyre të programit në përmirësimin e cilësisë,
- Të caktohet Dita zero gabime ashtu që të gjithë të punësuarit të vërejnë përmirësimet e arritura,
- Të inkurajohen individët që të përcaktojnë qëllimet e tyre individuale dhe ato grupe në përmirësimin e cilësisë,
- Të inkurajohen punonjësit që të informojnë menaxhmentin për pengesat në zbatimin e programit të përmirësimit dhe arritjes së punës pa gabime,
- Japin publicitet dhe njohje për të gjithë ata që i përmbushin objektivat e programit,

- Krijimi i komiteteve për cilësi me qëllim të forcimit të komunikimit të ndërsjellë, shkëmbimin e përvojave dhe ideve në lidhje me modelimin e programit për përmirësimin e cilësisë, dhe
- Përsëritja e të gjithë hapave paraprakë për të nxjerrë në pah faktin se programi është duke u përmirësuar dhe cilësia në organizatë kurrë nuk mbaron.

Përkundër disa dallimeve në pikëpamjet e ekspertëve më të rëndësishëm (guru) në fushën e menaxhimit të cilësisë, është e mundur të konkludojmë se për të gjithë ata cilësia mbetet prioriteti kyç në arritjen e një avantazhi konkurrues në një treg dinamik dhe në të njëjtën kohë që të gjitha nivelet e menaxhimit të mbajnë detyrimin dhe përgjegjësinë që vazhdimisht të përmirësojnë cilësinë e produkteve apo shërbimeve.

Kësaj i shtohet edhe fakti se programi për cilësi në organizatat bashkëkohore do të thotë investimet e nevojshme në aftësim dhe trajnim të punësuarve në nivele të ndryshme të menaxhimit, dhe të prodhimit apo ofrimit të shërbimeve.

1.1.1 Historia dhe përkufizimi i cilësisë

Cilësia konsiderohet të jetë një armë konkurruese në treg. Cilësia sjell përparësi konkurruese duke prodhuar produkte që plotësojnë ose tejkalojnë nevojat dhe pritjet e konsumatorëve (Lee dhe Zhou, 2000). Cilësia përcaktohet duke përdorur perspektiva të ndryshme, pasi ajo është ende një qëllim subjektiv që ka karakteristika të papërcaktuara (Kazan et al., 2006). Një përkufizim i hershëm për cilësinë paraqitet nga Juran (1974) i cili përcakton cilësinë si "përshtatshmëri për përdorim". Përcaktimi i Juranit vjen kryesisht nga perspektiva e konsumatorit në përcaktimin e cilësisë. Konsumatori përcakton nëse produktet ose shërbimet e pranuar i plotësojnë nevojat e tij ose të saj. Reeves dhe Bednar (1994) pajtohen gjithashtu me këtë përkufizim dhe përcaktojnë cilësinë si përsosshmëri, vlera, përputhshmëria me specifikimet dhe përmbushjen ose

tejkalimin e pritjeve të konsumatorëve. Termi "përshtatshmëria për përdorim" e përcaktuar nga Juran (1974) përfshihet gjithashtu në përkufizimin e cilësisë të paraqitur nga Reeves dhe Bednar (1994). Kështu, perspektiva e konsumatorit në lidhje me cilësinë është çelësi kryesor që duhet të kuptohet gjatë përcaktimit të çdo termi për cilësinë ose përcaktimin e cilësisë. Garvin (1987) e sheh cilësinë si një konstruktion shumëdimensional. Ai përshkruan cilësinë sikurse të kishte tetë dimensione që përfshijnë: performancën, karakteristikat, besueshmërinë, konformitetin, qëndrueshmërinë, shërbimin, estetikën dhe cilësinë e perceptuar.

Mund të konkludohet se cilësia siguron avantazh konkurrues për një organizatë, duke përmbushur nevojat e konsumatorëve. Prandaj, studiuesit kanë arritur në përfundimin se cilësia duhet të lidhet me strategjinë konkurruese. Prajogo (2007) e konsideron cilësinë si një performancë strategjike e cila është një reflektim i një strategjie konkurruese të firmave. Ai pajtohet me nocionin se definicioni i cilësisë është zhvilluar gradualisht nga një nivel operacional në një nivel strategjik. Kjo konkludon se një organizatë punuese duhet ta konsiderojë cilësinë si objektivin e saj strategjik kur ka për qëllim të plotëson kërkesat e konsumatorëve. Prandaj, cilësia duhet të ndihmojë organizatat e punës të rrisin konkurencshmërinë e tyre dhe të çojnë në ose madje edhe të përmirësojnë besnikërinë e konsumatorit, duke përmbushur kërkesat dhe pritshmërinë e konsumatorëve.

Deri më tani, cilësia u prezantua thjesht si një përkufizim pa ndonjë mjet për ta arritur atë. Standardi i Menaxhimit të cilësisë totale (MTC), ISO 9000 (QMS), Six sigma, prodhimi i dobët dhe praktikrat e tjera të cilësisë janë mënyra të metodave të zbatimit të cilësisë. Collis dhe Montgomery (1997) sugjeruan se zbatimi i praktikave (p.sh. cilësia) siç është ISO 9000 mund të rrisë performancën organizative dhe të rezultojë në një

avantazh konkurrues. Kjo e bën organizatën të shikojë cilësinë si një armë shumë konkurruese që duhet të miratohet dhe zbatohet si një strategji konkurruese për të luajtur një rol të madh në krijimin, mbajtjen dhe ruajtjen e përparësisë konkurruese të një organizate pune të caktuar.

1.2 Menaxhimi i cilësisë dhe dimensionet themelore të cilësisë

Sigurimi i cilësisë do të thotë i gjithë sistemi i politikave, procedurave dhe udhëzimeve të përcaktuara nga organizata për të arritur dhe për të ruajtur cilësinë që, si rregull, në thelbin e saj ka: cilësinë inxhinierive, kontrollin e cilësisë dhe menaxhimin e cilësisë. *Cilësia inxhinierive* ka për qëllim zbatimin e cilësisë në projektimin e produkteve dhe proceseve, si dhe parashikimin e problemeve potenciale në cilësi para dorëzimit aktual të mallrave ose shërbimeve. *Kontrolli i cilësisë* përfshin një seri të matjeve të planifikuara për të përcaktuar nëse janë plotësuar të gjitha standardet e cilësisë. *Menaxhimi i cilësisë* nënkupton planifikimin, organizimin, drejtimin dhe kontrollin e të gjitha aktiviteteve të sigurimit të cilësisë.

Në organizatat prodhuese, cilësia është një komponent jetike i të gjitha funksioneve të biznesit. Për shembull, hulumtimi efektiv i tregut është i nevojshëm që përcaktohen nevojat e klientëve dhe për identifikimin e kërkesave funksionale të dizajnit të produktit, ku dizajnerët në organizatat prodhuese bashkëkohore marrin përgjegjësinë për efikasitetin e mundshëm të ulët në përdorimin e burimeve në dispozicion dhe / ose produkte të cilësisë së dobët. Në të njëjtën kohë, planifikimi i prodhimit nuk do duhej të ushtrojë presion mbi prodhimin, sepse do të ndikonte në degradimin e cilësisë. Funksioni i inxhinierisë industriale është përgjegjës për zgjedhjen e teknologjisë së duhur në arritjen e kapacitetit të duhur që të kënaq të gjitha kërkesat e projektimit dhe metodat e punës.

Paketimi, magazinimi dhe shpërndarja mbajnë përgjegjësinë për sigurimin e kushteve për transport të rregullt dhe në kohë. Dhe së fundi, funksionet "ndihmëse" - financat, burimet njerëzore, si dhe kërkesat administrative që mbështesin përpjekjet për të arritur cilësi, duke siguruar buxhet të vërtetë, fuqi punëtore të kualifikuar dhe njëheri të motivuar, si dhe kontroll mbi çështjet si: siguria, kushtet garantuese dhe qëndrueshmëria.

Nuk është fare e lehtë të përcaktohet cilësia e shërbimit. Karakteristikat e shërbimeve në masë të madhe komplikojnë kuptimin dhe përcaktimin e nocionit të cilësisë së shërbimit. Problemi bëhet edhe më i komplikuar në mbështetjen e domosdoshme në perceptimin e konsumatorit, me futjen e pashmangshme të elementeve subjektivë dhe jo materialë (të prekshme). Prandaj, matja e cilësisë së shërbimeve shpesh mbetet (bëhet) një lloj sfide për shkak se është thjesht i përcaktuar në mënyrë individuale dhe ka shumë kuptime për shumë individë.

Edhe pse shërbimi nuk është një produkt, ajo është një rezultat, madhësi dalëse e procesit të prodhimit e cila ka vlerën e vet dhe vlerën përdoruese për konsumatorin.

Natyra e shërbimeve në thelb ka karakteristikat e mëposhtme:

- paprekshmërisë,
- pandashmëria,
- ndryshueshmëri, dhe
- jo depozitim.

Paprekshmëri do të thotë se shërbimi nuk mund të shihet, shijohet, të ndjehet, dëgjohet apo ti marrim erë para se të blihet. Kotler jep për shembull udhëtarët në trafikun ajror të cilët nuk kanë asgjë tjetër përveç biletës dhe premtimit se ata dhe bagazhi i tyre do të arrijnë sigurt në destinacionin e tyre, me shpresë se ajo do të jetë në të njëjtën kohë.

Për këtë arsye, në mënyrë që të zvogëlojnë rrezikun dhe pasigurinë, konsumatorët prirën të perceptojnë "sinjale" të caktuara për cilësinë e shërbimit. Ata veçanërisht i kushtojnë vëmendje kostos së shërbimeve, cilësinë e vendit të shërbimit, shitësin, pajisjet, si dhe cilësinë e komunikimit me shitësin - organizata që ofron shërbimin. Të vetëdijshëm për këtë, organizatat shërbyese përpiqen që konsumatorëve tu dërgojnë sinjale të duhura, në mënyrë të organizuar dhe të ndershme dhe të tregojnë kapacitet e tyre në ofrimin e shërbime të tilla. Në kushtet e sotme, ky instrument i komunikimit bazohet në porositë “fjalë goje”, përmes mjeteve të ndryshme të marketingut, e deri tek rrjetet e ndryshme elektronike si dhe faqet sociale.

Produktet, mallrat fizike, së pari prodhohen, magazinohen, më pas shiten si dhe më vonë konsumohen. Në anën tjetër, shërbimet së pari shiten, pastaj prodhohen-krijohen dhe konsumohen në të njëjtën kohë. Në fushën e marketingut të shërbimeve, ofruesi i shërbimit është në fakt vetë shërbimi. Kjo, me fjalë të tjera, nënkuptohet që shërbimi është i *pandashëm* nga ofruesi i saj, pavarësisht ofruesit janë njerëzit apo disa makina. Nëse punonjësit në një organizatë shërbyese siguron shërbime të drejtpërdrejta, atëherë edhe ai vetë bëhet pjesë e këtij shërbimi.

Ndryshueshmëria e shërbimeve do të thotë se cilësia e shërbimit varet nga i cili është duke e siguruar, por edhe kur, ku dhe si shërbimet janë dhënë. Për shembull në një hotel me reputacion të lartë, punonjësi në recepcion mund të jetë shumë i sjellshëm dhe efikas, ndërsa tjetri në vendin e punës që është vetëm disa metra më larg, mund të jetë i ngadalshëm dhe jo mjaft të interesuar.

Jo depozitim do të thotë se shërbimet nuk mund të ruhen për shitje ose përdorim në të ardhmen. Ky tipar i shërbimit për ofruesit e saj nuk do të jetë një problem kur kërkesa është e qëndrueshme. Megjithatë, në kushtet e luhatjeve për kërkesë, organizatat

shërbyese janë të detyruara të modelojnë hapat e tyre operative (strategji) në mënyrë që të balancojnë në mes të kërkesës dhe ofertës.

Një nga karakteristikat shumë të rëndësishme tek shërbimi është standardizimi i ulët. Në fakt, tashmë ne kemi përmendur se shërbimet prodhohen dhe konsumohen në të njëjtën kohë, dhe se cilësia e shërbimeve ndodh pikërisht përmes një procesi të tillë interaktivë. Në rrethana të tilla, nuk është e mundur për të kryer kontroll paraprak për cilësinë e shërbimit të ofruar, as të merren veprime të caktuara korrigjuese para se shërbimi është paraqitur tek konsumatori. Me fjalë të tjera, kjo do të thotë se tek industria shërbimit nuk është e mundur, në një afat të gjatë, në tërësisht të arrijmë cilësi të garantuar, që rezulton me mundësi të reduktuar që shërbimi të jetë i standardizuar.

1.2.1 Çfarë është menaxhimi i cilësisë

Menaxhimi i cilësisë është mënyrë sistematike për t'u siguruar se aktivitetet e domosdoshme për të dizajnuar, zhvilluar dhe ofruar produktet dhe shërbimet të cilat kanë më shumë gjasë për të qenë të përshtatshme për qëllimin e synuar, të realizohen sipas planifikimit dhe realizohen në mënyrë efikase dhe eficiente (ISO, Gjeneva). Qëllimi kryesor i menaxhimit është përgjigja për këto ndryshime në mënyrë që sistemi të ruaj nivelin e performancës që ka ekzistuar para se ka ndodhur ndryshimi, dhe për të ruajtur fleksibilitetin si një tipar i sistemit që kryen funksionin e saj, pavarësisht nga intensiteti i ndryshimeve të brendshme dhe jashtme.

Po ashtu menaxhimi i cilësisë (MC) përcaktohet si aplikimi i një sistemi në menaxhimin e një procesi për të arritur kënaqësinë maksimale të klientit me koston më të ulët të përgjithshme për organizatën, ndërkohë që vazhdon të përmirësohet procesi. Sistemi i menaxhimit të cilësisë (QMS) është një sistem i formalizuar që dokumenton strukturën,

përgjegjësitë dhe procedurat e kërkuara për të arritur cilësinë efektive të menaxhimit (Nelsen & Daniels 2007). Cilësia është shoqëruar përgjithësisht me fabrikat, mallrat e prodhuara dhe proceset e prodhimit deri në vitet 1980. Gjatë viteve 1980 përkufizimi i cilësisë u zgjerua për të përfshirë shërbimet, të gjitha proceset dhe industritë. Vlerësimi i cilësisë bazohet kryesisht në reagimin ndaj nevojave të klientëve në vend të përputhjes me specifikimet, procedurat dhe standardet dhe koordinimi bëhet nga një këshillë i cilësisë së menaxherëve të sipërm jo vetëm nga menaxheri i cilësisë (Juran 1992: 11-12; shih gjithashtu Manu 2011: 25-26). Juran (1992: 8-13) përcakton cilësinë në dy mënyra kryesore: karakteristikat e produktit që plotësojnë nevojat e klientëve dhe lirinë e mangësive. E para do të thotë se sa më mirë të jetë produkti, aq më e lartë është cilësia. Kjo e fundit do të thotë se sa më pak mangësi aq më të lartë e kemi cilësinë. Megjithatë, nuk ka përkufizim të pranuar universalisht ose përmasat e cilësisë (Garvin 1998: 49-61, Oliver 2009). Kjo mund të lidhet me faktin se ne gjithashtu mund të gjejmë shumë perspektiva të cilësisë dhe ne mund të shohim cilësi nga një perspektivë e orientuar drejt produktit, perspektivë e orientuar drejt prodhimit ose orientimit të planifikimit, perspektivë e orientuar drejt klientit, e orientuar drejt konkurrencës, orientuar drejt vlerave ose sistemeve mjedisore Perspektiva (Manu 2011: 33-36).

1.3 Konceptimi i cilësisë së shërbimit

Koncepti i cilësisë, e ka zanafillën e vet nga koha e revolucionit industrial. Më parë në kohën e artizanatit, produktet (malli ose shërbimi) kanë qenë realizuar nga fillimi deri në fund nga i njëjti person ose grupim njerëzish të cilët bënin çdo përpjekje të mundshme që produkti në fjalë të plotësonte kërkesat e një cilësie të pranueshme për klientin. Prodhimi në masë solli inkuadrimin e një grupi të madh njerëzish të cilët duhet të punonin së bashku për një fazë të veçantë të prodhimit ku një person i vetëm nuk do

të mund të ishte efektiv në realizimin e tij nga fillimi në fund. Klaus Peter (1986) ka potencuar kuptime të ndryshme për cilësinë e shërbimeve tek konsumatorët, të punësuarit dhe menaxherë në organizata shërbyese, si dhe për publikun kur gjykojnë për cilësinë në jetën e tyre të përditshme. Kështu, cilësia tek shërbimi i konsumatorit përfaqëson vlerën totale neto të përfitimeve në krahasim me pritjet në nën-ndërgjegjen e konsumatorëve. Nga perspektiva e konsumatorit, shërbimi mund të shihet në dy mënyra: (i) si e vërtetë, shërbim funksional dhe (ii) mënyra se si është kryer-dorëzuar shërbimi. Cilësia e shërbimit është termin që përfshin të dyja qasjet (funksionale dhe teknike), edhe pse shumë më tepër është në përdorim për shërbim të vërtetë, sepse është shumë më e lehtë për të matur performancat e shërbimit. Me fjalë të tjera, kënaqësia e konsumatorit me shërbimin është funksion i elementeve aktuale dhe dërgesës. (Czepiel, John A.1986).

Kjo qasje për cilësinë e shërbimeve në literaturën referuese përfaqësohet edhe nga Gronroos Christian (1982). Ai sugjeron se cilësia funksionale është më shumë e rëndësishme në perceptimin e shërbimeve se ai teknike, megjithëse deri sa kjo e dyta është në nivel të kënaqshëm. Për më tepër, cilësia e funksionale duhet të ketë shumë më tepër rëndësi sidomos në ato segmente të industrisë së shërbimeve ku cilësia teknike është shumë e ngjashme tek shumë organizata shërbyese në treg.

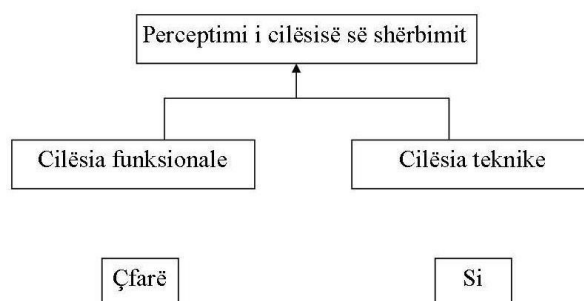


Figura 2. Cilësia funksionale vs teknike

Punonjësit dhe menaxherët tek organizatat shërbyese cilësinë e lidhin me specifikat fizike dhe teknike, si dhe me marrëdhëniet ndër personale në vetë organizatën. Publiku cilësinë e vëzhgon përmes efikasitetit dhe efektivitetit në ofrimin e shërbimeve shëndetësore, arsimore, sociale dhe të tjera.

Një qasje e shpeshtë për cilësinë e shërbimit përdoret modeli i attributeve prodhuese. për të modeluar atributet e prodhimit. Domethënë, cilësia e një të gjëje të caktuar, si një përmbledhje e attributeve të saj fizike dhe teknologjike, është në pajtueshmëri standardet e vendosur. Ky koncept mundëson matshmërinë dhe aftësinë e drejtimit, pra duket se cilësinë është lehtë të përcaktojmë dhe për të menaxhuar atë. Megjithatë, kjo nuk është e thjeshtë për shkak të komunikimit ndërpersonal në procesin e ofrimit të shërbimeve.

Në anën tjetër, Evelyn & DeCarlo (1982) përcaktojnë cilësinë e shërbimit në një mënyrë shumë të thjeshtë - *cilësia do të thotë kënaqësia e konsumatorit*. Duke analizuar shërbimet si një proces dinamik - ndërveprimi mes organizatave shërbyese dhe konsumatorëve, fitojmë mbështetjen për të kuptuar cilësinë e cila fokusohet në perceptimin subjektiv të konsumatorit. Vendimet e konsumatorit janë marrë në bazë të perceptimeve subjektive, kanë komponentin e momentit dhe situatës dhe njëheri vështirë është për t'i sqaruar dhe kuptuar. Kënaqshmëria është evoluimi i vlerësimit nga përvoja subjektive e konsumatorit gjatë konsumit dhe përfaqëson një lloj amalgame e perceptimit të tij dhe njëheri atribut objektivë i vetë shërbimit. (Gronroos, Ch.1982).

Klaus më tej thekson se cilësia e shërbimit është fenomen që është përcaktuar nga individët dhe sjelljes së tyre dhe kufizohet me konfigurimin dinamik dhe kompleks të komponentëve fizikë, situatës dhe të sjelljes. Në të njëjtën kohë, ajo gjithashtu është një

model i veçantë i sjelljes dhe përvojës së përbashkët të marra në procesin e ofrimit të shërbimeve.

Menaxhimi i cilësisë në kujdesin shëndetësor

Sigurimi i cilësisë është i bazuar në përvojën e procesit të sigurimit të cilësisë duke punuar me shërbimet shëndetësore në vendet në zhvillim. Ky proces kalon përmes disa hapave:

- Planifikimi për sigurimin e cilësisë;
- Zhvillimi i udhërrëfyesve dhe vendosja e standardeve;
- Specifikimi i standardeve;
- Monitorimi i cilësisë;
- Identifikimi i problemeve dhe zgjedhja e mundësive për përmirësim;
- Definimi operacional i problemit;
- Zgjedhja e ekipit;
- Analizimi dhe studimi i problemit në mënyrë që të identifikohet burimi i shkaktarit;
- Përcaktimi i zgjidhjeve dhe veprimeve për përmirësim; dhe
- Implementimi dhe evaluimi i përpjekejeve për përmirësimin e cilësisë.

Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende e posaçërisht për ato që kanë kaluar apo janë duke kaluar një periudhë të vështirë tranzicioni nga një sistem ku cilësia as nuk njihej, as nuk matej dhe rrjedhimisht as nuk përmirësohej, në sistemin ku ofrimi i shërbimeve shëndetësore është më ndryshe. Qëllimi kryesor i ofruesve të shërbimeve shëndetësore është që ato të jenë të cilësisë sa më të lart që do jetë e mundur. Sipas Dalrymple dhe Drew (2000,), “cilësia është konceptuare komplekse dhe përfaqëson një sintezë të mësimeve, metodave dhe

njohurive të fituara nga një varg disiplinash”. Si rezultat, një menaxher shëndetësor lehtë mund të mbushet nga kompleksiteti dhe gamë të gjerë pikëpamjesh mbi këtë temë. Megjithatë, nëse menaxheri i kujdesit shëndetësor e konsideron këtë grup perspektivash si një aset dhe jo si pengesë, ai ose ajo ka mundësinë të nxjerrë nga një grup i zgjeruar i mësimëve, metodave dhe njohurive të cilësisë.

Cilësia nuk është thjesht përgjegjësi e zyrtarit të cilësisë së një organizate; Siguria e pacientit nuk është thjesht përgjegjësi e punonjësit të sigurisë së pacientit. Personat në këto role mund të jenë burime ekspertizës për t'i ndihmuar menaxherët të kuptojnë; Zgjidhni; Dhe të zbatojë taktikat, ndërhyrjet dhe metodat. Megjithatë, përgjegjësia për sigurimin e cilësisë dhe rezultateve të sigurta për pacientët, konsumatorët, palët e interesuara dhe punonjësit qëndron brenda atyre që përcaktojnë se si dhe cilat objektiva organizative janë vendosur; Si burimet njerëzore, fiskale, materiale dhe intelektuale sigurohen, alokohen, përdoren dhe ruhen; Dhe se si aktivitetet në organizatë janë projektuar, kryer, koordinuar dhe përmirësuar.

SMC është i përcaktuar si një sistem të formalizuar që dokumenton strukturën, përgjegjësinë, dhe procedurat e nevojshme për të arritur menaxhimin efektiv të cilësisë që është e fokusuar në politikën e cilësisë dhe objektivave të cilësisë në mënyrë që të përmbushë kërkesat e konsumatorëve. Në kujdesin shëndetësor, një QMS në mënyrë specifike përshkruan procesin për përmirësimin e të gjitha aspektet e rezultateve të pacientëve dhe që bën performancës operative. Ky model ofron një strukturë sistematike të fokusuar në pacientin dhe pacientit përvojë, me qëllim për të gjeneruar cilësinë e jashtëzakonshme, sigurinë, dhe rezultatet e pacientit. Korniza është mbështetur nga katër komponentë kryesore të ofrimit të kujdesit dhe 10 elementeve të sistemit të cilësisë. Kur të integrohet plotësisht, kjo strukturë ju mundëson spitaleve për

të përmbushur cilësinë dhe qëllimet bazuar në vlera të vendosura nga Strategjia e Cilësisë. Figura 1 është një nivel i lartë përfaqësimi konceptual të modelit, ndërsa Figura 2 jep një pamje më të detajuar të pjesëve të saj.

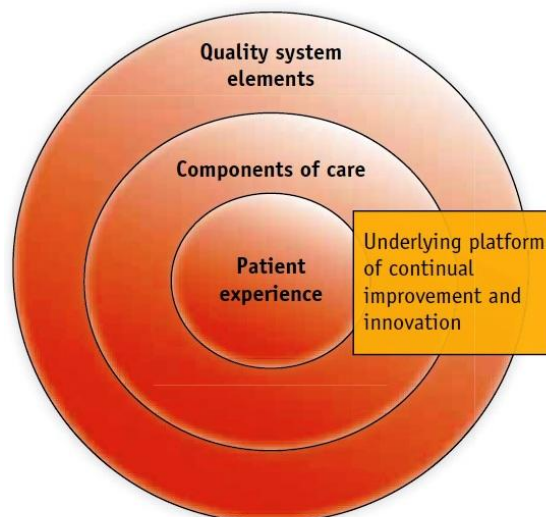


Figura .3 Modeli i lartë përfaqësimi i SMC në shëndetësi
Burimi : A Hospital-Based Healthcare Quality Management System Model, -ASQ ,April 2016

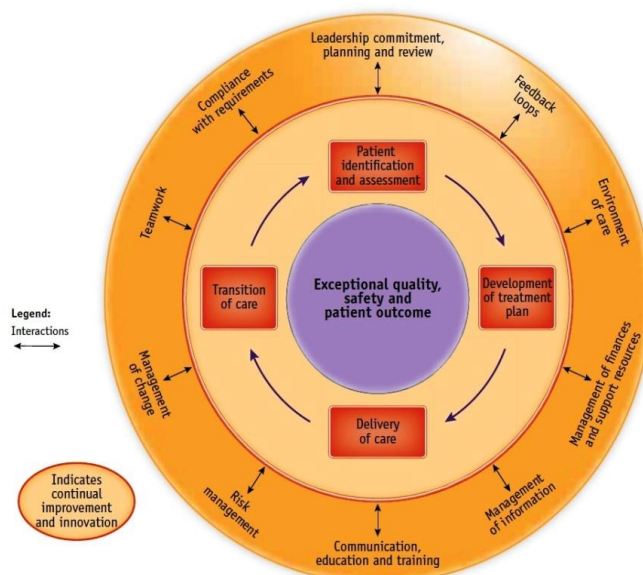


Figura. 4 Spitali- Model për sektorin shëndetësisë bazuar në SMC
Burimi : A Hospital-Based Healthcare Quality Management System Model, -ASQ ,April 2016

1.4 Kënaqësia dhe besnikëria e klientit

Meqë kënaqësia e klientit i referohet një vlerësimi të veçantë të shërbimit të përgjithshëm të ofruar, do duhej të vlerësohet në bazë të përvojës gjatë procesit të ofrimit të shërbimeve. Sipas Kotler (2003), kënaqësia përfshin ndjenjën e lumturisë ose zhgënjimit dhe rrjedh nga një krahasim i dikujt në mes të përshtypjes, efektit dhe ndikimit (apo rezultatit) të produktit ose shërbimit. Kënaqësia e konsumatorit është rezultat i perceptimeve të konsumatorit për vlerën e shërbimit të marrë, ku vlera është e barabartë me cilësinë e shërbimit të perceptuar mbi çmimin (Hallowell, 1996). Kënaqësia e klientit duhet të jetë gjithmonë prioritet nëse shpresohet të ndërtohet një imazh dhe të rritet me kalimin e kohës. Dhe përderisa ka shumë gjëra pozitive që mund të bëhen për të kënaqur klientët, çdo gjë mund të zbulohet në një moment të caktuar duke bërë gjëra të gabuara. (Larry Alton, 2017).

Marrëdhëniet midis konsumatorit dhe ofruesit të shërbimeve mund të zgjasin një kohë të gjatë kur kompanitë kanë fokusin tek klienti si qendër e aktiviteteve të tyre. (Gronroos, 2007). Ofriesit e shërbimeve në sektorin e kujdesit shëndetësor përfshijnë ata pjesë që janë në shërbim të pacientëve (si konsumatorë), siç janë menaxherët, mjekët, infermierët dhe stafi administrativ. Në institucionet shëndetësore, pacientët gjithashtu ndërveprojnë me njëri-tjetrin. Marrëdhënia e mirë midis klientit dhe ofruesit të shërbimit mund të çojë tek një klient i kënaqur.

Grocock (2000) klasifikon klientët në tre kategori të ndryshme:

- 1) fuqishëm;
- 2) i dobët; dhe
- 3) pacientë .

Ai shpjegoi se konsumatorët e fuqishëm kanë më shumë ndikim tek furnizuesit e tyre sesa klientët e dobët dhe pacientët. Konsumatorët e fuqishëm i bëjnë furnizuesit të respektojnë sistemin e sigurimit të cilësisë dhe programet e përmirësimit të cilësisë sesa dy llojet e tjera të konsumatorëve. *Terziovski et al. (2001) tregojnë se klienti mund të ushtron presion mbi organizatën apo institucionin për të kërkuar certifikimin me ISO 9001.* Kështu, kënaqësia e klientit duhet të jetë vizioni parësor për çdo organizatë që dëshiron të kërkojë ose mbajë një sistem të menaxhimit të cilësisë sipas ISO 9001.

Gremler dhe Brown identifikuan tre dimensionet e veçanta të besnikërisë së klientit: besnikërinë e sjelljes, besnikërinë e qëndrimit dhe besnikërinë njohëse. Besnikëria e sjelljes u përcaktua në kuptimin e sjelljeve të konsumatorëve (siç janë blerjet e përsëritura) që lidhen me markat e caktuara me kalimin e kohës (Gremler & Brown, 1996). Besnikëria e klientit konsiderohet si prioritet i lartë – mund të themi edhe si përparësia përfundimtare - në industrinë ku konsumatorët kanë më shumë zgjedhje. Besnikëria e klientit është ndërtuar me përpjekje të madhe nga programet e personalizuara të marketingut që e vendosin klientin në qendër të gjitha aktiviteteve të kompanisë. Megjithatë, disa faktorë shumëdimensionalë kontribuojnë në besnikërinë e klientit. Besnikëria e klientit përcaktohet gjithashtu nga karakteristikat e konsumatorëve. Dick dhe Basu (1994) trajtojnë konceptin e besnikërisë së klientit si marrëdhënie ndërmjet qëndrimit të një personi ndaj një entiteti (markë, shërbim, dyqan dhe shitës) dhe sjelljes së klientit. Besnikëria e klientit duhet të jetë një konsideratë e rëndësishme për të gjitha institucionet shëndetësore dhe vazhdojë të jetë e pranishme edhe një periudhë të gjatë. Besnikëria është vazhdimi i përdorimit të një produkti ose shërbimi dhe është i bazuar në qëndrimet ndaj produktit ose shërbimit. Dallimi në mes

të përdorimit besnik dhe të përhershëm ka të bëjë me dinamikën që nënkupton përzgjedhjen e një produkti apo shërbimi të caktuar.

Për shkak të natyrës komplekse të shërbimeve dhe nivelit të lartë të përfshirjes së pacientëve në ndërveprime me stafin mjekësor, ndërveprimi me ofruesin do të jetë më i rëndësishëm se mjedisi i institucionet të kujdesit shëndetësor. Pacientët vijnë në institucione shëndetësore që të shërohen. Shërbimet bazë të ofruara mund të krijojnë reagime pozitive fizike dhe psikologjike për mjekët dhe trajtimin, të cilat mund të rrisin besnikërinë (Salgaonkar, 2006). Çdo gjë që një pacient sheh, dëgjon, ndjen dhe përvojat për një mjedis të kujdesit shëndetësor duhet të rrënjos besimin (Baird, 2013). Zhvillimet në teknologji kanë depersonalizuar disa elemente të kujdesit shëndetësor, dhe ka të ngjarë të vazhdojnë ta bëjnë këtë, por institucionet më të suksesshme të kujdesit shëndetësor në të ardhmen do të jenë ato që ende i japin përparësi eksperiencës së pacientit. (Larry Alton, 2016).

1.5 Sistemi i menaxhimit të cilësisë – parimet e cilësisë dhe qasja e procesit

Sistemi i Menaxhimit i referohet qasjes sistematike në menaxhimin e proceseve, aktiviteteve, burimeve - personelit, infrastrukturës, mjedisit të punës, etj. Sistemi i menaxhimit përshkruan grupin e proceseve dhe procedurave që një ndërmarrje ka nevojë të ndjekë në mënyrë që të përmbushë objektivat e saj. Kujdesi për përmirësimin e vazhdueshëm të sistemit të menaxhimit është plotësisht rezultat logjik i faktit se procesi i menaxhimit merret me një sistem dinamik - një sistem që është vazhdimisht në ndryshim, si rezultat i veprimit të brendshëm dhe akterëve të jashtëm.

Sjellja e organizatës në një gjendje të performancës në rritje mund të konsiderohet si përmirësim dhe e bën objektivin e përgjithshëm të menaxhimit. Harmonizimi adekuat i

sistemit të menaxhimit në organizata prodhuese dhe ato shërbyese në harmoni me kërkesat e standardit ISO 9001 është baza sistematike për arritjen e sistemit fleksibël me të gjitha karakteristikat të cilat nga ky fleksibilitet të rrjedhin, dhe për të siguruar:

- i. mbijetesë,
- ii. zhvillim të qëndrueshëm,
- iii. plotësimi i kërkesave të shfrytëzuesve në afat të gjatë,
- iv. zhvillimi dhe përmirësimi i sistemit të qëndrueshëm dhe avancimi.

Pasi që përcaktimet e standardit ISO 9001 kanë gjetur përdorim të gjerë në botë, zgjedhja e kësaj baze për ekzekutimin e projekteve për përmirësim imponohet si e mirë dhe racionale (optimale), e cila lehtëson komunikimin me furnizuesit, konsumatorët dhe palët e tjera të interesuara. Sistemi i menaxhimit të cilësisë (SMC) paraqet mënyrën se si organizata menaxhohet dhe njëheri kontrollon aktivitetet të cilat kanë të bëjnë me përmbushjen e kërkesave të konsumatorëve. Sistemi i menaxhimit të cilësisë mund të shihet si një sistem kompleks që përbëhet nga të gjitha pjesët dhe komponentët e një organizate apo ndërmarrjeje ose që kanë të bëjnë me cilësinë e proceseve dhe produkteve. Sistemi i menaxhimit të cilësisë (SMC) ofron një strukturë, e cila përfshinë proceset dhe dokumentacionin përkatës që mundëson kontrollimin dhe menaxhimin e produkteve apo shërbimeve të ofruara me qëllim të përmbushjes së kërkesave të parashikuara mbi cilësinë dhe sigurinë në mënyrë të vazhdueshme. Në përgjithësi, SMC-ja përfshin strukturën organizative së bashku me planifikimin, proceset, burimet dhe dokumentacionin që përdoren për të arritur objektivat për cilësinë, për plotësimin e kërkesave të klientëve j dhe për të siguruar përmirësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë dhe si rrjedhojë, përmirësimin e produkteve apo shërbimeve .

Qasja e procesit

Një qasje e procesit përdoret në pjesën më të madhe të sistemeve të menaxhimit të cilësisë. Kjo në thelb nënkupton që puna është e përcaktuar si një proces, me të dhëna për procesin që rezulton në rezultate, që pastaj shërben si hyrje në një proces tjetër (Figura 1.1). Kategoritë e proceseve përfshijnë produkte, shërbime, burime dhe informacione. Ndërsa, puna ndahet në hapat e procesit, diagramet e procesit dhe diagramet e rrjedhës të cilat mund të përdoren për të kuptuar më mirë mekanizmin e përgjithshëm të punës dhe për të parë marrëdhëniet. Parimi tjetër i rëndësishëm është se proceset janë të lidhura së bashku për të formuar sisteme. Teoria e sistemeve përfshin disa ide që vlen të përmendet. E para është se një sistem nuk mund të optimizohet nëse një pjesë e tij bëhet më e rëndësishme/efikase se pjesët e tjera. Kështu, të gjitha pjesët e një sistemi duhet të jenë po aq të rëndësishme/të përmirësuara për të optimizuar me të vërtetë i gjithë sistemi. Puna në kujdesin shëndetësor është shumë një sistem që duhet kuptuar dhe, ashtu si në sistemet tjera, duhet të menaxhohet me kujdes. Në qasjen e procesit të hershëm, një organizatë merret me probleme në baza reaksionare. Me miratimin e sistemeve të menduarit, qëllimet strategjike dhe operacionale kuptohen më mirë dhe fillon koordinimi. Qasjet e harmonizuara dhe të integruara janë një nivel më i pjekur i menaxhimit të procesit, dhe në këto raste proceset vlerësohen rregullisht dhe përsëriten. Efikasiteti fitohet në gjithë organizatën, meqë qasja e procesit përdoret dhe njëheri kryhen përmirësimet. Është e rëndësishme të kuptohet se qasja e procesit është me të vërtetë një strategji e menaxhimit. Duke përdorur një qasje të procesit, menaxherët dhe udhëheqësit mund të menaxhojnë procese, ndërveprimin midis proceseve, dhe inputet dhe rezultatet që lidhin proceset me njëri-tjetrin.

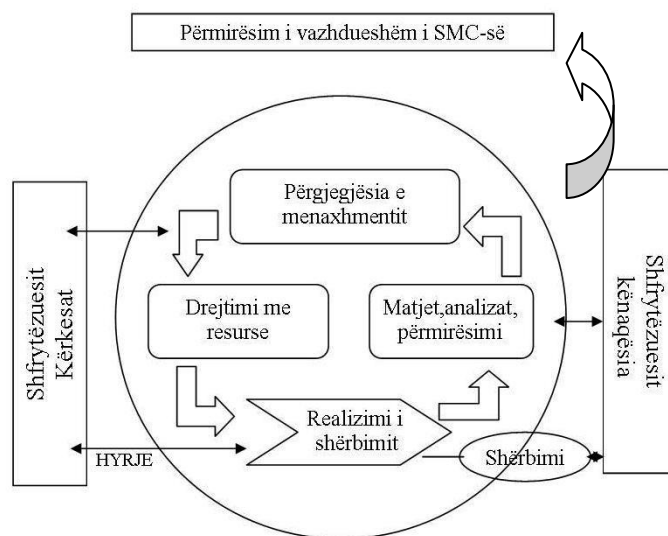


Figura 5 : Model i proceseve të SMC-së

Burimi: ISO 9001, Sistemi i menaxhimit të cilësisë- Kërkesat

1.6 Parimet e Menaxhimit të Cilësisë sipas ISO 9001

Standardet ISO 9000:2000 dhe 9004:2000 përcaktojnë parimet e menaxhimit të cilësisë, të cilit e lehtësojnë arritjen e qëllimit - cilësisë. ISO 9001 u botua në mes të viteve '80 të shekullit të kaluar, para së gjithash me qëllim të sigurimit të besimit në cilësinë e prodhimit të një produkti para se të arrijë të përdoruesit apo konsumatorët. Tetë parimet e menaxhimit të cilësisë janë parimet mbi të cilat bazohen standardet e sistemit të menaxhimit të cilësisë së familjes ISO 9000. Tetë parimet e menaxhimit të cilësisë së vendosur për të zbatuar SMC, duhet të përdoren nga drejtuesit e lartë të ndërmarrjes për të udhëhequr dhe menaxhuar një ndërmarrje me sukses, për të drejtuar dhe kontrolluar në mënyrë sistematike aktivitetet e saj.



Figura 6. Parimet e Menaxhimit të cilësisë

Burimi www.iso.org

Më vijim janë parimet e lartpërmendura, çfarë nënkuptojnë dhe cilat mundësi i japin:

Parimi i 1-rë - Fokusi tek klientët

Çdo organizatë varet nga klientët e saj dhe si rrjedhojë duhet të kuptoj nevojat dhe të plotësojë kërkesat e tyre dhe të përpiqet të tejkaloj pritshmërinë e tyre. Ky parim nënkupton:

- e kuptojnë plotësisht tërë fushëveprimin e kërkesave dhe pritjeve të përdoruesve në lidhje me produktet dhe shërbimet, dorëzimin, çmimin, besueshmërinë, etj;
- arritja e një qasje të balancuar në mes kërkesave dhe pritjeve të përdoruesve dhe kërkesat dhe pritjet e palëve tjera të interesuara (pronarëve, të punësuarve, furnitorëve dhe komunitetit në përgjithësi;
- komunikim i qartë i këtyre kërkesave dhe pritjeve në gjithë organizatën;

- matja e kënaqësisë së klientit dhe zbatimi i veprimit të duhur, në përputhje me rezultatet e marra; dhe
- mbajtja e marrëdhënieve të qëndrueshme me përdoruesit e produktit apo shërbimit.

Në të njëjtën kohë, parimi i lartpërmendur mundëson:

- në përcaktimin e politikave dhe strategjisë: kuptimin e kërkesave dhe pritjeve të përdoruesve dhe të gjitha palët e interesuara në çdo aspekt të organizatës;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: përcaktimin e objektivave të qarta dhe programeve të cilat janë të lidhura direkt me kërkesat dhe pritjet e të gjithë palëve të interesuara;
- në menaxhimin operacional: përmirësimin e vazhdueshëm të performancës së organizatës në realizimin e kërkesave të konsumatorëve; dhe
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: përzgjedhja dhe trajnimi i punonjësve në mënyrë që ata të kanë njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të përmbushur kërkesat e përdoruesve.

Parimi i 2-të –Aftësia drejtuese – lidhshipi

Lideri të krijojë unitetin për qëllimet dhe udhëheqjen e organizatës. Ata duhet të krijojnë dhe mirëmbajnë komunikim efikas dhe ambient të brendshëm adekuat, në të cilin personeli mund të përfshihet në arritjen e objektivave të organizatës . Ky parim nënkupton:

- udhëheqje me shembull personal;
- të kuptuarit e ndryshimeve në ambientin e jashtëm dhe përgjigje adekuate ndaj këtyre ndryshimeve;

- duke marrë në konsideratë interesat e të gjitha palëve të interesuara, duke përfshirë edhe konsumatorët, pronarët, punonjësit, furnizuesit, komunitetet lokale dhe shoqërinë në përgjithësi;
- duke vendosur një vizion të qartë për të ardhmen e organizatës;
- vendosjen e vlerave të përbashkëta dhe modeleve etike në të gjitha nivelet e organizatës;
- ndërtimin e besimit dhe eliminimin e frikës;
- sigurimin e punonjësve me burime të nevojshme dhe lirinë për të qenë në gjendje për të vepruar me përgjegjësi dhe besueshmëri;
- frymëzojë, inkurajojë, njoh dhe të vlerësojë kontributet e punëtorëve;
- promovojë dhe inkurajojë komunikim të hapur dhe të ndershëm;
- arsimim, trajnim dhe menaxhim të karrierës;
- duke përcaktuar qëllime sfiduese dhe frymëzuese; dhe
- zbatimin e një strategjie të përshtatshme për arritjen e këtyre qëllimeve.

Parimi mundëson:

- gjatë përcaktimit të politikave dhe strategjive: vendosjen dhe komunikimin e një vizioni të qartë për të ardhmen e organizatës;
- në përcaktimin e qëllimeve dhe programeve: të shpie vizionin e organizatës në objektiva të matshëm;
- në menaxhimin operacional: krijimi i kushteve dhe përfshirjen e të punësuarve në arritjen e qëllimeve; dhe
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: të disponoj me fuqi punëtore kompetente, të motivuar, dhe të mirë informuar.

Parimi i 3-të – Përshirja e personelit

Personeli në të gjitha nivelet është pjesë thelbësore të një organizate, andaj përfshirja e tyre mundëson shfrytëzimin e aftësive të tyre për të mirën e organizatës.

Ky parim nënkupton :

- pranimin e organizatës si të tyre njëheri pranimin e përgjegjësisë për zgjidhjen problemeve,
- kërkimin e mundësive në mënyrë aktive me qëllim të përmirësimit të proceseve të punës;
- angazhim në ngritjen e kompetencës personale, njohurive dhe përvojës;
- shkëmbimin e njohurive dhe përvojave brenda ekipeve dhe grupit;
- të përqendrohet në krijimin e vlerave për përdoruesit;
- të përqendrohet në krijimin e vlerave për përdoruesit;
- të jetë inovativ dhe kreativ në realizimin e qëllimeve të organizatës;
- me dinjitet të përfaqësojë organizatën tek palët e treta dhe shoqërisë në tërësi;
- me kënaqësi ti përmbushë detyrat; dhe
- entuziazmi dhe krenaria janë pjesë e organizatës.

Parimi mundëson:

- në përcaktimin e politikave dhe strategjisë: kontribut aktivë të punonjësve në përmirësimin e strategjisë dhe politikat e organizatës;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: pranimin e qëllimeve të organizatës si individuale;
- në menaxhimin operacional: angazhimi i punonjësve në marrjen e vendimeve të duhura në zbatimin e proceseve të punës dhe përmirësimit; dhe

- në menaxhimin e burimeve njerëzore: kënaqëshmëri më të madhe të punonjësve me punën e tyre dhe përfshirjen aktive të organizatës në jetën dhe zhvillimin e tyre personal, gjë që kontribuon në prosperitetin e vetë organizatës.

Parimi i 4-të – Proceset e qasjes

Rezultati i dëshiruar arrihet në mënyrë më efikente nëse menaxhimi i aktiviteteve dhe resurseve përkatëse zhvillohet si një proces. Proceset janë themeli mbi të cilin duhet të zhvillohet SMC-ja e një organizate. Parimi nënkupton:

- përcaktimi i të gjitha proceseve të nevojshme për të arritur rezultatet e dëshiruara;
- identifikimi dhe përcjellja e inputeve dhe outputeve nga procesi;
- identifikimi i lidhjeve të procesit me funksionet e organizatës;
- vlerësimin e rreziqeve potencial, pasojat dhe ndikimi i proceseve mbi klientët; furnizuesit dhe të gjitha palët e tjera të interesuara;
- definimi i qartë i përgjegjësive dhe kompetencave për menaxhimin e proceseve;
- identifikimi i gjithë përdoruesve të brendshëm dhe të jashtëm dhe palëve të interesuara;
- sigurimi i të gjitha inputeve hyrëse të duhura për procesin (punonjësit, trajnimet, materialet, procedurat, metodat, informacionet, etj), të nevojshëm për zbatimin e suksesshëm.

Ky parim mundëson:

- në përcaktimin e politikave dhe strategjisë: proceset e përcaktuara në organizatë të jenë të qarta dhe të mundësojnë rezultate më të lehtë të parashikueshme;
- përdorim më të mirë të resurseve, cikël kohor më të shkurtër dhe kosto më të ulët;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: kuptim i qartë i aftësive të procesit mundëson krijimin e qëllimeve sfiduese;
- në menaxhimin operacional: angazhimi i punonjësve në marrjen e vendimeve të duhura në zbatimin e proceseve të punës dhe përmirësimit;
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: kënaqëshmëri më të madhe të punonjësve me punën e tyre dhe përfshirja e tyre aktive në jetën e organizatës dhe zhvillimi i tyre personal, gjë që kontribuon në prosperitetin e vetë organizatës; dhe
- pranimi i qasjes në proces për të gjitha operacionet rezulton me uljen e kostove, parandalimin e gabimeve, menaxhimin e devijimeve, cikël kohor më të shkurtër dhe rezultate të parashikueshme.

Parimi i 5-të – Qasja e sistemit në menaxhimin

Identifikimi dhe kuptimi i një sistemi në procese të ndërlidhura dhe menaxhimi i këtyre sistemeve kontribuon në efektivitetin dhe efikasitetin e organizatës në arritjen e qëllimeve të saj.

Parimi nënkupton:

- përcaktimin e sistemit për identifikimin ose zhvillimin e procesit, i cili ka për qëllim përmbushjen e synimeve të dëshiruara;

- vendosja e sistemit në mënyrë që do lejojë që objektivat e caktuara të plotësohen
në mënyra më efektive;
- kuptimi i plotë i sistemeve të ndërruara në sistem;
- përmirësim i vazhdueshëm i sistemit përmes matjes dhe vlerësimit të rezultateve;
- kufizime të dallueshme dhe të qarta në aspektin e burimeve para çdo veprimi.

Parimi mundëson:

- në përcaktimin e politikave dhe strategjisë: krijimin e një politike gjithëpërfshirëse motivuese dhe strategjike, e cila do të marrë në konsideratë të gjithë gamën e kërkesave, të cilat aktualisht vendosen para organizatës;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: sinkronizimi i objektivave dhe programeve të proceseve dhe nënsistemeve individuale me objektivat kryesore të organizatës;
- në menaxhimin operacional: një pamje më të qartë dhe më të gjerë të efektivitetit të procesit, i cili duhet të çojë deri tek njohja më e mirë e shkaqeve të problemeve dhe eliminimin e tyre në kohë; dhe
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: njohje shumë më të mirë të roleve dhe përgjegjësisë në arritjen e objektivave të përbashkëta (të cilat këtë herë janë të sinkronizuara me njëri-tjetrin), që do rezultojnë në reduktimin e barrierave midis funksioneve të ndryshme në organizatë dhe përmirësimin e punës në grup.

- *Parimi i 6-të – Përmirësim i vazhdueshëm*

Parimi nënkupton: Përmirësimi i vazhdueshëm i performancës së përgjithshme të organizatës duhet të jetë objektivi konstant i saj.

- vendosja dhe përmirësimi i vazhdueshëm i produkteve, përkatësisht i shërbimeve, proceseve dhe sistemit duhet të synimi i çdo punonjësi në organizatë;
- duke bërë të mundur motivimin dhe zbatimin e koncepteve të përmirësimit;
- pandërprerë krahason efektin me kriteret e përcaktuara në mënyrë që të identifikojë fushat për përmirësim të mundshëm;
- vazhdimisht përmirëson efektivitetin dhe efikasitetin e gjitha proceseve;
- promovimin dhe investimin në aktivitet parandalues;
- edukimin dhe trajnimin e çdo punonjësi në aplikimin e metodave dhe mjeteve për përmirësim të vazhdueshëm si cikli PDCA, zgjidhjen e problemeve, proceset e inovacionit, etj;
- vendosjen e objektivave të matshëm në mënyrë që të ndiqen përmirësimet; dhe
- shpërblime, përkatësisht ngritje meritore në detyrë.

Parimi mundëson:

- në përcaktimin e politikave dhe strategjisë: vendosjen dhe arritjen e planeve të vlefshëm në biznes përmes integritit dhe përmirësimit të vazhdueshëm me duke marrë në bazë planifikimin strategjik të biznesit;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: vendosjen e qëllimeve realiste dhe sfiduese njëheri promovimin dhe sigurimin e resurseve për arritjen e tyre;

- në menaxhimin operacional: përfshirjen e të gjithë punonjësve në organizimin e proceseve në përmirësimin e vazhdueshëm;
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: sigurimin e mjeteve të duhura, mundësitë
- motivimin e punonjësve në përmirësimin e produktit, shërbimeve, proceseve dhe sistemit në përgjithësi.

Parimi i 7-të Vendimmarrja në bazë të fakteve

Parimi nënkupton: Vendimet efektive bazohen në analizën e të dhënave dhe informacionit. Ky parim do të thotë:

- përmirësimi i vazhdueshëm i produkteve, përkatësisht të shërbimeve;
- zbatimin e matjeve dhe mbledhja e atyre të dhënave dhe informacione të cilat janë relative për përmbushjen e objektivave paraprakisht të parashtruara;
- sigurimin e të dhënave dhe informatave të sakta, të besueshme dhe të arritshme;
- analizimi i të dhënave të mbledhura dhe i informacioneve duke përdorur metoda të vlefshme;
- njohja e teknikave të përshtatshme statistikore;
- njohja e teknikave të përshtatshme statistikore; dhe
- vendimmarrja dhe zbatimi i veprimeve në bazë të rezultateve të analizës logjike dhe balancimin në mes përvojës dhe intuitës.

Parimi mundëson:

- përmirësimi i vazhdueshëm i produkteve, përkatësisht të shërbimeve;

- në përcaktimin e politikave dhe strategjisë: strategjia e bazuar në të dhëna relevante është më e suksesshme dhe më realiste për zbatim;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: përdorimi i të dhënave përkatëse krahasuese mundëson vendosjen e objektivave që janë më realiste dhe përfaqësojnë sfida, dhe monitorimin e saktë të zbatimit të tyre;
- në menaxhimin operacional: të dhënat dhe informatat janë bazë për të kuptuarit e ndikimit të procesit dhe gjithë sistemit në tërësi, mundëson përmirësimin dhe parandalimin e problemeve në të ardhmen; dhe
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: analizimin e të dhënave dhe informacione nga burime siç janë pyetësorët për punonjësit, sugjerime, etj, në mënyrë që ato të paraqesin bazë për ri përcaktimin e politikave.

Parimi i 8-të Marrëdhënie reciproke me furnitorë,

Organizata dhe furnizuesit e tij janë të ndërvuarur në një marrëdhënie reciproke të dobishme, rrit mundësinë për të krijuar vlerë.

Parimi nënkupton:

- identifikimi dhe përzgjedhja e furnitorëve kyç;
- krijimi i marrëdhënieve me furnitorët paraqesin raport të balancuar të përfitimit afat-shkurtër dhe atë afatgjatë të organizatës;
- komunikim të hapur dhe të qartë;
- zhvillim të përbashkët dhe përmirësim të produkteve, shërbimeve dhe proceseve;
- kuptimi i përbashkët i kërkesave të përdoruesve;
- shkëmbimi i informacioneve dhe planeve për të ardhmen; dhe

- njohjen dhe vlefshmërinë e gjithë përmirësimeve dhe arritjeve nga furnizuesit.

Parimi mundëson:

- në përcaktimin e politikave dhe strategjive: krijimin e një avantazhi konkurrues nëpërmjet zhvillimit të aleancave strategjike apo partneriteteve me furnizuesit;
- në vendosjen e qëllimeve dhe programeve: vendosjen e qëllimeve më të larta me përfshirjen e hershme të furnizuesve në zbatimin e tyre;
- në menaxhimin operacional: krijimi dhe menaxhimi i marrëdhënieve me furnizuesit do të sigurojë shpërndarjen e besueshme dhe në kohë pa të meta;dhe
- në menaxhimin e burimeve njerëzore: zhvillimin dhe përmirësimin e aftësisë së furnizuesve përmes trajnimit të tyre dhe investimeve të përbashkëta për përmirësime.

Përmbushja e kërkesave në standardet organizative dhe menaxheriale e që promovojnë parimet përkatëse të praktikave të mira të biznesit në një organizatë e që ofron shërbime duhet të jetë një realitet. Të vetëdijshëm për faktin se gjithmonë mundet më mirë, menaxhmenti i organizatës duhet që me kohë të jetë i përcaktuar, dhe që në mënyrë konsistence të gjitha parimet e mësipërme ti zbatojë në tërësi.

1.7 Analiza e kërkesave të ISO 9001:2015

Standardi ISO 9001 pasqyron kodin e standardit për sistemin e menaxhimit të cilësisë dhe evidentimi me numrin-2015 pasqyron vitin e botimit të standardit apo të modifikimit. Ndryshimet në standardet ishin të nevojshme pasi ato pasqyronin nevojat e reja të konsumatorëve duke hequr dykuptimësitë ose ri-redaktimin e tekstit të shkruar në

standardet e mëparshme. Versionet 2000, 2008 dhe 2015 të standardeve janë shumë të përgjithshme dhe të zbatueshme për të gjitha e sektorit dhe llojet e bizneseve apo operacioneve. Vetëm versioni ISO 1994 ishte i fokusuar veçanërisht në sektorin e prodhimit. Struktura e standardeve të reja (2015) është një grup kërkesash të mbuluara kryesisht në tetë klauzola të shkruara në anglisht. Parimet e mësipërme kanë kontribuar në krijimin e kërkesave standarde të ISO 9001: 2015. Kuptohet qartë se parimet e cilësisë, krijojnë një drejtim për njerëzit përgjegjës në dokumentimin dhe vendosjen e standardit ISO 9001 për të gjithë akterët e interesuar. Një besim i fortë në miratimin e këtyre parimeve e bën udhërrëfyesin në cilësi, mjaftueshëm fleksibël për t'u ballafaquar me ndryshime të rastësishme dhe të papritura varësisht nga mjedisi i punës. Në paragrafët e mëposhtëm tekstual, parimet e cilësisë shpjegohen shkurtimisht me qëllim të kuptimit të kërkesave kryesore të ISO 9001.

Dokumentacioni i kërkuar nga ISO 9001

SMC-së siguron një strukturë, duke përfshirë dokumentacionin dhe proceset, që mundëson ofrimin e produkteve dhe shërbimeve në mënyrë të kontrolluar, të matur dhe menaxhuar për të përmbushur në vazhdimësi kërkesat e specifikuara teknike dhe ato të klientëve.

Për ngritjen e sistemit të cilësisë duhet të përpilohet një paketë dokumentesh. Fillimisht është i nevojshëm kategorizimi i dokumentacionit të nevojshëm për të zhvilluar një SMC efektive dhe plotësisht në harmoni me kërkesat e standardit të mirënjohur ndërkombëtar ISO 9001:2015, dhe kërkesat e fushë veprimtarisë (J.Schlickman 2003).

Komponentët kryesore të një SMC-je efektive në kuptim të kërkesave të Standardit në lidhje me dokumentacionin janë të grupuara si vijon:

- Dokumentacioni i detyrueshëm;

- Dokumentacioni i përgjithshëm i nënkuptuar (sipas specifikave dhe fushë veprimtarisë së organizatës); dhe
- Dokumentacioni i kërkuar me legjislacionin të vendit përkatës.

Niveli dhe vëllimi i dokumentimit të SMC-së varet nga lloji dhe madhësia e ndërmarrjes. Sa më e vogël ndërmarrja aq më i thjeshtë ndërtimi i sistemit; sa më e madhe ndërmarrja sistemi bëhet më kompleks dhe kërkuar.

Struktura e standardit ISO 9001:2015 sipas sistemeve të përcaktuara

4. Konteksti i organizatës

- 4.1 Të kuptuarit e organizatës dhe kontekstit të vetë;
- 4.2 Të kuptuarit e nevojave dhe pritshmëria e palëve të interesuara;
- 4.3 Përcaktimi i sferës së sistemit të menaxhimit të cilësisë;
- 4.3 Sistemi i menaxhimit të cilësisë dhe proceset e tij.

5. Udhëheqja:

- 5.1 Grupi drejtues dhe angazhimi;
- 5.2 Politikat e Cilësisë;
- 5.3 Rolet organizuese, përgjegjësitë dhe autoritetet.

6. Planifikimi:

- 6.1 Veprime drejtuar rreziqeve dhe mundësive;
- 6.2 Objektivat e cilësisë dhe planifikimi për arritjen e tyre;
- 6.3 Planifikimi i ndryshimeve.

7. Mbështetja:

7.1 Burimet

7.1.1 Të përgjithshme;

7.1.2 Njerëzit;

7.1.3 Infrastruktura;

7.1.4 Mjedi për kryerjen e proceseve;

7.1.5 Monitorimi dhe matja e burimeve;

7.1.6 Njohuria organizative.

7.2 Kompetenca;

7.3 Ndërgjegjësimi;

7.4 Komunikimi;

7.5 Informacioni i dokumentuar

7.5.1 Të përgjithshme;

7.5.2 Krijimi dhe përditësimi;

7.5.3 Kontrolli i informacionit të dokumentuar.

8. Veprimet:

8.1 Planifikimi i veprimeve dhe kontrolli;

8.2 Kriteret për produktet dhe shërbimet

8.2.1 Komunikimi me klientët;

8.2.2 Përcaktimi i kriterëve për produktet dhe shërbimet;

8.2.3 Rishikimi i kriterëve për produktet dhe shërbimet;

8.2.4 Ndryshime për kërkesat e produkteve dhe shërbimeve;

8.3 Projektimi dhe zhvillimi i produkteve dhe shërbimeve

8.3.1 Të përgjithshme;

8.3.2 Projektimi dhe zhvillimi i planifikimit;

8.3.3 Projektimi dhe zhvillimi i të dhënave;

8.3.4 Projektimi dhe zhvillimi i kontrolleve;

8.3.5 Projektimi dhe zhvillimi i prodhimit;

8.3.6 Projektimi dhe zhvillimi i ndryshimeve;

8.4 Kontrolli i proceseve, produkteve dhe shërbimeve të ofruara nga jashtë

8.4.1 Të përgjithshme;

8.4.2 Lloji dhe shtrirja e kontrollit;

8.4.3 Informacion për ofruesit e jashtëm;

8.5 Parashikimet e prodhimit dhe shërbimit

8.5.1 Kontrolli i parashikimit të prodhimit dhe shërbimit;

8.5.2 Identifikimi dhe gjurmëshmëria;

8.5.3 Prona të cilat i përkasin klientit ose ofruesve të jashtëm;

8.5.4 Ruajtja;

8.5.5 Aktivitetet post-shpërndarjes;

8.5.6 Kontrolli i ndryshimeve;

8.6 Hedhja në treg e produkteve dhe shërbimeve;

8.7 Kontrolli i rezultateve jo konform;

9. Vlerësimi i performancës

9.1 Monitorimi, matja, analizat dhe vlerësimi

9.1.1 Të përgjithshme;

9.1.2 Kënaqësia e klientit;

9.1.3 Analiza dhe vlerësimi.

9.2 Auditori i brendshëm

9.3 Rezultatet nga shqyrtimi i grupit drejtues

10. Përmirësimi

10.1 Të përgjithshme;

10.2 Parregullsi dhe veprime korrigjuese;

10.3 Përmirësimi i vazhdueshëm.

Po ashtu, niveli dhe vëllimi i dokumentacionit të SMC-së varet nga lloji dhe madhësia e institucionit. Sa më i vogël institucioni aq më i thjeshtë është ndërtimi i sistemit; dhe anasjelltas sa më i madh institucioni, sistemi bëhet më kompleks dhe kërkuar.

Kërkesat e dokumentacionit sipas ISO 9001 (versioni 2015)

- Fusha e veprimtarisë e sistemit të menaxhimit të cilësisë (4.3) ;
- Organizata duhet të mbajë informacionin e dokumentuar në masën e nevojshme për të mbështetur kryerjen e proceseve dhe ruajtjen e informacionit të dokumentuar në masën e nevojshme për të pasur bindjen se proceset kryhen siç ishin planifikuar (4.4.2);
- Politika e cilësisë (5.2.2 a);
- Objektivat e cilësisë (6.2.1);
- Organizata duhet të ruajë informacionin e përshtatshëm të dokumentuar si evidencë me qëllim monitorimin dhe matjen e burimeve (7.1.5);
- Në rastet kur nuk ekziston një standard i tillë, bazat e përdorura për kalibrimin ose verifikimin duhet të ruhen si informacion i dokumentuar (paragrafi 7.1.5.2);
- Organizata duhet të ruajë informacionin e përshtatshëm të dokumentuar si evidencë kompetencë (7.2 d);
- Mbajtja e informacionit të dokumentuar në shtrirjen e nevojshme për të pasur bindjen se proceset janë kryer siç ishin planifikuar dhe për të vërtetuar konformitetin e produkteve dhe shërbimeve me kërkesat (8.1 e);
- Informacion i dokumentuar i cili përshkruan rezultatet e rishikimit, duke përfshirë çdo kërkesë të re ose të ndryshuar për produktet dhe shërbimet (8.2.3.2);
- Ndryshime lidhur me kërkesat e produkteve dhe shërbimeve (8.2.4);

- Organizata duhet të marrë në konsideratë informacionin e dokumentuar për të konfirmuar se projektimi dhe zhvillimi i kërkesave janë zbatuar (8.3.2);
- Të dhënat e projektimit dhe zhvillimit (8.3.3);
- Kontrolli i projektimit dhe zhvillimit (8.3.4) - Rezultatet e projektimit dhe zhvillimit (8.3.5);
- Ndryshimet e projektimit dhe zhvillimit (8.3.6);
- Organizata duhet të ruajë informacionin e dokumentuar të përshtatshëm të rezultateve nga vlerësimet, monitorimi i performancës dhe ri-vlerësimi i ofruesve dhe furnitorëve të jashtëm (8.4.1);
- Kushtet e kontrolluara duhet të përfshijnë, përjashten e rezultateve nga informacioni i dokumentuar i cili përcakton karakteristikat e produkteve dhe shërbimeve (8.5.1 a)
- Ruajtja e çdo informacioni të dokumentuar për mbajtjen e gjurmëshmërisë (paragrafi 8.5.2);
- Pronë e cila i përket klientit ose furnitorëve të jashtëm (8.5.3);
- Organizata duhet të ruajë informacion të dokumentar ku përshkruhen rezultatet e rishikimit të ndryshimeve, autorizimin e personelit për ndryshime, si dhe çdo veprim tjetër të nevojshëm (8.5.6);
- Informacion i dokumentuar duhet të ofrojë gjurmëshmëri për personat e autorizuar për hedhjen në treg të produkteve dhe shërbimeve dhe për dërgimin e tyre tek klienti (8.6);
- Organizata duhet të ruajë informacion të dokumentuar për veprimet e marra për rezultatet e mospërputhshmërisë së procesit, produkteve dhe shërbimeve (8.7.2);

- Organizata duhet të sigurojë monitorim dhe matjen të aktivitetit, që janë implementuar në përputhje me kërkesat e përcaktuara dhe duhet të ruajë informacionin e përshtatshëm të dokumentuar si evidencë për rezultatet (9.1.1);
- Organizata duhet të ruajë informacionin si evidencë për implementimin e programit të auditorit dhe për rezultatet e auditimit (9.2.2 f);
- Organizata duhet të ruajë informacionin e dokumentuar si evidencë të rezultateve të rishikimit nga drejtuesit (9.3.3);
- Organizata duhet të ruajë informacionin e dokumentuar si evidencë të: Natyrës së mospërputhshmërisë dhe çdo veprim të ndërmarrë më pas rezultatet e veprimeve korrigjuese (10.2.2).

1.8 Menaxhimi i cilësisë totale (MCT)

Menaxhimi i cilësisë totale (MCT) mund të definohet si një qasje drejt menaxhimit për suksesin afatgjatë nëpërmjet kënaqësisë së klientit. MCT bazohet në të gjithë anëtarët e një organizate që marrin pjesë në përmirësimin e proceseve, produkteve, shërbimeve dhe kulturës në të cilën punojnë. Metodat për zbatimin e kësaj qasjeje gjenden në mësimet e udhëheqësve të tillë të cilësisë si Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa dhe Joseph M. Juran (Nelsen & Daniels 2007). MCT-ja përdor strategji, të dhëna dhe komunikime efektive për të integruar disiplinën e cilësisë në kulturën dhe aktivitetet e organizatës. Shumë nga këto koncepte janë të pranishme në Sistemet Moderne të Menaxhimit të Cilësisë, pasardhësi i MCT-së.

Parimet e menaxhimit të cilësisë totale : 8 elementet primare të MCT

1. Fokusi tek klienti

Konsumatori përfundimisht përcakton nivelin e cilësisë. Pa marrë parasysh se çfarë bën një organizatë për të nxitur përmirësimin e cilësisë - trajnimin e punonjësve, integrimin e cilësisë në procesin e dizajnit, përmirësimin e kompjuterëve ose softuerit, ose blerjen e mjeteve të reja matëse - klienti përcakton nëse përpjekjet ishin të vlefshme.

2. Përfshirja e përgjithshme të punonjësve

Të gjithë punonjësit marrin pjesë në punën drejt qëllimeve të përbashkëta. Angazhimi i plotë i punonjësve mund të merret vetëm pasi frika ka qenë e shtyrë nga vendi i punës, kur fuqizimi ka ndodhur, dhe menaxhmenti ka siguruar mjedisin e duhur. Sistemet e punës me performancë të lartë integrojnë përpjekjet e përmirësimit të vazhdueshëm me operacionet normale të biznesit. Ekipet vetë-qeverisëse janë një formë e fuqizimit.

3. Procesi i përqendruar

Pjesa fundamentale e MCT është edhe fokusi në procesin e të menduarit. Është proces i një seri hapash merren inpute nga furnitorët (të brendshëm ose të jashtëm) dhe i transformon ato në rezultate që u shpërndahen klientëve (përsëri, të brendshëm ose të jashtëm). Hapat janë të definuar për zbatimin e procesit, ndërsa masat e performancës monitorohen vazhdimisht në mënyrë që të zbulohen ndryshimet e papritura.

4. Sistemi i integruar

Edhe pse organizata mund të përbëhet nga shumë specifika të ndryshme funksionale shpesh të organizuara në departamente të strukturuar vertikalisht, janë proceset horizontale ato që ndërlidhin këto funksione e që janë në qendër të MCT.

- Mikro-proceset i shtohen proceseve më të mëdha dhe të gjitha proceset grumbullohen në proceset e biznesit të duhur për përcaktimin dhe zbatimin e strategjisë. Gjithkush duhet të kuptojë vizionin, misionin dhe parimet udhëzuese, si dhe politikat, objektivat dhe proceset kritike të cilësisë së organizatës. Performanca e biznesit duhet të monitorohet dhe të komunikohet vazhdimisht.
- Një sistem i integruar i biznesit mund të modelohet pas kriterëve të Programit Kombëtar të Cilësisë Baldrige dhe / ose të inkorporimit të standardit ISO 9000. Çdo organizatë ka një kulturë unike pune dhe është pothuajse e pamundur të arrihet përsosmëri në produktet dhe shërbimet e saj nëse nuk është kultivuar një kulturë e cilësisë së mirë. Kështu, një sistem i integruar lidh elemente të përmirësimit të biznesit në një përpjekje për të përmirësuar dhe tejkaluar vazhdimisht pritjet e klientëve, punonjësve dhe palëve të tjera të interesit.

5. Qasje strategjike dhe sistematike

Pjesa kritike e menaxhimit të cilësisë është qasja strategjike dhe sistematike për të arritur vizionin, misionin dhe qëllimet e një organizate. Ky proces, quhet planifikim strategjik ose menaxhim strategjik, përfshin formulimin e një plani strategjik që integron cilësinë si një komponent thelbësor.

6. Përmirësim i vazhdueshëm

Një nxitje e madhe për MCT është përmirësimi i vazhdueshëm i procesit. Përmirësimi i vazhdueshëm inkurajon një organizatë të jetë analitike dhe kreative në gjetjen e mënyrave për t'u bërë më konkurruese dhe më efektive në përmbushjen e pritshmërisë të palëve të interesuara.

7. Vendim-marrje bazuar në fakte

Për të ditur se sa mirë kryen organizata detyrat e saj, janë të nevojshme të dhënat për vlerësimin e performancës. MCT kërkon që një organizatë të mbledhë dhe analizojë vazhdimisht të dhëna me qëllim që të përmirësojë saktësinë e vendimmarrjes, të arrijë konsensus dhe të lejojë parashikimin bazuar në historinë e kaluar.

8. Komunikimi

Gjatë ndryshimeve organizative, si dhe operacioneve të përditshme, komunikimi efektiv luan një rol të madh në ruajtjen e moralit dhe motivimin e punonjësve në të gjitha nivelet. Komunikimet përfshijnë strategji, metoda dhe afatet kohore.

Një faktor i pashmangshëm mbështes i menaxhimit të cilësisë totale është edhe aplikimi i sistemeve të integruara të biznesit. Sistemet për planifikim të resurseve në ndërmarrje (Enterprise Resource Planing Systems) përfaqësojnë zgjidhje të integruara softuerike që mbulojnë të gjitha aspektet e operacioneve në biznes. Këto elemente konsiderohen si thelbësore për MCT. (Burimi: ASQ-American Society for Quality).

1.9 ISO (Organizata Ndërkombëtare për Standardizim)

ISO (Organizata Ndërkombëtare për Standardizim) është një organizatë e pavarur, jo-qeveritare dhe zhvilluesi më i madh botëror i standardeve vullnetare ndërkombëtare. Në thelb ISO është një fjalë greke që do të thotë "E barabartë". Për fat të keq, shumë njerëz edhe sot e keqkuptojnë fjalën ISO, duke menduar se është një term i shkurtuar nga tre fjalë të gjata. Sot, ISO është një rrjet i instituteve kombëtare të standardeve të 165 shteteve, që koordinohet nga sekretariati qendror në Gjenevë, Zvicër. Këto ente kombëtare të standardeve përbëjnë anëtarësinë ISO dhe njëherësh përfaqësojnë ISO-n në vendin e tyre. Organizata ka Bordin Menaxhues Teknik, që është përgjegjës për

punët teknike dhe menaxhon më shumë se 250 komitete teknike, të cilët zhvillojnë standardet ISO. ISO zhvillon standardet dhe udhëzon në inkurajimin e praktikave të mira për akreditim dhe certifikim. ISO ka më shumë se 17.000 standarde ndërkombëtare dhe llojet e tjera të dokumenteve normative në portofolin e saj të tanishme. Programi i punës së ISO-s varron nga standardet për aktivitete tradicionale, të tilla si bujqësia dhe ndërtimi, përmes mekanikes, inxhinierisë, prodhimit dhe shpërndarjes, për transport, pajisjet mjekësore, informacionit dhe teknologjive të komunikimit, dhe për standardet për menaxhim të mirë praktikë dhe për shërbime.

Për ISO-n (International Organization for Standardization) cilësia është "Niveli tek i cili një bashkësi karakteristikash të brendshme përmbushin kërkesat" (ISO 9000:2005). ISO 9001: 2015 përfaqëson sot pikën e referimit, të njohur në nivel botëror, për certifikimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë së kompanive të gjithë sektorëve prodhues dhe të gjitha përmasave.

Normat e familjes ISO 9000 japin udhëzime se si një ndërmarrje duhet të veprojë për të siguruar dhënien e një produkti apo shërbimi cilësor, d.m.th që i përgjigjet asaj që kërkohet nga klienti. Kjo familje normash jep udhëzime organizative, për këtë arsye i përshtatet sektorëve të ndryshëm të veprimtarive. Certifikimi sipas kësaj familje normash është një certifikim sistemi dhe jo produkti, d.m.th nuk certifikohet malli ose shërbimi por sistemi i menaxhimit të ndërmarrjes apo subjektit.

Standardet tjera të aplikueshme

Standardi ISO 14001 – Mbrojtja e Mjedisit, vjen me version të ri ISO 14001:2015. Subjektet e certifikuara me këtë standard kanë më shumë shanse dhe mundësi për mbrojtjen e mjedisit dhe respektimin e legjislacionit në fuqi për mjedisin. Sistemi i

Menaxhimit Mjedisor ISO 14001 ofron një kuadër praktik për shoqëritë që duan të menaxhojnë rreziqet mjedisore ekzistuese dhe potenciale. Ky sistem integrohet lehtësisht në strukturën e menaxhimit të biznesit për të kontrolluar impaktet që aktivitetet, operacionet, produktet dhe shërbimet kanë mbi mjedisin. Verifikimi EMAS: EMAS është mjete kryesor i menaxhimit të mjedisit për shoqëritë me qasje proaktive ndaj sfidave mjedisore dhe që dëshirojnë të: Përmirësojnë performancën e tyre mjedisore dhe financiare dhe të Komunikojnë arritjet në fushën mjedisore ndaj palëve të interesuara dhe shoqërisë në përgjithësi. Ndan të njëjtën strukturë bazë dhe kërkesat me Standardin e Menaxhimit Mjedisor ISO 14001:2004, por ka disa principe që e bëjnë rregulloren EMAS të veçantë. Elementet dalluese të EMAS janë performanca, besueshmëria dhe transparencia. *(Për subjektet publike dhe private të sistemit shëndetësor është shumë e rëndësishme mbrojtja e mjedisit sidomos në aspektin e grumbullimit, përpunimit dhe eliminimit të mbetjeve spitalore).*

Standardi OHSAS (BS) 18001 – Shëndeti dhe siguria në punë, vjen me version të ri ISO 45001. Subjektet e certifikuara me këtë standard kanë më shumë shanse dhe mundësi për përmirësimin e shëndetit dhe sigurisë në punë të punonjësve dhe në respektimin e legjislacionit në fuqi për punësimin dhe kushtet e punës. OHSAS 18001 është Standardi i Menaxhimit të Shëndetit dhe Sigurisë së Punës në nivel ndërkombëtar. Ofron një kuadër për menaxhimin efikas të Shëndetit dhe Sigurisë në Punë përfshirë gjithë aspektet e menaxhimit të riskut dhe të përputhshmërisë ligjore. Standardi OHSAS 18001 mund të përputhet me standardet e sistemeve të menaxhimit të tjera si ISO 9001 dhe ISO 14001 dhe mund të integrohet lehtësisht me sisteme të menaxhimit të cilësisë, të mjedisit ekzistuesë apo të tjera për të arritur efikasitet në proces. *(Shumë i rëndësishëm për shëndetin dhe sigurinë e punonjësve të shërbimit shëndetësor pasi*

përballen me pacientë me sëmundje nga më të ndryshmet, nga të cilat këta punonjës duhet të jenë të mbrojtur).

Standardi ISO 20000 ndihmon kompanitë që ato të zbatojnë në mënyrë efikase një Menaxhim të Shërbimit TI cilësor nëpërmjet një qasje gjithëpërfshirëse ndaj procesit. Standardi fokusohet në integrimin dhe zbatimin e proceseve të menaxhimit të shërbimit në mënyrë të bashkërenditur. Ka për qëllim të ofrojë dhe kontroll në vazhdimësi, efikasitet më të madh dhe mundësi për përmirësime në vazhdimësi. Shërbimet TI të menaxhuara në mënyrë të saktë përbëjnë një pjesë themelore të suksesit të biznesit. ITSMS ofron praktikat më të mira të njohura në nivel ndërkombëtar nëpërmjet një qasje ndaj procesit në mënyrë të integruar e cila është konceptuar në mënyrë që të përmbushë pritshmërinë e bizneseve si dhe të klientëve. Certifikimi sipas ISO 20000 mund të ofrojë një avantazh konkurrues dhe akses ndaj bizneseve të reja dhe disa shoqëri kërkojnë më sot përputhshmëri me këtë standard si kërkesë kontraktuale. *(aplikimi i IT dhe programeve të ndryshme softuerike dhe harduerike për menaxhimin e të dhënave të pacientëve dhe në aspektin e menaxhimit financiar të sistemit shëndetësorë).*

Standardi ISO 22000 – Cilësia, siguria dhe garancia ushqimore, ka të bëjë me cilësinë, sigurinë dhe garancinë ushqimore. Subjektet e certifikuara me këtë standard kanë më shumë shansë dhe mundësi për të prodhuar me cilësi produkte ushqimore dhe të respektojnë legjislacionin në fuqi për produkte ushqimore. Sistemi i Menaxhimit të Sigurisë së Ushqimit ISO 22000 është certifikimi më i lart ndërkombëtar që mund të arrihet në lidhje me sigurinë e ushqimit. FSMS përfshin principet e HACCP dhe përputhet me sistemin e menaxhimit të cilësisë ISO 9001, duke krijuar në këtë mënyrë bazën ideale për zbatimin e një sistemi të menaxhimit të sigurisë ushqimore i cili është kosto-efikas dhe gjithëpërfshirës. Pasi ISO 22000 është një standard menaxhimi i

përgjithshëm për sigurinë ushqimore, ky mund të përdoret nga çdo kompani që në mënyrë direkte apo të tërthortë lidhet me zinxhirin ushqimor nga bujqësia deri tek shërbimet ushqimore, përpunimi, transporti dhe magazinimi në paketim dhe në shitje. Certifikimi i Sistemit të Sigurisë së Ushqimit (FSSC 22000) është një skemë certifikimi i saktë, i bazuar në ISO dhe i pranuar në nivel ndërkombëtar për auditimin dhe certifikimin e sigurisë ushqimore në gjithë zinxhirin ushqimor. Kërkesat bazohen në ISO 22000, në programe paraprake sektoriale (PRPs) për të cilat kompanitë e interesuara kanë zhvilluar specifitime teknike (si p.sh. ISO/TS 22002-1 Prodhim ushqimor dhe ISO/TS 22002-4 Prodhim i Materialeve të Paketimit Ushqimor) dhe Kërkesa Shtesë të përcaktuara nga Skema FSS. FSSC 22000 përfshin transportin dhe magazinimin në vend nëse këto janë pjesë të operacioneve. Zbatohet ndaj gjithë kompanive që operojnë në industrinë ushqimore, pavarësisht përmasave dhe kompleksitetit, fitimeve apo karakterit privat ose publik.*(kjo kryesisht sepse spitalet ofrojnë ushqim për pacientët).*

HACCP - Analiza e Rreziqeve dhe Pikat Kritike të Kontrollit, ose HACCP, është një qasje sistematike me bazë shkencore për identifikimin, vlerësimin dhe kontrollin e rreziqeve të sigurisë ushqimore. Të gjithë operatorët e biznesit që operojnë në sektorin ushqimor detyrohen nga legjislacioni ushqimor dhe i higjienës, të zbatojnë dhe mirëmbajnë procedurat e higjienës që bazohen në principet HACCP. Principi 1 – Kryerja e një Analize të Rreziqeve, Principi 2 – Identifikimi i Pikave Kritike të Kontrollit, Principi 3 – Vendosja e Limiteve Kritike, Principi 4- Monitorimi i Pikave Kritike të Kontrollit, Principi 5 – Vendosja e Aksioneve Korrigjuese, Principi 6 – Verifikim, Principi 7 – Mbajtja e të Dhënave. HACCP mund të zbatohet në të gjitha nivelet e zinxhirit të furnizimit ushqimor, nga prodhimi i ushqimeve dhe procesi i

përgatitjes, te paketimi dhe shpërndarja. Regjistrimi i HACCP lidhet në mënyrë të menjëhershme me kërkesat kyçe të direktivave mbi Sigurinë Ushqimore duke garantuar që strukturat e përfshira të operojnë në mënyrë efikase sipas rregulloreve të sigurisë ushqimore dhe të përputhen më principet e miratuara të HACCP. *(kjo kryesisht sepse spitalet ofrojnë ushqim për pacientet.*

Standardi ISO 27001 – Sistemet e menaxhimit të informacionit, rrit mundësitë që subjektet e certifikuara me këtë standard të kenë më shumë shanse dhe mundësi për menaxhimin e informacionit dhe mbrojtjen e informacionit dhe të teknologjive të informacionit që ato zotërojnë, përballë hackerave dhe konkurrentëve që këto kompani kanë. ISO 27001, Sistemet e Menaxhimit të Sigurisë së Informacioneve, është konceptuar me qëllim të garantimit të sigurisë së teknologjisë së informacionit. Standardi është i zbatueshëm ndaj gjithë llojeve të kompanive, përfshirë institucionet qeveritare, kompanitë tregëtare dhe agjencitë jo fitimprurëse. Përcakton kërkesat për operimin, monitorimin, përcaktimin, zbatimin, rishqyrtimin, mirëmbajtjen dhe përmirësimin e sistemit të menaxhimit të sigurisë së informacioneve të dokumentuara. Një Sistem i Menaxhimit të Sigurisë së Informacioneve, i cili është zbatuar në mënyrë të saktë është një mjet që biznesi redukton rreziqet që mund të pësojnë asetet e informacionit duke: Integruar programet e teknologjisë së informacionit/sigurisë së informacionit të kompanisë, duke Ekzaminuar në mënyrë sistematike rreziqet e sigurisë së kompanisë, përfshirë impakti, kërcënimet dhe dobësitë dhe duke harmonizuar sigurinë e informacionit me objektivat e përgjithshme të biznesit tuaj *(ecën paralel me ISO 20000).*

Standardi ISO 29990 – cilësia e shërbimeve arsimore, që është një ndër standardet më të kërkuara në botë, edhe pse është një standard i ri, vlen shumë për subjektet që

operojnë në fushën e arsimit universitar dhe të kurseve pas universitare të trainimit dhe kualifikimit, sepse ndikon shumë në përmirësimin e cilësisë së ofrimit të shërbimit nga ana e këtyre subjekteve dhe në rritjen e kënaqësisë së klientëve (studentëve dhe familjeve, të afërmëve të tyre dhe atyre që i ndihmojnë për të kryer studimet). Në Kosovë deri tani nuk ka asnjë subjekt të certifikuar me këtë standard *(kjo kryesisht sepse bëhet fjalë për subjektet që ofrojnë studimet për mjekët, infermieret dhe farmacistët, etj dhe trainimin e tyre pasi mbarojnë studimet universitare.*

Standardi ISO 50001 – Menaxhimi energjetik, është një standard që rrit mundësitë për kompanitë që të menaxhojnë më mirë energjinë dhe të respektojnë sa më mirë legjislacionin në fuqi për energjinë dhe menaxhimin e burimeve energjetike. ISO 50001 Sistemi i Menaxhimit Energjetik (EnMS) është një standard i ri i konceptuar për të asistuar kompanitë në zbatimin e një sistemi të menaxhimit të përshtatshëm për identifikimin dhe minimizimin e konsumit energjetik. Zbatimi duhet të reduktojë kostot energjetike të kompanive, emisionet e gazrave serë (GHG) dhe impaktet e tjera në mjedis. Standardi bazohet në elemente të përbashkëta të cilat mund të gjenden në shumë standarde të sistemeve të menaxhimit ISO, dhe kjo garanton përputhshmëri dhe integrim më të lehtë me sistemet e menaxhimit ISO 9001 (cilësi) dhe ISO 14001 (mjedis) dhe me standardet e tjera ekuivalente. *(burimet energjetike pasi spitalet dhe qendrat shëndetësore janë konsumatore të mëdha të energjisë, kështu që duhet aplikimi i këtij standardi.*

Sistemi PAS 99 është një amalgamë e kërkesave të disa standardeve konceptuar me qëllim në përmirësimin e mënyrës se si janë përdorur standardet në bizneset që përmbajnë më shumë se një standard. Kjo mund të shërbejë për të kursyer kohë dhe par, pasi redukton mundësitë e mos të vepruarit në përputhshmëri. Sistemi nënvizon

elementet e përbashkëta të standardeve dhe përcakton një kuadër në të cilin të vendosen ato. Këto kërkesa përfshinë procedurat e auditimit, kontrollin e dokumentacionit, menaxhimin e riskut dhe përmirësimin e performancës. *(pra së bashku të tëra standardet dhe kjo përbën nivelin më të lartë të sistemit të menaxhimit të cilësisë, ajo që në ditët tona quhet menaxhimi i integruar i cilësisë).*

Standardi SA 8000 është një standard certifikimi ndërkombëtar që mbështet kompanitë për zhvillimin, mirëmbajtjen dhe zbatimin e praktikave sociale të përshtatshme në vendin e punës. SA8000 është standardi i parë i auditueshëm për certifikimin social në fushën e Përgjegjësisë Sociale, i krijuar në 1989 nga Përgjegjësia Sociale Ndërkombëtare (SAI). Ky sistem përputhet me strukturën ISO 9001, ISO 14001, dhe OHSAS 18001 dhe bazohet në Deklaratën e Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut, konventën e ILO, Kombet e Bashkuara dhe legjislacionin kombëtar, si dhe krijon hapësira në industri dhe kode për kompanitë për matjen e performancës sociale. SA 8000 ofron standarde transparente, të matshme dhe të kontrollueshme për certifikimin e performancës së kompanive në nëntë fusha kryesore: Puna e fëmijëve, Puna e detyruar, Shëndeti dhe Siguria, Liria e Mbledhjes dhe E Drejta e për Ujdi Kolektive, Diskriminimi, Praktikrat Disiplinore, Orët e Punës, Shpërblimi, Sistemet e Menaxhimit *(nuk është standard ISO por Standard SA që lidhet me standardet ISO sepse ngjan me ISO 18001).*

Për sistemin e shëndetësisë janë të domosdoshme edhe standardet e mëposhtëme

ISO 13485 që ka të bëjë me pajisjet mjeksore që përdoren nga subjektet, pajisjet mjeksore duhet të jenë të kontrolluara dhe të garantuara nga prodhues të akredituar dhe të certifikuar dhe në periudha kohore të caktuara duhet t'u bëhet kalibrimi nga një trupë kombëtare kalibrimi;

ISO 15189 specifikon kërkesat për cilësinë dhe kompetencat e laboratorëve mjekësorë, për zhvillimin e sistemeve të menaxhimit të cilësisë dhe arritjen e mirëmbajtjen e kompetencave të tyre. Konfirmon këto kompetenca nga trupat rregullatore kompetente dhe trupat e akreditimit, në mënyrë që klientët të jenë sa më të sigurt që këto laboratorë nxjerrin të dhëna të sakta nga analizat që u bëjnë pacientëve, etj;

ISO 18308 përcakton kërkesat për arkitekturën e sistemeve që përpunojnë menaxhojnë dhe komunikojnë të dhënat elektronike (EHR), në mënyrë që këto të jenë të besueshme dhe në përputhje me nevojat e sistemit shëndetësor, të vlefshme nga ana klinike dhe të grumbulluara, përpunuara dhe ruajtura në mënyrë etike, duke plotësuar kërkesat ligjore dhe të mbështesin praktikat e mira klinike dhe të kehtësojnë analizën e të dhënave për qëllime të shumëfishta;

ISO 27799 është një udhëzues për mbështetjen dhe interpretimin dhe implementimin në informatikën shëndetësore dhe shoqëron standardin ISO 27001 (që është përmendur më lart).

ISO 27799 specifikon një grup të kontrolleve të detajuara për menaxhimin e sigurisë së informacionit shëndetësor dhe ofron praktikat më të mira për të. Duke implementuar këtë standard subjektet e sistemit të shëndetësisë do jenë të aftë që të sigurojnë një nivel minimal kërkesash të sigurisë që janë të përshtatshme për kushtet e organizatave dhe që mirëmbajnë konfidencialitetin, integritetin dhe vlefshmërinë e informacionit të personelit shëndetësor. ISO 27799 aplikohet për informacionin shëndetësor në të tëra aspektet, pavarësisht formës së informacionit (fjalë, numra, regjistrime zanore, video dhe imazhe mjekësore), pavarësisht mjeteve që përdoren për të magazinuar ato (printime, shkrime, ruajtje elektronike) dhe pavarësisht mjeteve që përdoren për të

transmetuar ato (dorazi, fax, network, postë), si dhe që informacioni duhet të jetë i mbrojtur në mënyrë të përshtatshme.

ISO 7405 specifikon metodat e testimit për vlerësimin e efekteve biologjike mbi pajisjet mjekësore që përdoren në shërbimin dentar) dhe përfshijnë edhe testimin e agjentëve farmakologjikë që përdoren në dhe me këto pajisje.

KAPITULLI I II

Vështrim mbi sektorin shëndetësor në Kosovë

2.1 Zhvillimi i sektorit shëndetësor

Nisur nga fakti se Kosova ka kaluar disa faza të rëndësishme historike, pa dyshim se të gjitha segmentet shoqërore kanë pësuar ndryshime, duke përfshirë këtu edhe sistemin shëndetësorë. Që nga viti 1945 e deri në vitin 1989 Kosova ka qenë e përfshirë në sistemin shëndetësorë të ndërtuar brenda Federatës Jugosllave, gjatë kësaj periudhe në aspektin statusor, Kosova brenda rregullimit federativ ka pasur një dinamikë të statusit juridik në aspektin e pozitës së saj brenda RSFJ-së. Në këtë periudhë Kosova kishte të instaluar sistemin shëndetësorë sipas modelit të Shemaskos (komisari i parë për çështje shëndetësore në ish-Bashkimin Sovjetik), ku ky model aplikohet në vendet e bllokut të lindjes, duke përfshirë edhe shtetet e Evropës Juglindore që kishin rregullimin shtetëror të sistemit socialist. Ky sistem karakterizohet nga metoda e centralizuar e menaxhimit të shërbimeve shëndetësore. Ky sistem përfshinte modelin sipas të cilit spitalet apo poliklinikat ishin të themeluara në qytetet më të mëdha, ku ofroheshin shërbime të specializuara. Por mund të themi se ish-RSFJ ka adoptuar një sistem të decentralizuar të modelit të Shemaskos që e ka rregulluar mbi bazën e menaxhmentit brenda institucioneve shëndetësore të cilat zbatonin politikat shëndetësore që përcaktoheshin në

nivel të Federatës. Para konfliktit të vitit 1999, Kosova ka trashëguar një sistem masiv, hierarkal dhe të centralizuar nga Jugosllavia socialiste, i cili ishte i orientuar sipas modelit mjeku-spitali-trajtimi (sistemi Shemasko). Ndonëse ky sistem pati shumë mangësi, përfshirë këtu nivelin e dobët të përgatitjes së punëtorëve, prestigji të ultë dhe paga që nuk motivonin, pas luftës ky sistem shëndetësor u përkeqësua edhe më shumë dhe u rëndua më tepër përgjatë viteve të turbulencave ekonomike dhe politike.

Rreth 90% të klinikave dhe institucioneve shëndetësore u dëmtuan gjatë luftës, dhe shumë klinika private të profesionistëve shëndetësorë shqiptarë u shkatërruan. Kolapsi i përgjithshëm i infrastrukturës së shërbimeve publike, në veçanti uji dhe energjia elektrike, kanë ndikuar shumë negativisht në sektorin e shëndetësisë (Buwa & Vuori, 2006).

Bazuar në raporte të ndryshme, institucionet e kujdesit shëndetësor në zonat rurale gjithnjë kanë vajtuar nga mungesa e stafit dhe pajisjeve. Qasja në shërbimet e emergjencës dhe kujdesin pas orarit të punës nuk ishin të qëndrueshme. Ato kryesisht ishin të disponueshme nëpër qytete të mëdha por jo edhe në zonat rurale. Disponueshmëria e shërbimeve përmes praktikave private është shtuar dukshëm, kështu shumica e punëtorëve shëndetësorë iu kthyen institucioneve të shëndetit publik, ndërsa ata të cilët zhvillonin praktikat private gjatë viteve të nëntëdhjeta, vazhduan t'i mbajnë ato (Percival & Sondorp, 2010).

Në përfundim të konfliktit, më shumë se 400 donatorë dhe agjenci për ndihma erdhën në Kosovë dhe koordinimi i ndihmave ishte i përqendruar në rindërtimin e sistemit shëndetësor të dëmtuar nga lufta (Buwa & Vuori, 2006). Ndërsa, programi i pasluftës për reformimin e shëndetësisë ndonëse i parë si sukses në fillimin e tij, zbatueshmëria e reformave u dëshmuar të jetë më problematike sesa vet përpilimi i tyre, dhe kështu

reformat nuk përmbushën dot standardet dhe pritjet. (Percival & Sondorp, 2010).

Kujdesi shëndetësor është një koncept shumë i gjerë dhe në literaturë ka përkufizime të ndryshme për të. Kështu kujdesi shëndetësor përkufizohet si : “parandalimi, trajtimi dhe menaxhimi i sëmundjeve dhe ruajtja e mirëqenies mendore dhe fizike nëpërmjet shërbimeve të dhëna nga profesionistët e mjekësisë ose të lidhur me të .

Gjatë kësaj periudhe të pasluftës, sipas Percival dhe Sondorp (2010) cilësia e sistemit të shëndetësisë publike është cenuar nga disa faktorë:

- Qasja në kujdesin primar ishte jo konsistence nëpër regjione dhe grupe shoqërore-ekonomike;
- Mungesa e stafit shëndetësor në zonat rurale, natyra e specializuar e kujdesit shëndetësor në Kosovë, dhe mungesa e funksionimit të një sistemi referues, ka dëmtuar cilësinë e kujdesit. Për më tepër edhe efikasiteti i shërbimeve ishte minimal;
- Spitalet përbëheshin nga disa ndërtesa të ndara që përmbanin klinika të veçanta me laboratorët e tyre përkatëse, repartet e kujdesit intensiv dhe sallat e operacionit. Shërbimet mes këtyre ndërtesave nuk janë ndarë mes vete, gjë që ka rezultuar në shumëfishim të punës dhe jo efikasitet.

Sistemet shëndetësore në Evropë

Në Evropë pas luftës së dytë Botërore u aplikuan të tre modelet e financimit të shëndetësisë: modeli i sigurimeve shëndetësore Bismark, i cili vazhdoi të gjente zbatim në vendet e Evropës qendrore, modeli Semashko, të cilin e përdorën kryesisht vendet e bllokut të Lindjes, si dhe modeli i shërbimit kombëtar shëndetësor Beveridge i cili vazhdoi të aplikohet në Angli dhe vendet Skandinave. Ndërkohë, të gjitha shtetet, kundrejt arsyeve të ndryshme dhe në përputhje me nevojat specifike të zhvillimit të tyre,

kanë ndryshuar tiparet e një skeme ose kanë tentuar të ndryshojnë modelin e financimit të shëndetësisë. Ndërmjet viteve 1967 dhe 1986 jo më pak se 10 vende braktisën skemat e sigurimeve shëndetësore në favor të modelit të financimit nga taksat e të shërbimit kombëtar shëndetësor. Në vitet 1990, katër shtete të reja evropiane braktisën modelin Semashko në favor të sigurimeve shëndetësore. Në përpjekjet për ndryshimin e modelit të financimit padyshim që rol të rëndësishëm ka zënë eksperiencia e vendeve fqinje të marra si model zhvillimi siç është rasti i Gjermanisë si vendi origjinë i modelit të sigurimeve (sistemi Bismark) apo rasti i Britanisë së Madhe dhe Skandinavisë ku modeli i financimit bazuar në taksa - Beveridge u zhvillua fuqishëm edhe më tej. Vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore, si dhe të Azisë Qendrore pas shpërbërjes së ish-Bashkimit Sovjetik luftuan fuqishëm për t'u përshtatur me kërkesat e ekonomisë së tregut. Periudha e tranzicionit u shoqërua me rritjen e shifrës së shpenzimeve në shëndetësi për të njëjtin produkt shëndetësor.

2.2 Struktura e sistemit shëndetësor në Kosovë

Sistemi Shëndetësor në Kosovë është kryesisht publik. Shteti siguron pjesën më të madhe të shërbimeve që i ofrohen popullatës si në fushën e promocionit, parandalimit, diagnostikimit dhe kurimit. Sektori privat është akoma në hapat e para dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimit farmaceutik, shërbimit stomatologjik dhe disa klinika diagnostikuese të specializuara të cilat janë përqendruar kryesisht në Prishtinë.

Autoriteti më i lartë shëndetësor i Republikës së Kosovës është Ministria e Shëndetësisë. Mbrojtja shëndetësore në Kosovë ofrohet në tre nivele atë - Parësor, Dytësor dhe Terciar. Ministria e Shëndetësisë është hartuese dhe përgjegjëse për politikën dhe strategjinë e sistemit shëndetësor, për rregullimin e tij si dhe për koordinimin e të gjithë akterëve brenda dhe jashtë sistemit.

Shërbimi shëndetësor diagnostikues dhe kurues është i organizuar në tre nivele:

Kujdesi parësor shëndetësor

Organizata Botërore e Shëndetësisë e përkufizon Kujdesin Parësor Shëndetësor (KPSH) si “kujdes shëndetësor esencial në të cilin kanë qasje universale individët dhe familjet në komunitet në mënyra të pranueshme për ta, përmes pjesëmarrjes së plotë të tyre dhe me një kosto që mund të mbulohet nga komuniteti dhe shteti. Ai përbën një pjesë integrale të sistemit shëndetësor të shtetit, në të cilin është bërthama, si dhe të zhvillimit të përgjithshëm social dhe ekonomik të komunitetit”. Komunitetet sigurojnë zbatimin e kujdesit parësor shëndetësor duke i dhënë përparësi zbatimit të masave parandaluese përmes implementimit të konceptit të mjekësisë familjare. Kosova është e ndarë në 36 Komuna, ku janë të vendosura institucionet e KPSH-së, respektivisht Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF). Përveç QKMF-ve, në mesin e institucioneve që ofrojnë kujdes parësor shëndetësor bëjnë pjesë dhe Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Punktet e Mjekësisë Familjare (PMF). Në komunitetet ku mungon qasja e lehtë në spitale, në kuadër të disa QKMF-ve ekzistojnë edhe maternitetet jashtë-spitalore si dhe Qendrat për Mirëqenien e Gruas (QMG). Qendra e Mjekësisë Urgjente planifikohet të funksionojë në Komunitetet me më tepër se 150.000 banorë.

Mjekësia Familjare kujdeset për individët dhe familjet e tyre në shoqëri, pa marrë parasysh llojin e sëmundjes, apo karakteristikat sociale dhe personale të pacientit. Mjekësia familjare angazhohet me individ autonom përgjatë fushave të preventivës, diagnostikimit, shërimit, kujdesit dhe kujdesit paliativ duke shfrytëzuar dhe integruar resurset në dispozicion pranë kujdesit shëndetësor me qëllim të jenë në interes më të mirë të pacientit dhe familjes së tij. Mjekësia Familjare është një disiplinë unike me trungun e vet të njohurive, metodologjisë dhe studimit. Kontakti i qytetarit me ofruesin

e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor ose me mjekun e familjes përbën pikën fillestare të procesit të ofrimit të shërbimit të kujdesit shëndetësor dhe zhvillohet mbi bazën e sistemit të referimit pra të përcjelljes drejt niveleve të tjera të kujdesit shëndetësor. Mënyra e funksionimit të sistemit të referimit ose të përcjelljes së pacientëve përcaktohet nga Ministri i Shëndetësisë. Sistemi i referimit në vetvete është tregues i barazisë në trajtim. Ai vendos të njëjtat rregulla që duhet të ndiqen nga të gjithë personat që kanë nevojë për kujdes shëndetësor.

Ky Koncept e ka si bazë pacientin si qendër drejtuese e studimeve të mëtutjeshme, e njeh rëndësinë e marrëdhënieve mjek-pacient dhe e përshkruan mjekësinë familjare në një pikëpamje të përgjithshme, duke theksuar rëndësinë e kontekstit. Kjo paraqitje gjithashtu thekson nevojën që mjekët e familjes të jenë fleksibil, t'i adaptohen ndërrimeve dhe të shfrytëzojnë rolin e tyre potencial si agjent terapeutik në marrëdhëniet mjek-pacient.

Kujdesi dytësor shëndetësor

Kujdesi dytësor shëndetësor ofrohet përmes spitaleve rajonale si dhe spitaleve të qytetit. Në Komuna më të mëdha janë institucionalizuar Spitalet Rajonale (Mitrovicë, Pejë, Gjakovë, Prizren, Gjiilan) si dhe në dy komuna më të vogla Ferizaj dhe Vushtri. Këto institucione ofrojnë mjekimin stacionar (me shtrirje – vendosje të pacientëve) si dhe shërbime specialistike duke përfshirë edhe shërbimet e shëndetit oral. Shërbime specialistike ofrohen edhe në disa Poliklinika në sektorin privat. Në kuadër të KDSH është i organizuar edhe Instituti i Mjekësisë së Punës, Shërbimi Profesional i Shëndetit Mendor përmes institucioneve të Qendrave të Shëndetit Mendor në Bashkësi (QShMB) të organizuara në Qendrat më të mëdha të Kosovës, Shtëpive për Integrim në Bashkësi (ShIB) si dhe Qendra për integrim dhe rehabilitim të sëmurëve kronik psikiatrik në

Shtime. Spitalet tjera të cilat parashihen në bazë të pakos së Ahtisarit si dhe Ligjit për Kryeqytetin pritet t'i menaxhoj vetë komuna. Spitalet parashihen të themelohen në këto komuna: Graçanicë, Shtërpce dhe Mitrovicë Veriore si dhe spitali i Prishtinës në bazë të Ligjit për Kryeqytetin.

Kujdesi terciar shëndetësor

Kujdesi terciar shëndetësor ngërthen në vete shërbimet mjekësore specialistike të ofruara nga institucionet shëndetësore, ku funksioni i këtyre të fundit përfshin dhe ligjërimin në Fakultetin e Mjekësisë për studentët bazë në mjekësi dhe studimet post-diplomike si dhe kërkimet shkencore relevante. Niveli i KTSh-së mbulohet nga Qendra Klinike Universitare e Kosovës (QKUK) në kuadër të së cilës funksionojnë shumë klinika dhe institute dhe Qendra Klinike Stomatologjike Universitare e Kosovës (QKSUK). Në kuadër të këtij niveli funksionojnë dhe disa institute kombëtare të rëndësishme si Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut (QKTGj) e cila menaxhon me qendrën e grumbullimit të gjakut, Instituti Kombëtar i Mjekësisë së Punës (IKMP) që mbulon kujdesin shëndetësor për të punësuarit, Qendra Mjekësore për Sport dhe Rekreacion (QMSR) si dhe Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës (IKShPK) i cili ofron programe të vazhdueshme dhe të qëndrueshme për ruajtjen & përparimin e shëndetit, zvogëlimin e rreziqeve mjedisore, zbulimin e hershëm dhe mbikëqyrjen e sëmundjeve, gjendjeve dhe problemeve si dhe paraqet burimin kryesor për mbledhjen dhe analizën e të dhënave mjekësore. Për regjionin e Prishtinës, këto institucione shëndetësore të nivelit terciar shërbejnë gjithashtu edhe si institucione të nivelit dytësor shëndetësor.

2.3 Ministria e shëndetësisë

Rol kyç në zhvillimin e politikave të përgjithshme në sektorin e shëndetësisë ka

Ministria e Shëndetësisë. Ministria e Shëndetësisë ka këto përgjegjësi:

- Krijon politikën dhe implementon ligjet e një sistemi jo-diskriminues dhe të përgjegjshëm për kujdesin shëndetësor;
- Koordinon aktivitetet në sektorin e shëndetësisë për të promovuar zhvillimin koherent të politikës për shëndetësi;
- Vendos norma dhe standarde dhe nxjerr udhëzime për sektorin e shëndetësisë duke i respektuar standardet relevante ndërkombëtare;
- Mbikëqyr zbatimin e këtyre standardeve, duke përfshirë edhe inspektimin dhe shërbimet tjera sipas nevojës; • Përcjell situatën e shëndetësisë dhe implementon masat adekuate për të parandaluar dhe kontrolluar problemet në lëmin e shëndetësisë;
- Menaxhon shfrytëzimin dhe zhvillimin e infrastrukturës që ndërlidhet me kujdesin shëndetësor nën përgjegjësinë e kësaj ministrie;
- Përkrah pjesëmarrjen, iniciativat dhe zhvillimin e aktiviteteve të komunitetit që ndërlidhen me shëndetin;
- Merr pjesë në zhvillimin dhe implementimin e fushatës për informim publik dhe të projekteve të tjera promovuese për të rritur vetëdijesimin publik dhe pajtueshmërinë me standardet shëndetësore;
- Inkurajon zhvillimin e arsimit shëndetësor për ngritjen e njohurive dhe kompetencave në lëmin e shëndetësisë⁴ ;

Ministria e Shëndetësisë në kuadër të kompetencave të saj ka përcaktuar edhe prioritetet në zbatimin e politikave të saktësuara në këtë sektorë. Në kuadër të draftimit të

Strategjisë Sektoriale Shëndetësore të Kosovës sipas Planit Strategjike 2010-2014, Ministria e Shëndetësisë ka përcaktuar që të arrihen këto objektiva strategjike parimore: zvogëlimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, përmirësimin e menaxhimit të resurseve ekzistuese dhe cilësisë së shërbimeve, implementimi dhe zhvillimi i Sistemit të Informimit Shëndetësorë (SISH) si dhe krijimin e sistemit të qëndrueshëm të financimit për sektorë të shëndetësisë.

Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike

Është Institucioni më i lartë shëndetësor, profesional dhe shkencor i Kosovës. Po ashtu është institucion shëndetësor që përgatit dhe zbaton strategjinë e shëndetit publik (Masat higjienikë – sanitare, masat profilaktike – kundër epidemike, sociale mjekësore, promovimin e shëndetit, edukimin dhe arsimimin shëndetësor, kontrollin e kualitetit të ujit, ajrit, ushqimit, PZI (programi i zgjeruar i imunizimit), politikën shëndetësore dhe ekonomiken shëndetësore, informimin shëndetësorë) në mbarë territorin e Kosovës. Misioni i IKSHP, si qendër Kombëtare në fushën e shëndetit publik, konsiston në zhvillimin dhe aplikimin e parandalimit dhe kontrollit të sëmundjeve, dëmtimeve, paaftësive, e faktorëve dëmtues shëndetësorë të mjedisit, dhe zhvillimin dhe aplikimin e promocionit të shëndetit, në bashkëpunim të ngushtë me agjenci/organizma/organizata kombëtare dhe ndërkombëtare. Instituti zhvillon punën hulumtuese-shkencore dhe organizon përkryerjen profesionale të punëtorëve shëndetësor.

Institucionet shëndetësore private

Përveç institucioneve publike shëndetësore, kujdesi shëndetësor në Kosovë ofrohet edhe nga 1,069 institucione të licencuara shëndetësore private, nga të cilat 28 janë institucione spitalore ndërsa të tjerat ofrojnë shërbime jashtë spitalore (Vjetari i

statistikor i Republikës së Kosovës, ASK, 2016). Veprimtaria private në sektorin e shëndetësisë ushtrohet në bazë të parimit të barazisë së plotë me sektorin publik të shëndetësisë. Sipas studimit të Bankës Botërore të vitit 2008 (Master plan, BB, 2008), është vlerësuar se rrjeti i përgjithshëm i kujdesit shëndetësor është i përshtatshëm për madhësinë e popullatës dhe distancën e shkurtër të transportit në Kosovë. Megjithatë, bazuar në Analizën e performancës së Institucioneve shëndetësore (Analiza e performancës së sektorit shëndetësor 2012) lidhur me reformën e filluar të sektorit shëndetësor nevojitet rivlerësimi dhe riorganizimi i rrjetit të institucioneve shëndetësore me qëllim të shfrytëzimit sa më racional të tyre.

Burimet financiare

Sektori i shëndetësisë në Kosovë financohet kryesisht nga tatimi mbi të ardhurat, taksat dhe bashkë-pagesat, përderisa pagesa private nga xhepi është shumë e lartë dhe përfshinë rreth 40% të shpenzimeve për shërbime shëndetësore. Buxheti i ndarë nga qeveria për shëndetësinë për vitin 2015 ishte në total 163,760,703 milion €, ku pjesëmarrja e buxhetit për shëndetësi nga totali i buxhetit të Kosovës është 9.73 dhe 2,79% e BPV, që siguron 90.72 € për qytetar në vit. KPSH financohet përmes transfereve nga buxheti qendror në komuna në formë të grantit specifik s Veprimtaria shëndetësore e institucioneve publike financohet përmes këtyre burimeve: buxheti i Kosovës, fondet jashtë-buxhetore të donatorëve (mbështetje e drejtpërdrejtë e projekteve), kontributi i pacientëve në formë të bashkë pagesave si dhe pagesave për barna dhe shërbime të tjera të kujdesit shëndetësor. Kjo do të thotë që institucionet publike shëndetësore pothuajse tërësisht financohen bazuar në buxhetin historik. Duhet të theksohet se aktualisht mirëmbajtja e institucioneve dhe pajisjeve mjekësore

(amortizimi) janë të përfshira në buxhet si shpenzime kapitale, dhe jo si kategori e veçantë buxhetore.

2.4 Qëllimet e sistemit shëndetësor

Gjatë shekullit të 20-të, Organizata Botërore e Shëndetit (OBSH, 2008) ka qenë në pararojë të punës dhe udhëzimeve që çdo vend, të shoh kujdesin shëndetësor si një e mirë publike e cila duhet të garantohet nga qeveria. Megjithatë, sipas (OBSH, 2008) nuk është vetëm qeveria ajo që duhet të kujdeset për një sistem të konsoliduar e të përparuar shëndetësor, por përgjegjësi duhet të mbajnë edhe strukturat qeveritare lokale, organizatat profesionale shëndetësore dhe organizatat e shoqërisë civile. Nga ana tjetër, studime të ndryshme shprehen skeptike për mënyrën dhe se si i marrin përgjegjësitë autoritetet shëndetësore Davis (1999). Studimet tregojnë se publiku nuk ka besim te institucionet si garantë të barazisë, ndershmërisë dhe integritetit në sektorin e shëndetësisë Davis (1999).

Publiku pret që autoritetet e shëndetit të bëjnë mirë dhe me zell punën e tyre (Gilson, 2003). Njerëzit duan që komunitetet dhe mjediset të jenë të sigurta dhe që shëndeti i tyre parësor të jetë i mbrojtur nga qasja universale shëndetësore dhe mbrojtja sociale (Sen, 1999).

Periudha e globalizimit që jetojmë në ditët e sotme jep efektet e veta edhe në sistemin shëndetësor e në lidhje me këtë OBSH (2008) argumenton se sistemi shëndetësor dhe shoqëritë nuk po i përgjigjen dot ritmeve të shpejta me të globalizimit në ditët e sotme.

2.4.1 Rëndësia e sistemit shëndetësor në shoqëri

Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende e posaçërisht për ato që kanë kaluar apo janë duke kaluar një periudhë të vështirë

tranzicioni nga një sistem ku cilësia as nuk njihej, as nuk matej dhe rrjedhimisht as nuk përmirësohej, në sistemin ku ofrimi i shërbimeve shëndetësore është më ndryshe.

Shëndeti i popullatës është thelbësor për zhvillimin; ai është një parakusht për të, si dhe një tregues dhe një rezultat i zhvillimit të qëndrueshëm. Kjo është për shkak se ai përbën një kontribut të rëndësishëm në zhvillimin ekonomik, duke qenë se popullatat e shëndetshme jetojnë më gjatë dhe janë më produktive. Në të kundërt, popullatat jo të shëndetshme mund të dëmtojnë fitimet ekonomike të një vendi (Bloom et al. 2004).

Në të gjitha vendet, kërkesa për kujdesin shëndetësor dhe kujdesi shëndetësor afatgjatë janë duke rritur koston e kujdesit shëndetësor. Faktorët shtytës të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor janë demografikë dhe jo demografikë. Faktorët demografikë përfshijnë rritjen e popullsisë dhe plakjen e saj. Popullatat më të vjetra kërkojnë dhe konsumojnë më shumë kujdes shëndetësor për shkak të preventivës në rritje të sëmundjeve kronike dhe jo të transmetueshme, që kërkojnë një kujdes të zgjatur ndaj pacientit (Palangkaraya & Yong 2009).

Sektori i Shëndetësisë në Kosovë përbën një nga sektorët më të rëndësishëm dhe vazhdimisht i deklaruar si prioritar për zhvillimin e vendit tonë. Pikërisht bazuar në këtë rëndësi specifike dhe reformat bashkëkohore që duhen ndërmarrë në këtë sektor marrin një rëndësi të veçantë.

Arsyet kryesore të dhëna nga anëtarët e BE dhe shtetet aspirantë për anëtarësim për strategjinë e implementimit të sigurimit të cilësisë janë:

- Sistemet e pasigurta shëndetësore ;
- Nivele të papranueshme të variacionit në performancë, praktikë dhe rezultate;

- Teknologji dhe/ose dhënie kujdesit shëndetësor Jo-efektive ose Jo-efecientë (mbipërdorimi, keqpërdorimi ose nënpërdorimi) ;
- Humbje të mëdha financiare nga cilësia e ulët ;
- Kënaqësia e përdoruesit;
- Akses i pabarabartë në shërbimet shëndetësore;
- Listat e e gjata të pritjes ;
- Kosto e papërbalueshme për shoqërinë ;
- Humbje nga cilësia e ulët (Shaw. Ch & Kalo).

Të gjithë janë dakord që cilësia duhet të vlerësohet nga këndvështrimi i “bashkëpunëtorëve të mëdhenj” (si përdoruesit, ofruesit e kujdesit, financuesit, politikanët, dhe administratorët e shëndetit) dhe bazuar në kritere eksplicite të cilat reflektojnë vlerat thelbësore të një shoqërie. Elementët më të përmendur të një sistemi shëndetësor “të mirë” lidhen me konceptin e adoptuar nga Donabetiani të input (stuktura)- proces-output (rezultati).

Objektivi i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Qeverisë së Republikës së Kosovës ka qënë dhe është sigurimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm i kujdesit shëndetësor për popullatën, ku vëmendje e veçantë i është kushtuar aksesit ndaj shërbimeve, cilësisë, qëndrueshmërisë financiare si dhe efijencës dhe motivimit të ofruesve të shërbimit, të cilët janë konsideruar si indikatorët kryesorë që përcaktojnë nivelin e shërbimit.

2.4.2 Sistemi i cilësisë dhe kujdesi shëndetësor

Historia e mjekësisë është përpjekja që sa më shumë ti ndihmohet pacientit, përkatësisht që trajtimi sa më mirë të zbatohet, nga e cila mund të konkludohet se shqetësimi në lidhje me cilësinë e trajtimit dhe kujdesit shëndetësor, është e vjetër sa trajtimi i shërimit. Megjithatë, përkufizimi i kujdesit shëndetësor të cilësisë, si dhe matja e saj është ende një problem teorikë dhe praktikë. Lee dhe Jones (1933, sipas Ljubicic, Baklaic, Stevanovic dhe Pristas, 2006) kanë përcaktuar se mbrojtja cilësore shëndetësore si një lloj i mjekësisë të cilën e aplikojnë dhe reflektojnë edhe ekspertë të njohur të profesionit mjekësor në një kohë të caktuar ose periudhë të zhvillimit shoqëror, kulturor dhe zhvillimit mjekësorë në një shoqëri apo popullsi. Donabedian (1980 për Ljubicic et al., 2006), përshkruan dy modele të vlerësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor. I pari është një "model klasik klinikë" e cila është e kufizuar në vëzhgimin e cilësisë së punës së mjekut të veçantë në lidhje me një pacient të veçantë dhe rastin e tij të veçantë mjekësorë. E dyta është "modeli bashkëkohorë sociale-mjekësorë" që kërkon për të vlerësuar cilësinë e punës së ekipeve mjekësore dhe institucioneve në raport me dimensionet fizike, psikologjike dhe sociale të shëndetit të gjithë popullsisë.

Cilësia dhe siguria e shërbimeve shëndetësore nuk është koncept i ri në sistemin shëndetësor të Kosovës. Ajo ka zanafillën nga standardet dhe normativat e sistemit shëndetësorë që janë aplikuar që nga vitet e shtatëdhjeta të shekullit të kaluar. Që nga kjo kohë zbatimi i konceptit të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore në Kosovë pati ngritjet dhe rëniet duke reflektuar zhvillimet politike, ekonomike dhe sociale në vend (Strategjia e përmirësimit të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore 2012-2016 / Ministria e Shëndetësisë, Republika e Kosovës).

2.5 Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore në Kosovë

Tani për tani në Kosovë kemi një qasje universale për shërbimet shëndetësore, d.m.th. të gjithë kanë qasje në tërë spektrin e shërbimeve shëndetësore që ofrohen në institucionet publike shëndetësore në Kosovë. Duhet të theksohet se Ministria e Shëndetësisë sot në Kosovë paraqet interesat e pacientit dhe të punëtorëve shëndetësorë që kanë interesa të kundërta: pacienti që të marrë shërbime për çmim më të ulët, ndërsa mjeku të ofrojë sa më pak shërbime për shumë më të lartë.

Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende e posaçërisht për ato që kanë kaluar apo janë duke kaluar një periudhë të vështirë tranzicioni nga një sistem ku cilësia as nuk njihej, as nuk matej, dhe rrjedhimisht as nuk përmirësohej, në sistemin ku ofrimi i shërbimeve shëndetësore është më ndryshe. Një sistem shëndetësor i mirëfilltë nënkupton transparencë të plotë dhe llogarritshmëri për mënyrën dhe rezultatet e kujdesit dhe sistemit shëndetësorë në përgjithësi. Sistemi aktual shëndetësor kosovar sipas të gjitha Strategjive dhe hulumtimeve të publikuara nga akter të ndryshëm duke filluar nga Ministria e Shëndetësisë, UNDP, OBSH etj. thekson se ka mangësi në menaxhim i cili lejon gabime e rreziqe që shpeshherë mbesin të paidentifikuara, si rezultat i mungesës së kulturës së cilësisë dhe sigurisë, si dhe koordinimit të pamjaftueshëm brenda sistemit shëndetësor. Duhet të theksohet se organizimi i sistemit shëndetësor ka ndryshime të theksuara karshi reformave si dhe refleksion i ndryshimeve ekonomike-sociale si dhe kërkesës permanente nga ana e shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore. Duhet të theksohet se Ministria e Shëndetësisë gjatë tri viteve të fundit ka iniciuar reforma në krijimin e mekanizmave të cilat do synonin evitimin e praktikave të përdorura deri më tani duke përfshirë shfrytëzimin joefektiv dhe joefikas dhe këqpërdorimin e resurseve brenda sistemit.

Ministria e Shëndetësisë në Strategjinë e saj kombëtare, në drejtim të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore ka aprovuar parimet udhëheqëse siq janë:

- Përmirësimi i cilësisë do të jetë proces i vazhdueshëm,
- Cilësia do krijohet dhe zhvillohet në kontest vendor,
- Cilësia nuk do të jetë e qëndrueshme nëse nuk do të krijohen mekanizma të cilët do sigurojnë përmirësimin e vazhdueshëm të saj ,
- Cilësia dhe siguria nuk mund të përmirësohen me urdhër rastësisht, por përmes zbatimit të standardeve, normave dhe dokumenteve tjera relevante,
- Do të jetë e domosdoshme që krijimi i metodave dhe mjeteve për matjen dhe përmirësimin sistematik të cilësisë,
- Që në përmirësimin e cilësisë do të jetë e rëndësishme ndërhyrja në strukturë, rezultatet si dhe me theks të posaqëm në proces.

Që këto parime të jenë qëndrueshme dhe të kontrollueshme në si një prej objektivave kryesore në këtë Strategji të Ministrisë së Shëndetësisë është ngritja e kapaciteteve profesionale të Divizionit për cilësi, siguri, licencim dhe akreditim të shërbimeve shëndetësore. Pasi të realizohej kjo objektivë do fillonte të realizohej Objektiva e tretë strategjike e kësaj Strategjie kombëtare e cila do fillonte me procesin e akreditimit të institucioneve shëndetësore në Kosovë.

KAPITULLI III

CILËSIA AVANTAZH STRATEGJIK DHE KONKURUES NË OFRIMIN E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE DHE KËNAQËSISË SË KLIENTËVE

3.1 Cilësia në shëndetësi - dimension strategjik

Nga këndvështrimi i pacientit, kujdesi shëndetësor shpesh mendohet për sa i përket cilësisë dhe shprehet në pyetje të tilla si: "Cili spital ose ofrues do të më ofrojë kujdesin shëndetësor më të mirë të mundshëm?" Për shkak se pacientët janë të shqetësuar për marrjen e kujdesit me cilësi të lartë (dhe të përballeshme) cilësia e ofrimit të kujdesit duhet të jetë me rëndësi të veçantë për çdo institucion shëndetësorë, shumë institucione shëndetësore ndeshin reputacionin e tyre me cilësinë e kujdesit të tyre dhe jetët e pacientëve, në të vërtetë varen nga vet cilësia (Sara Melo & Matthias Beck). Spitalet, klinikat dhe ofruesit që konsiderohen të jenë me cilësi të lartë fitojnë reputacion “The best”, tërheqin pacientët, janë të suksesshëm në tërheqjen e stafit të lartë (duke përfshirë profesionistët klinikë dhe hulumtues), dhe fitojnë më shumë para, të cilat mund të pjesërisht të ri investohen në iniciativë të institucionet shëndetësorë. Cilësia dhe siguria e kujdesit shëndetësor në përputhje me standardet është detyrim profesional dhe etik i kujdesit shëndetësor. Qëllimi i menaxhimit të cilësisë është të masë, të vlerësojë dhe të përmirësojë ofrimin e kujdesit të pacientit, si dhe të zhvillojë e të implementojë programe efikase të menaxhimit të sëmundjes, protokolleve klinike dhe udhëzuesve mjekësorë.

Çfarë është cilësia? Disa njerëz pretendojnë të jenë në gjendje dhe të kanë njohuri për cilësinë kur bëhet fjalë për gjëra si automobilat, rrobat dhe shtëpitë. Por si e njohin cilësinë? Në automjetet, atributet që pronarët i shoqërojnë me cilësinë shkojnë nga

mënyra se si mbyllet dera në attribute më të matshme, siç është largësia e gazit. Për disa njerëz, perceptimi i cilësisë mund të jetë në emër të markës. Në lidhje me sendet e përditshme, shumica e njerëzve kanë përcaktuar grupet e tyre të attributeve dhe kriterëve të dëshirueshme për identifikimin e cilësisë në produktet dhe markat e tyre të preferuara. Instituti i Mjekësisë përcakton cilësinë si "shkalla në të cilën shërbimet shëndetësore për individët dhe popullatat rrisin gjasat për rezultatet e dëshiruara shëndetësore dhe janë në përputhje me njohuritë e tanishme profesionale". (Kathleen N. Lohr, ed. 1990). Ky përkufizim nënkupton që kujdesi shëndetësor pritet të ketë një përfitim neto për pacientin dhe se matja e cilësisë duhet të pasqyrojë kënaqësinë e pacientit, gjendjen shëndetësore dhe masat e cilësisë së jetës dhe pacientin/ndërveprimin e ofruesit dhe vendimmarrjes. Me këtë përkufizim, ofrimi i kujdesit "duhet të pasqyrojë përdorimin e duhur të njohurive më aktuale shkencore, klinike, teknike, ndërpersonale, manuale, njohëse, organizative, dhe elementët e menaxhimit të kujdesit shëndetësor. (Kathleen N. Lohr, ed).

3.2 Përcaktimi i vlerës në shëndetësi

Temat e zakonshme në cilësinë e kujdesit shëndetësor përfshijnë kryerjen e veprimeve të duhura në mënyrë korrekte dhe të vazhdueshme, ndërsa arritjen e rezultateve që konsiderohen të dëshirueshme për pacientin. Lidhur me këtë është koncepti i vlerës, që do të thotë se kujdesi i ofruar ishte në gjendje të përmirësonte shëndetin dhe mirëqenien e pacientit, rezultoi në një përvojë pozitive, dhe më e rëndësishmja, arriti rezultatet e dëshiruara. Sipas ekspertëve të strategjisë korporative, "matja rigoroze, e disiplinuar dhe përmirësimi i vlerës është mënyra më e mirë për të çuar përpara përparimin e sistemit" (Michael E. Porter, 2010). Ai gjithashtu pohon se kujdesi shëndetësor, edhe tani, mbetet kryesisht i pamatur dhe prandaj shpesh i keqkuptuar.

Shumica e pacientëve janë shumë të aftë për të siguruar opinione dhe vlerësimin e kujdesit dhe trajtimit të marra nga mjekët dhe stafi (Grol dhe Wensing, 2000). Rëndësia e informatave kthyesë nga pacientët mund të ndihmojë praktikën në zgjedhjen e aspekteve të kujdesit që ata me të vërtetë kanë nevojë për të përmirësuar. Megjithatë, kënaqësia nuk mund të shihet si i vetmi rezultat përkatës të kujdesit shëndetësor, sepse ndonjëherë pacientët mund të kenë kërkesa joreale, por shumica e kënaqësisë së pacientit mund të konsiderohet si një shtesë e vlefshme për masat e tjera të rezultateve (gjendjen shëndetësore, cilësinë e jetës apo kostos) cilësisë së kujdesit shëndetësor (Grol dhe Wensing, 2000).

Pacientët kanë tendencë për ta vlerësuar cilësinë e kujdesit shëndetësorë bazuar në atë se si ajo i plotëson nevojat e tyre specifike. Shumica e pacientëve e përcaktojnë cilësinë si përpjekje të mjekëve për të bërë çdo gjë të mundshme për pacientin e tij. Shpesh përqendrohen në efikasitetin, disponueshmërinë, marrëdhëniet ndërpersonale, vazhdimësinë dhe përmbajtjen për dimensionet më të rëndësishme të cilësisë (Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008). Megjithatë, është e rëndësishme të ceket se pacientët jo gjithmonë kuptojnë plotësisht nevojat e sistemit shëndetësor dhe nuk mund të vlerësojnë në mënyrë adekuate ekspertizën mjekësore.

Aktivitetet që i shtojnë vlerë vizitës së pacientit (të njohura si aktivitete me vlerë të shtuar) duhet të plotësojnë tre kriteret e mëposhtme (Mark Graban, 2012):

- Konsumatori (ose pacienti) duhet të jetë i gatshëm të paguajë për aktivitetin e deklaruar (ose aktiviteteve) që kryhen;
- Aktiviteti duhet në njëfarë mënyre të transformojë produktin ose shërbimin që sigurohet; dhe

- Aktiviteti duhet të plotësohet siç duhet në përpjekjen e parë dhe të arrihet rezultatet e dëshiruara.

Koncepti i vlerës së shtuar është një mënyrë për të matur se sa një aktivitet kontribuon drejtpërdrejt në një rezultat kundrejt asaj se sa është "jovlerë e shtuar", ose mbeturina. Aktivitetet e jovlerës së shtuar janë ato që nuk kontribuojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në rezultatin në mënyrë të konsiderueshme, përveçse ndoshta për ta vonuar të njëjtin. Proceset joefikase dhe rrjedhat e punës ndikojnë negativisht në rezultatet, ngadalësojnë rrjedhën e pacientit, mund të kushtojnë më shumë dhe të rezultojnë në një kënaqësi të dobët të pacientëve. Në disa juridiksione të tilla si ato me sigurim shëndetësor të financuar publikisht, pacientët nuk paguajnë direkt për shumë shërbime shëndetësore. Në këto raste, koncepti i "pagimit" për shërbimin përfshin metoda të tjera të racionimit të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë edhe pritjen. Vlera është gjithmonë e përcaktuar në lidhje me një klient - domethënë nëse klienti ka vlerë ose jo. Kur dikush mendon për "konsumatorin" në kujdesin shëndetësor, pacienti menjëherë vjen në mendje. Por ka shumë shembuj të tjerë të marrëdhënieve me klientët në kujdesin shëndetësor; në fakt, çdo ndërveprim që përfshin një kombinim të dhënësit të kujdesit shëndetësor, njësisë, departamentit ose shërbimit dhe shkëmbimin e informacionit, materialit dhe/ose pacientëve mund të konsiderohet si një marrëdhënie me klientët dhe të shqyrtohet si e tillë. Për shembull, departamenti i urgjencës mund të konsiderohet si një klient i departamentit të imazheve diagnostikuese kur pacientët e urgjencës dërgohen për rreze X ose teste të tjera të imazhit.

$$\text{Vlera} = (\text{Rezultatet}) / (\text{Kosto})$$

Sipas Porter, vlera mund të kuantifikohet nga raporti i rezultateve të dëshiruara në lidhje me koston (siç ilustruhet në ekuacionin e mëparshëm). Porter po ashtu thekson se

rezultatet janë specifike për gjendjen dhe shumëdimensionale - domethënë, asnjë rezultat i vetëm nuk mund të kapë rezultatet e kujdesit. Shpenzimet, sipas Porter, janë shuma e kostove për ciklin e plotë të kujdesit për gjendjen shëndetësore të pacientit dhe nuk janë kostoja e shërbimeve individuale të ofruara.

Standardizimi i shërbimeve

Standardizimi i shërbimeve është një garanci për cilësinë dhe për barazinë e shërbimeve. Vendosja e standardeve krijon kushtet që shërbimi i shëndetësor i caktuar të jepet në të njëjtën përmbajtje dhe cilësi në të gjithë pacientët që kanë nevojë për këtë shërbim. Për mendimin tonë është një nga drejtimit ku duhet të bëhet vlerësimi i zbatimit konkret të kujdesit shëndetësor të barabartë. Vendosja e standardeve të shërbimit është detyrë e strukturave shtetërore dhe zakonisht duhet të bëhet nga institucioni përgjegjës për shëndetësinë. Në mbrojtje të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe realizimit në mënyrë cilësore të kujdesit ndaj pacientit shërbejnë edhe mekanizmat e akreditimit. Procedurat e akreditimit janë procedura administrative të cilat, në mënyrë periodike, vlerësojnë shkallën e plotësimit nga ana e institucioneve shëndetësore të standardeve të paracaktuara dhe të publikuara. Në këtë mënyrë mekanizmi i akreditimit është një mënyrë se si shteti ushtron kontrollin e tij për një shërbim shëndetësor sa më cilësor.

Një element tjetër i ri dhe shumë i rëndësishëm në lidhje me sigurinë dhe mbrojtjen e shëndetit publik të popullatës, njëheri i ndërlidhur me cilësinë e shërbimit është ngritja dhe vendosja e rregullave të funksionimit të farmakovigjilencës si sektor përgjegjës për mbledhjen e informacionit mbi shfaqjen e riskut të barnave ndaj pacientëve ose ndaj shëndetit publik. Një tjetër mekanizëm që çon në rritjen e cilësisë së shërbimit shëndetësor është mekanizmi i edukimit në vazhdim. Profesionistët e kujdesit

shëndetësor janë të detyruar që t'i nënshtrohen edukimit të vazhdueshëm profesional të përditësuar, për të përmirësuar njohuritë dhe aftësitë e tyre profesionale, në mënyrë që të rrisin cilësinë e kujdesit shëndetësor.

3.3 Përcaktimi i dimensioneve të cilësisë së shërbimeve shëndetësore

Cilësia e produkteve dhe shërbimeve në çdo fushë të ekonomisë është me rëndësi të veçantë për plasmanin e tyre. Pra as sektori i shëndetësisë nuk mund të jetë përjashtim. Përkundrazi, cilësia e shërbimeve në këtë fushë, ka një ndikim të drejtpërdrejtë dhe të fortë në shëndetin e popullatës. Autorë dhe organizata të ndryshme kanë përkufizuar cilësinë e kujdesit shëndetësorë duke e shpjeguar atë si koncept që lidhet me një grup të caktuar dimensionesh. Gjatë analizës së literaturës janë identifikuar disa dimensione që janë të rëndësishme për secilin prej këtyre palëve të përfshira në kujdesin shëndetësor, pacientët, ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe menaxherët, megjithëse kanë të bëjnë me cilësinë e kujdesit të përgjithshëm shëndetësor po ashtu janë njësoj të zbatueshme edhe për cilësinë kujdesin primar shëndetësor (Piligrimiene & Buciuniene, 2008):

- Marrëdhëniet ndërnjerëzore;
- Përmbajtja;
- kompetenca teknike;
- disponueshmëria;
- siguria;
- vazhdimësia;
- efektiviteti;
- efikasiteti;
- rezultatet.

Dimensioni më i rëndësishëm, sidomos për pacientët janë marrëdhëniet ndërnjerëzore. Marrëdhëniet e mira ndërnjerëzore krijojnë besimin dhe besueshmërinë duke treguar respekt, besim, mirësi dhe ndjeshmëri (Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008). Komponentë të rëndësishëm të këtij dimensioni janë komunikimi dhe të dëgjuarit efektiv. Marrëdhëniet joadekuate ndërnjerëzore mund të zvogëlojnë efektivitetin e shërbimeve profesionale mjekësore. Është shumë e rëndësishme sjellja e stafit përgjegjës, që punonjësit të jenë të vullnetshëm dhe të gatshëm në ofrimin e shërbimeve, si dhe "ta vendosin pacientin në qendër të sistemit shëndetësor". Marrëdhëniet joadekuate ndërpersonale mund të zvogëlojnë efektivitetin e shërbimeve mjekësore profesionale.

Dimensionet e gjërave materiale ose aktiviteteve që lidhen me karakteristikat e shërbimeve shëndetësore e që nuk lidhen drejtpërdrejt me eficiencën e kujdesit shëndetësor, por mund të rrisin kënaqësinë e pacientit dhe gatishmërinë e tij për të trajtuar institucionin për shërbimet e nevojshme mjekësore të ardhshme (Piligrimiene & Buciuniene, 2008). Ky dimension i referohet pamjes fizike të institucioneve, stafit dhe materialeve, komoditetit, pastërtisë dhe privatësisë. Për më tepër, kompetenca i referohet shkathtësive, njohurive, aftësive dhe aktiviteteve të ofruesve të kujdesit shëndetësor, menaxherëve dhe personelit tjetër. Ky, është një dimension shumë i rëndësishëm për personelin e institucioneve shëndetësore dhe përfaqëson shkallën në të cilën ofruesit e kujdesit janë të trajnuar për të diagnostifikuar, trajtuar dhe komunikuar me pacientët. Pastaj vijon dimensionin e disponueshmërisë e cila paraqet lehtësinë me të cilën ofrohen shërbimet shëndetësore. Qasja mund të jetë fizike, financiare ose psikologjike, por të gjithë janë të drejtuara drejt qasjes apriori në shërbimet shëndetësore (Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008). Nga perspektiva e organizatës

disponueshmëria paraqet shkallën në të cilën shërbimet janë të organizuara në mënyrën më të përshtatshme për klientët dhe përfshin sisteme për regjistrimin për kontrolle mjekësore, kohën e pritjes etj.

Dimensioni i sigurisë përfshin në mënyrë të barabartë pacientët dhe kujdestarët. Tregon shkallën në të cilën shmangen proceset e kujdesit shëndetësor, parandalimi dhe zbutja e rezultateve të dëmshme ose lëndimeve që rrjedhin nga vetë procesi i kujdesit shëndetësor. Siguria e pacientit tradicionalisht është konsideruar si një dimension në mes të dimensioneve tjera, por gjithmonë e më shumë po shihet si një element kyç, shumë i rëndësishëm në vlerësimin total të cilësisë. Cilësia e kujdesit shëndetësor është një proces që nuk ka fillim dhe nuk ka fund, por është e vazhdueshme. Cilësia e kujdesit ofrohet për kërkesën e vazhdueshme, për të vlerësuar, për të përmirësuar dhe monitoruar (Al-Assaf dhe Sheik, 2004). Dimensioni i rezultatit është një element kyç në cilësinë e kujdesit shëndetësor. Tregon një ndryshim në gjendjen shëndetësore të pacientit që rezulton nga ofrimi i shërbimeve shëndetësore. Dy dimensionet e fundit janë në të njëjtën kohë më të rëndësishmet. Dimensioni i efikasitetit është shkalla në të cilën arrihen qëllimet e dëshiruara ndërsa efikasiteti i referohet sigurimit të kujdesit optimal për pacientët dhe komunitetin dhe gjenerimin e përfitimit më të madh nga burimet e disponueshme (Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008). Zgjedhja e dimensioneve për matjen e cilësisë së kujdesit është një çështje shumë e rëndësishme, pasi ka një influencë të madhe edhe në politikat e zgjedhura për ecurinë e kujdesit shëndetësor. Për këtë arsye një sfidë e rëndësishme për çdo vend është njohja e këtyre pritshmërive të ndryshme, por logjike dhe rekomandimi i tyre për një sistem shëndetësor të përgjegjshëm dhe të balancuar (Shaw & Kalo, 2002). Secili prej këtyre përbërësve përbëhet nga elementë të përcaktuar sasiore që mund të përcaktohen dhe maten

saktësisht (Al-Assaf, Sheik, 2004). Kështu, për matjen e strukturës, mund t'i kushtohet vëmendje mjekut në aspektin e cilësisë së trajnimit, përvojës dhe edukimit të tyre si pjesë e cilësisë së përgjithshme të sistemit shëndetësor në të cilin ata janë të punësuar. Pra, nëse elementët kryesorë të sistemit shëndetësor mund të përcaktohen dhe identifikohen, atëherë me siguri mund të zhvillohen standardet e cilësisë për këto elemente. Matjet e cilësisë po ashtu mund të arrihen përmes zhvillimit të treguesve kyç për të matur performancën aktuale të komponentëve të sistemit dhe për t'i krahasuar ato me standardet që ata dëshirojnë të arrijnë (Al-Assaf dhe Sheik, 2004). Nëse komponentët e sistemit përputhen me standardet e dëshiruara, atëherë sistemi konsiderohet i qëndrueshëm dhe cilësorë.

Hapi i parë për të arritur shërbime cilësore është për të arritur rezultate që pacientët i vlerësojnë, si për shembull: qasje e lehtë për kujdesin, komunikimi i mirë, pjesëmarrja në vendimmarrje, ndërsa ndërveprimi i parë i pacientit dhe stafit shëndetësor luan një rol të fuqishëm në formësimin e përvojave dhe emocioneve që ndjekin (Cheraghi-Sohi et al., 2008). Kur takimi i parë është pozitiv, hapet një cikël pozitiv ndërmjet përdoruesit dhe institucionit, në qoftë se takimi nuk shkon mirë, do të jetë e vështirë për të përmirësuar. Për më tepër, pacienti i kënaqur, ju tregon miqve dhe të afërmeve të tij për përvojat pozitive, pra fjala e gojës është ndoshta forca më e fuqishme e marketingut shëndetësor sepse njerëzit duan të dinë se si të tjerët e vlerësojnë kujdesin (Wensing et al., 1998). Po ashtu element tjetër është se shumica e tyre më shumë i beson vlerësimeve të familjes dhe miqve se çdo burim tjetër të dhënë, duke përfshirë edhe mendimin e ekspertit.

Për pacientët është veçanërisht e rëndësishme komunikimi dhe marrëdhënie që ata kanë me mjekun, gjë që në masë të madhe ndikon në vlerësimin e cilësisë së kujdesit

shëndetësor (Ruiz-Moral et al., 2005). Komunikimi i përsosur është vështirë për tu përshkruar, por ajo mund ti referohet aftësisë së kënaqësisë së tyre të përbashkët (Ruiz-morale et al., 2005). Kjo zakonisht do të thotë se stafi medicinal duhet të jenë i përkushtuar në punën e tyre, duke treguar respekt, ndjeshmëri dhe interes në idetë e pacientëve të tyre, për frikën e tyre, pritjet dhe mendimet. Stafi medicinal duhet të pranojë dëshirën për të marrë pjesë në vendim-marrjen me ta dhe të ofrojë atyre informata që i përshtaten në mënyrë të qartë nevojave të tyre. Komunikimi i mirë konsiderohet si një kompetencë thelbësore e stafit medicinal, komunikimi adekuat është i lidhur në mënyrë të pavarur me një gamë të gjerë të gjetjeve klinike, si rritjen e saktësisë diagnostike, më pak padi për shkak të trajtimit të gabuar, aderimin më të mirë të trajtimit terapeutik, kënaqësi më të madhe të stafit medicinal dhe pacientëve, përmirësime në përdorimin e burimeve shëndetësore (Ruiz-moral et al., 2005).

3.4 Supozimet themelore të koncepteve kyçe të cilësisë në shëndetësi

Disa nga nismat për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor të cilat janë kritikuar si menaxheriale janë shoqëruar me modelin industrial të menaxhimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor. Siç është diskutuar më parë, ky model ka të bëjë me filozoftë e menaxhimit që kanë evoluar në industritë japoneze nga viti 1950 e tutje. Sipas Deming (1986, fq.3),

Këto filozofi nxitën përmirësime cilësore të cilat do të çonin në uljen e kostos për shkak të rishikimit më të vogël, më pak gabimeve, më pak vonesa dhe përdorimit më të mirë të materialeve dhe burimeve. Së bashku, cilësi më të mirë dhe çmime më të ulëta (të mundshme përmes kostove më të ulëta) do t'u lejonin prodhuesve të kapnin tregun dhe ta mbajnë punën ekzistuese, ose edhe të krijojnë vende të reja pune (Deming, 1986, f.3).

Sipas kësaj logjike cilësia- në qendër të biznesit, cilësia e produkteve dhe shërbimeve dhe kënaqësia e klientit morën një rol qendror. Cilësia ishte perceptuar si "një përcaktues kritik i konkurrencës së fortë dhe qëndrueshmërisë afatgjatë të dy organizatave të shërbimit dhe prodhimit" (Zineldin, 2006, f.66). Për më tepër, kompanitë ndjenin nevojën për të adoptuar një përjasje të përqendruar tek konsumatorët, e cila do të siguronte aftësinë e tyre të vazhdueshme për të "kapur tregun". Siç Deming (1986, fq.5) theksoi, "[ai] konsumatori është pjesa më e rëndësishme e linjës së prodhimit. Cilësia duhet të synojë nevojat e konsumatorit, të tashmes dhe të ardhmes ". Sipas supozimit të cilësisë dhe logjikës me klientin në qendër ekzistojnë ë disa supozime të cilat përqendrohen në dy mjedise kyçe të ndërlidhura në lidhje me cilësinë dhe sjelljen e konsumatorit:

- Konsumatorët janë në gjendje të vlerësojnë cilësinë e produkteve, e cila nga ana tjetër nënkupton, se konsumatorët janë në gjendje të vlerësojnë cilësinë e produkteve dhe shërbimeve në lidhje me nevojat e tyre dhe, së dyti, se është e mundur të përcaktohet dhe të matet cilësia e produkteve dhe shërbimeve.

- Përmirësimi i cilësisë është një faktor kyç konkurrues që do të "kapë tregun", që nënkupton se kur zgjedh një produkt, konsumatorët do të blejnë një produkt me cilësi të lartë mes atyre me çmime të ngjashme.

Për të vlerësuar dhe përmirësuar cilësinë e kujdesit të dhënë, është jetësore që të investigohet cilësia e kujdesit në kontekstin e kujdesit shëndetësor. Kënaqësia e pacientit është një indikator i cilësisë së kujdesit shëndetësor. Zbatimi i iniciativave për përmirësimin e cilësisë do të çonte në rritjen e kërkesës për produkte dhe shërbime me cilësi më të lartë. Provat e industrisë sugjerojnë se zbatimi i iniciativave për përmirësimin e cilësisë shpesh ka shtyrë kërkesën, gjë që mund të tregojë se cilësia

mund të ofrojë një avantazh konkurrues. Në kujdesin shëndetësor, këto supozime janë më problematike, gjë që, nga ana tjetër, ngre pyetjen rreth përshtatshmërisë së modelit industrial të cilësisë për kujdesin shëndetësor.

3.5 Iniciativa cilësore në kujdesin shëndetësor

Në të dy sektorët privatë dhe publik, qëllimi i përmirësimit të efikasitetit ishte një faktor kyç për zbatimin e iniciativave për përmirësimin e cilësisë. Megjithatë, ndërsa qasjet e cilësisë janë adoptuar në mënyrë fleksibile, duke çuar në një situatë ku menaxherët rrallëherë janë detyruar të zbatojnë iniciativa specifike, kjo nuk ka qenë domosdoshmërisht në rastin e kujdesit shëndetësor. Në kontekstin e kujdesit shëndetësor, miratimi i iniciativave për përmirësimin e cilësisë shpesh ndodh në anën e pasme të mekanizmave të detyrueshëm. Porsa i përket iniciativave të gjera të përmirësimit të kujdesit shëndetësor, vende të tilla si Irani (Jaafaripooyan, 2011), Franca, Italia dhe Skocia (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2003, fq.59) kanë miratuar programe të detyrueshme të akreditimit të cilat spitalet duhej të adoptonin në përputhje me specifikimet e hartuara nga Ministrive përkatëse të shëndetësisë. Siç u diskutua më parë, disa iniciativa të fokusuara u zbatuan pas një modeli të detyrueshëm.

3.6 Matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit

Pacientët janë të aftë të vlerësojnë cilësinë e kujdesit

Ekzistojnë disa dëshmi se konsumatorët kanë më shumë vështirësi në vlerësimin e cilësisë së shërbimeve sesa për ato të produkteve (Asubonteng, McCleary dhe Swan, 1996, fq. 63). Sipas Grönroos (2007, fq 73), cilësia e një shërbimi ka dy dimensione: "dimensionin teknik ose të rezultatit" dhe "dimensionin funksional ose të lidhur me procesin". I pari i referohet cilësisë së shërbimit në një kuptim të rreptë dhe ky i fundit

përfshin aspekte se si shërbimi është shpërndarë (Grönroos, 2007, fq. 73). Në cilën do shërbim, cilësia teknike është më e vështirë të vlerësohet, kështu që klientët kryesorë mbështeten në aspekte të tjera, si besueshmëria ose ndjeshmëria, për të vlerësuar cilësinë e një shërbimi (Asubonteng, McCleary dhe Swan, 1996, fq. 63-64). Në përputhje me këtë, literatura mbi cilësinë e kujdesit shëndetësor ka theksuar faktorët e tillë si, komunikimi me pacientët (Andaleeb, 1998, fq.185); komoditeti (Hall, Elliott dhe Stiles, 1993, fq. 77); (Andaleeb, 1998, fq.185), përfshirë disponueshmërinë e parkimit të makinave për vizitorët dhe akomodimin për familjen e pacientit (Zineldin, 2006, fq. 86); Sjellja e stafit (Baltussen et al., 2002, fq.46) dhe qëndrimet si mirësjellja dhe sasia e kohës së kaluar me pacientë (Zineldin, 2006, f.86) si përcaktues të rëndësishëm të kënaqësisë së pacientit me cilësinë e kujdesit të siguar. Kjo tregon si Grönroos (2007, fq. 73) e quan dimensionin "funksional ose të lidhur me procesin" e cilësisë e që është me rëndësi të konsiderueshme në sektorin e kujdesit shëndetësor.

Kënaqësia e pacientit është një vlerë shumë e ndryshueshme. Në përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor, kriteri përfundimtar është shkalla në të cilën kujdesi shëndetësor arrin të përmbushë kërkesat (subjektive dhe objektive) të mirëqenies së pacientit. Po ashtu cilësia e perceptuar për shërbimin është një koncept që mat mospërputhjet në mes të pritshmërive dhe perceptimeve reale për një shërbim të caktuar (Parasuramn, 1985). Jo vetëm që janë të rëndësishëm rezultatet sa i përket përfitimeve apo kërkesave shëndetësore, por edhe mënyra si sigurohet kujdesi: disponueshmëria e kujdesit, organizimi i shërbimet, qëndrimet e ofruesve të kujdesit, si dhe edukimi dhe komunikimi i tyre me pacientin (Grol & Wensing, 2000).

Nuk ekziston një konsensus mbi përkufizimin e cilësisë ose se si duhet të matet ajo, në përgjithësi tek sistemet shëndetësore apo në shëndetin e popullatës ose individëve.

Kultura të ndryshme kanë vlera dhe prioritete të ndryshme; për disa, “e mirë” domethënë prezenca e stafit dhe ambienteve, për dikë domethënë barazi dhe përkujdesje, për disa të tjerë domethënë rezultate klinike optimale. Sfida për çdo vend është njohja e atyre rezultateve që kërkohen të arrihen për të pasur një sistem shëndetësor të përgjegjshëm dhe të ekuilibruar. Sidoqoftë, bazuar në një kornizë pune të propozuar nga një grup autorësh të shtabit të përgjithshëm të OBSH-s në vitin 2001, cilësia e sistemeve shëndetësor përcaktohet si niveli i arritjes të objektivave të brendshëm të vetë sistemit shëndetësor për përmirësimin dhe rritjen e përgjegjësisë ndaj kërkesave legjitime të popullatës.

Megjithatë, shumica e autorëve janë dakord se pacientët janë në gjendje që me besueshmëri të vlerësojnë komponentin njerëzorë të marrëdhënies mjek-pacient, e cila vjen me aftësitë e komunikimit të mjekut si dhe aftësisë për të fituar besimin e pacientit. Kënaqësia e pacientit-klientit është një marrëdhënie komplekse mes të nevojave të saj të identifikuara, pritjet nga ana e shërbimeve shëndetësore dhe përvojat me shërbimin që ata kanë marrë (Veronda MF, 2001). Kënaqëshmëria e pacientit me kujdesin shëndetësor është një komponentë esenciale në vlerësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor. (Murray H, Locker D, Mock D. 1997). Rëndësia e mendimit të pacientit dhe vizioni i tij për trajtim dhe kujdes në institucione shëndetësor është e njohur tashmë në të gjitha sistemet e zhvilluara të kujdesit shëndetësor (Abdal Kareem A, Aday LA, Walker G.M.Jr. 1996). Matja e kënaqëshmërisë ka një rol të rëndësishëm në identifikimin e problemeve në sektorin e shëndetësisë, dhe gjetjen e pikave kyçe për të cilat mund të lidhen këto probleme. Në këtë mënyrë, me një vlerësim objektiv të cilësisë, kënaqshmëria kontribuon në vlerësimin e përgjithshëm të funksionimit të sistemit dhe me përmbushjen e rolit të saj.

Cilësia e shërbimit shëndetësor shpesh është objekt debati nga përdoruesit, ofruesit dhe blerësit e tij, por shëndeti i përgjithshëm i popullatës varet më shumë nga cilësia e sistemit shëndetësor duke përfshirë situatën sociale, ekonomike, edukative dhe mjedisin kultural të një vendi. Por cilësia e kujdesit shëndetësor që i ofrohet popullatës varet shumë gjithashtu nga modelet e financimit, legjislacioni dhe mekanizma të tjerë rregullatorë. Sipas McGlynn (1997, për Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008) pacientët, ofruesit e shërbimeve dhe palët e tjera të përfshira në sistemin shëndetësor përcaktojnë cilësinë në mënyra të ndryshme që e bëjnë të nevojshme që të përdorin metoda të ndryshme për të vlerësuar cilësinë. Përkufizimi më gjerësisht i pranuar i kujdesit shëndetësor cilësor është prej Institutit të Mjekësisë në vitin 1990, ku cilësia është e përcaktuar si shkalla në të cilën shërbimet shëndetësore për individët dhe popullatatave të rrit gjasat e rezultateve shëndetësore të dëshiruara dhe janë në përputhje me njohurit aktuale profesionale (Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008). Pacientët kanë tendencë për ta vlerësuar cilësinë e kujdesit shëndetësorë të bazuar në atë se si ajo i plotëson nevojat e tyre specifike. Shumica e pacientëve e përcaktojnë cilësinë si përpjekje të mjekëve për të bërë çdo gjë të mundshme për pacientin e tij. Shpesh përqendrohen në efikasitetin, disponueshmërinë, marrëdhëniet ndërpersonale, vazhdimësinë dhe përmbajtjen si dimensionet më të rëndësishme të cilësisë (Piligrimiene dhe Buciuniene, 2008). Megjithatë, është e rëndësishme të ceket se pacientët jo gjithmonë kuptojnë plotësisht nevojat e sistemit shëndetësor dhe nuk mund të vlerësojnë në mënyrë adekuate ekspertizën mjekësore.

Përfshirja e pacientit është element i rëndësishëm jo vetëm nga një pikëpamje etike. Pacientët janë shumë më të informuar se më parë, shpesh mund të jenë partnerë të vërtetë në diskutimet mbi menaxhimin optimal të gjendjes së tyre. Shumë shpesh

pacientët e dinë, shumë më mirë se mjekët, rezultatet e dëshiruara të kujdesit, domethënë, pacientët kanë përvoja të rëndësishme me kujdesin e dhënë, dhe shprehja e këtyre përvojave mund të jenë shumë të vlefshme dhe edukative për stafin mjekësor (Grol dhe Wensing, 2000). Pacientët gjithashtu shpesh kanë pritje të ndryshme, aspirata dhe prioritetet të ndryshme. Për më tepër, pacientët zakonisht janë partnerë në krijimin e rezultateve të kujdesit pacientit.

Shumica e pacientëve janë shumë të aftë për të siguruar opinione dhe vlerësimin e kujdesit dhe trajtimit të marrë nga mjekët dhe stafi (Grol dhe Wensing, 2000). Rëndësia e informatave kthyes nga pacientët mund të ndihmojë praktikën në zgjedhjen e aspekteve të kujdesit që ata me të vërtetë kanë nevojë për të përmirësuar. Megjithatë, kënaqësia nuk mund të shihet si i vetmi rezultat përkatës të kujdesit shëndetësor, sepse ndonjëherë pacientët mund të kenë kërkesa joreale, por shumica e kënaqësisë së pacientit mund të konsiderohet si një shtesë e vlefshme për masat e tjera të rezultateve (gjendjen shëndetësore, cilësinë e jetës apo kostos së) cilësisë së kujdesit shëndetësor (Grol dhe Wensing, 2000). Informacioni më i mirë mund të kontribuojë në mënyrë të konsiderueshme në cilësinë dhe efektivitetin e shërbimeve dhe sigurimin e vazhdimësisë të kujdesit shëndetësor, bile më shumë se këshillat me komunikim verbal (Aizpuru BF.1993).

Informacionet në lidhje me vlerësimet e pacientëve për kujdesin zakonisht janë të ngritura (me shkrim), me pyetësorët e plotësuar nga pacientët apo pyetësorëve të dërguar në postë elektronike. Sondazhet në mesin e pacientëve është një nga metodat më të njohura për sigurimin e cilësisë në kujdesin shëndetësor, megjithëse përdorimi i tij i përhapur në kujdesin parësor është ende në fillim (Grol dhe Wensing, 2000). Megjithatë, vlerësimi i kënaqësisë nga ana pacientit ka edhe të metat e saj. Para së

gjithash, ka pyetje në ato pyetësor që janë pak të kuptueshëm konceptet që përfshijnë aspektet kryesore (afektive dhe njohëse), pastaj se si ato lidhen me nevojat dhe pritjet dhe çfarë do të thotë vlerësimi pozitiv ose negativ në kujdesin shëndetësor në nivelin parësor. Edhe pse vlerësimi i pacientëve mund të jep një imazh të caktuar të cilësisë së përgjithshme të kujdesit shëndetësor, ai prapë ka mangësi të caktuara lidhur me përdorimin e tyre (Grol dhe Wensing, 2000):

- Shumë nga instrumentet e përdorura për të matur kënaqësinë apo vlerësimin kujdesin metrikë janë të pamjaftueshme dhe nuk janë verifikuar në mënyrë empirike;
- Instrumentet e tilla janë zhvilluar zakonisht nga ekspertë (shkencëtarë apo mjekët), dhe zëri i pacientëve (prioritetet e tyre, ka nevojë) shpesh nuk janë të përfshira në instrumentet procesin e zhvillimit;
- Mjetet e zhvilluara brenda një grupi të pacientëve (grupi kulturor, rajoni, vendi) nuk është domosdoshmërisht i përshtatshëm për përdorim në grupin e dytë të pacientëve. Megjithatë instrumentet janë transferuar në mënyrë jo kritike nga një në një tjetër mjedis të pa kontrolluar nëse përgjigjet e pacientëve të grupit të dytë të njëjtin kuptim;
- Mbetet e paqartë nëse pacientët japin një notë të mirë të ofrimit të kujdesit në praktikën e përgjithshme mjekësore. Është supozuar se ata janë në gjendje për të dhënë gjykim të mirë të aspekteve të ndryshme të kujdesit, por në realitet ndoshta nuk e kupton se disa nga vendimet ose proceset themelore në kujdesin shëndetësor.

Teoritë mbi vlerësimin e cilësisë

Teoritë më të mëdha mbi vlerësimin e cilësisë e kënaqësisë së pacientit janë publikuar në vitin 1980, ndërsa në vitin 2006 Howthone bëri sintetizimin e teorive të cilat ishin një rishikim i këtyre vlerësimeve:

1. Teoria e mospërputhjeve dhe transregresionit nga Fox dhe Stroms (1981), që mbronte iden se duke qenë se orientimet e pacientëve për shërbimet shëndetësore ndryshojnë, ashtu edhe kushtet e atyre që ofrojnë shërbime shëndetësore; nëse orientimet e pacientëve si dhe kushtet e ofruara përputhen, atëherë edhe pacientët janë të kënaqur, ndërsa kur ato nuk përputhen ata janë të pakënaqur.
2. Teoria e Pritëshmërisë-Vlerës e Linder-Pelz (1982), e cila merrte si të vërtetuar se kënaqësia është një lidhje ndërmjet bindjeve dhe vlerave personale për kujdesin dhe pritëshmërit paraprake për të. Këta identifikuan rëndësinë e lidhjes në mes të pritëshmërisë dhe variacioneve në vlerësimin e kënaqësisë duke ofruar një perkufizim operacional mbi kënaqësin.
3. Teoria e Ware et al. (1983) e mbështetur mbi përcaktuesit dhe përbërësit, e cila paraqet kënaqësinë e pacientit si funksion i përgjigjeve subjektive të pacientit ndaj eksperiencave shëndetësore, e cila ndikohet nga pritëshmëritë dhe preferencat personale.
4. Teoria e Modeleve të Shumëfishta nga Fitzpatrick dhe Hopkins (1983), ku pritëshmëritë ndërmjetësohen nga faktoret social, duke marrë për bazë reflektimin e qëllimeve shëndetësore të pacientit dhe shkallën në të cilën sëmundja apo shërbimi shëndetësor kanë cenuar ndjenjat personale të pacientit.

5. Teoria e Donabedian (1980) e cilësisë së kujdesit shëndetësor, e cila njëheri është një prej teorive më të cituara në shumë hulumtime dhe punime shkencore, thekson se kënaqësia është rezultat parësor i procesit ndërpersonal të kujdesit. Këtë e argumenton se shprehja e kënaqësisë apo moskënaqësisë është një gjykim i pacientit mbi cilësinë e shërbimit në të gjitha aspektet e saj, por me theks të posaqëm në raport me përbërsit ndërnjerëzor të kujdesit.

Kur flasim për cilësinë e kujdesit zakonisht mbështetemi në rezultatet pritëshmërit si prova të cilësisë, por cilësia ka një dimension tjetër, dhe kjo është shërbimi. Pritëshmëritë reflektohen në dëshirat e konsumatorëve të cilët besojnë në një mënyrë të caktuar se si duhet të ofrohet një shërbim. Perceptimet i referohen vlerësimit të konsumatorit mbi shërbimin e marrë, e parë si një kombinim ndërmjet çfarë është ofruar dhe si është ofruar (Lim & Lang, 2000). Shërbimi i referohet asaj që ne mund të ndiejmë, kuptojmë dhe vlerësojmë personalisht. Pacientët besojnë se për shkak të përvojës së mjekut ata do të fitojnë ekspertizë, dmth e nënkuptojnë, por përcaktojnë cilësinë e kujdesit në bazë të asaj që kuptojnë dhe vlerësojnë. Në fakt shumica e pacientëve nuk janë të kualifikuar për të vlerësuar kompetencën e punës së mjekëve (Kenagy, Berwick dhe Breg, 1999). Shërbimi është i lidhur me atë që ne mund të ndjenim, të kuptojnë dhe të vlerësojmë personalisht.

3.7 Siguria e pacientit si një dimension kyç i cilësisë së kujdesit

Ndërgjegjësimi për gabimet mjekësore dhe dëmtimi i pacientëve mund të gjurmohen në rrënjët e mjekësisë, duke qenë një veçori e mjekësisë kur kurimi shpesh shoqërohet me rrezikun e dëmit (Vincent, 2006). Pjesërisht, kjo është për shkak të faktit se pasiguria është një tipar kryesor i mjekësisë dhe se mjekët mund të jenë të gabueshëm (Esmail, 2006).

Përkundër kësaj lidhjeje ndërmjet ndërhyrjes mjekësore dhe rrezikut, njohja e gjerë e gabimeve mjekësore dhe dëmtimi i pacientit si një çështje e politikës publike është relativisht e kohëve të fundit. Në mënyrë të veçantë, gjatë dy dekadave të fundit, siguria e pacientit tërhoqi vëmendje të konsiderueshme nga hulumtuesit, politikanët, qeveritë dhe publiku i gjerë në vendet e zhvilluara si Shtetet e Bashkuara, Mbretëria e Bashkuar, Kanadaja dhe Australia si dhe vendet evropiane si Holanda, Gjermania, Spanja dhe Portugalia. Si rezultat, është argumentuar se gabimet shkuan nga të qenit një "çështje private dhe individuale" gjer te ajo "publike dhe kolektive" (Bosk, 1986). Krahas dimensioneve të tjera të tilla si efektiviteti, efienca, qasja në kujdes, ekuiteti, përshtatshmëria, kohëzgjatja, pranueshmëria, reagimi, kënaqësia, përmirësimi i shëndetit dhe vazhdimësia (Legido-Quigley et al., 2008), siguria e pacientit konsiderohet tani një nga *Aspektet e cilësisë së kujdesit*. Përkundër kësaj, një nga librat kryesorë në terren sugjeron që nuk ka një definicion të qartë dhe të pranuar gjerësisht për sigurinë e pacientit (Vincent, 2006). Si një dimension i cilësisë, koncept i cili është problematik për t'u definuar, siguria e pacientit është e vështirë të ndahet nga menaxhimi i rrezikut ose sigurimi i cilësisë, pasi që të dyja këto priren të jenë të lidhura ngushtë në praktikën mjekësore. Prandaj, siguria e pacientit është përcaktuar ndryshe si "shmangia, parandalimi dhe përmirësimi i rezultateve të dëmshme ose lëndimeve që rrjedhin nga procesi i kujdesit shëndetësor" (Vincent, 2006, f.14) ose "si parandalim i gabimeve dhe efekteve negative për pacientët që lidhen me kujdesin shëndetësor". (Organizata Botërore e Shëndetësisë në Evropë, pa datë).

Kur kemi të pranishëm një kontroll rigoroze mbi cilësinë e shërbimit është thelbësore dhe pasqyron përgjegjësitë për shfrytëzuesit, sepse shfrytëzuesit e shërbimeve në institucionet shëndetësore janë grupi më i ndjeshëm i popullsisë – Pacientët. Pikërisht

kujdesi për cilësinë e shërbimeve në këtë fushë ka rezultuar me shprehjen e interesit në zbatimin e standardeve në fushën e menaxhimit të cilësisë në organizatat shëndetësore. Këto qasje mbi cilësinë dhe kënaqësinë e pacientëve-klientëve, tregojnë rëndësinë e matjes dhe vlerësimit të tyre edhe në sektorin shëndetësor në Kosovë, përkundër faktit që Ministria e Shëndetësisë dhe qeveria e Republikës së Kosovës kanë aprovuar disa Strategji kombëtare për cilësinë e shërbimit shëndetësorë dhe vlerësimin e tyre, mos realizimi në tërësi i elementeve të përcaktuara si akreditimi dhe certifikimi mund të ndikojë negativisht në përmbushjen e ofrimit të shërbimeve cilësore shëndetësore .

KAPITULLI IV

METODOLOGJIA E STUDIMIT

Hyrje

Pas rishikimit të literaturës dhe ndërtimit të modelit konceptual, në këtë kre shpjegohet metodologjia e përdorur për t'i dhënë përgjigje pyetjeve kërkimore të këtij studimi. Kreu nis me shpjegimin e përjasjes dhe natyrës së studimit dhe arsytet e përzgjedhjes dhe pastaj shpjegon popullatën dhe zgjedhjen e mostrës që merr pjesë në studim. Më tej vërtetohet besueshmëria dhe vlefshmëria e kërkimit dhe instrumenteve të përdorur. Në çështjen e pestë paraqitet testimi i pyetësorit dhe në çështjen e gjashtë detajohet procedura e mbledhjes së të dhënave. Çështja e shtatë shpjegon teknikën e përdorur për analizën e rezultateve. Së fundmi, parashtrohen disa konsiderata etike të cilat janë marrë parasysh gjatë gjithë studimit.

4.1 Natyra e studimit

Metodologjia e përdorur në këtë punim do jetë në funksion të realizimit të qëllimit të studimit. Sipas Leedy & Ormrod (2001) përzgjedhja do të varet nga natyra e të dhënave, problematika që trajton studimi, vendndodhja e të dhënave, marrja dhe qëllimi i përdorimit të tyre. Përjasja e përdorur në këtë studim do jetë mikse, duke kombinuar kërkimin sasior me atë cilësor e cila nuk konsiston thjesht në mbledhjen dhe analizimin e këtyre dy kategorive të dhënave (cilësore dhe sasiore) por përfshin përdorimin e tyre në vazhdimësi duke rritur kështu fuqinë e një studimi krahasuar me studimet që përdorin vetëm një përjasje (Creswell & Plano Clark, 2007 cituar tek Creswell, 2009). Nisur nga ky arsyetim, këto dy përjasje janë kombinuar në këtë punim, për të shmangur disavantazhet e tyre dhe për të përfituar nga avantazhet.

Në këtë studim, metoda sasiore konsiston në përdorimin e pyetësorit si instrument që siguron të dhëna lidhur me perceptimet e pacientëve dhe stafit shëndetësorë dhe administrativ (në nivele të ndryshme) në disa institucione shëndetësore në rajonin e Pejës dhe më gjerë. Pyetësorët ndihmojnë në përkthimin e objektivave të studimit në hipoteza dhe pyetje kërkimore të cilat motivojnë të anketuarit të japin informacionin që kërkohet (Kombo & Tromp, 2006). Karakteristikat e këtyre instrumentave të përdorur në studim si dhe strategjitë e përdorura për të rritur besueshmërinë dhe vlefshmërinë e studimit janë trajtuar më poshtë. Pra ky studim kombinon të dhënat primare me ato sekondare. Të dhënat sekondare janë rezultat i rishikimit dhe i analizës së thelluar të një literature që lidhet specifikisht me identifikimin e implementimit të standardeve të menaxhimit të cilësisë në institucionet publike dhe private në Kosovë (rajonin e Pejës dhe më gjerë), dhe si rezultat i kërkimeve të ndryshme online, studimeve të ngjashme të vendeve fqinje – Kroacisë, etj, si dhe nga një sërë burimesh të tjera duke shërbyer për të plotësuar pjesën teorike të punimit.

Modeli konceptual i studimit është tërësia e koncepteve, supozimeve, pritshmërive, besimeve dhe teorive që mbështesin dhe japin informacion mbi kërkimin (Maxwell, 2005). Po ashtu modeli konceptual i studimit lidhet ngushtë edhe me strukturën dhe objektivat e tij. Kështu në thelb të tij qëndron fakti i sistemit të menaxhimit cilësor si dhe aplikimi i tij në institucionet shëndetësore në rajonin e Pejës. Ky model konsiston në përcaktimin e qartë të qëllimit, objektivave që do të arrijë ky studim, analizës e cila përfshin gjetjet statistikore të dy pyetësorëve të përzgjedhur për këtë rast por edhe mbështetjen e literaturës përkatëse. Ndërtimi i modelit konceptual në këtë studim është mbështetur në një rishikim të gjerë të literaturës. Sondazhet dhe studimet e ndryshme janë gjetur duke kërkuar në motorin e kërkimit Google, i cili ka qenë orientues edhe për

gjetjen e literaturës bazë (librave të disponueshëm në format elektronik-pdf ose përmes ueb faqes amazon.com). Artikujt e rëndësishëm studimorë janë gjetur nëpërmjet database-ve elektronike të dhënave si Emerald, EBSCO, ERIC, Deepdyve, Questia, Business Ethics, Research Gate, Academia.edu dhe Google scholar. Këto burime kanë shërbyer për gjetjen e kapitujve, artikujve dhe studimeve të ndryshme.

Për vetë natyrën e studimit, fusha e kërkimit është orientuar kryesisht në studime të disiplinës së sistemit të menaxhimit të cilësisë, por e ndërthurur edhe me artikuj të disiplinave (Menaxhimi i cilësisë totale -MTC dhe sigurimi i cilësisë -QA). Pjesa e rëndësishme e kësaj analize është vërtetimi apo jo i hipotezave dhe pyetjeve kërkimore të studimit duke ju referuar variablave të përcaktuar të lidhura me çështjet bazë të realizimit të këtij studimi. Përfundimet dhe Rekomandimet janë dy elementë po aq të rëndësishëm të studimit pasi jo vetëm plotësojnë studimin për arritjen e qëllimit të tij por shërbejnë si literaturë apo referencë edhe për studime të tjera të ngjashme me të.

Metoda e mbledhjes së të dhënave.

Instrumentet që përdorin shpesh studiuesit apo kërkuesit shkencor janë në dobi të qëllimit të realizimit të tij përfshirë këtu faktorë të tjerë si faktori kohë, faktori financiar etj.

Tashmë ne njohim disa lloj instrumentesh që mund të përdoren për kërkime të tilla shkencore nga të cilat mund të përmendim, intervistat me pyetësorë, fokus grupet, intervistat e strukturuar apo gjysmë të strukturuar etj. Në këtë studim është gjykuar si më e përshtatshme përdorimi i pyetësorit në mënyrë që të sigurohej një informacion i plotë lidhur me implementimin e SMC në sistemin shëndetësor të rajonit të Pejës. Theksojmë se studimi është realizuar në dy formate pyetësorësh, një pyetësor për

pacientët dhe tjetri për stafin mjekësor- administrativ. Metodat e arritjes së qëllimit të studimit janë nga më të ndryshmet duke parë dhe duke vlerësuar njëkohësisht avantazhet dhe disavantazhet e secilës prej tyre. Përdorimi i pyetësorëve si metodë për mbledhjen e të dhënave në këtë material mundëson jo vetëm analizimin e lidhjeve të mundshme ndërmjet variablave të marrë në studim, por jep mundësinë edhe të disa rekomandimeve lidhur me përmirësimin e standardeve të shërbimit mjekësor në të ardhmen.

Sipas Khandwalla (1976) nuk ka një metodë kërkimi që mund të konsiderohet si më e mira. Secila nga metodat e përdorura shoqërohet me avantazhet dhe disavantazhet e veta. Mundësia për të përgjithësuar të dhënat duke përdorur metodën e kërkimit me pyetësorë vlerësohet e lartë në rastin e pyetësorëve. Si rezultat, përdorimi i pyetësorëve si metodë për mbledhjen e të dhënave në këtë punim mundëson (1) analizimin e lidhjeve të mundshme ndërmjet variablave të marrë në studim, dhe (2) tenton për të “plotësuar” studimet e mëparshme që kanë përdorur kryesisht metoda cilësore, si psh analiza situatash.

4.2 Popullata dhe kampioni – përcaktimi i mostrës

Njësia e analizës përbëhet nga dy shtylla kryesore ku secili prej tyre ka në qendër individët dhe respektivisht *pacientët* që kanë marrë shërbimin shëndetësor në spitalet publike dhe private në rajonin e Pejës dhe më gjerë si dhe nga *punonjësit* e këtyre spitaleve të cilët kanë funksione të ndryshme pune si mjek, infermier, menaxher, teknik, laborantë etj. Të anketuarit (pacientët) të cilët morën pjesë në këtë hulumtim u përzgjedhën rastësisht duke qenë të gjinive, moshave dhe profesioneve të ndryshëm me qëllim që kampioni të ishte sa më përfaqësues.

Intervistat u kryen nëpërmjet ballafaqimit ballë për ballë me të intervistuarit para ambienteve spitalore dhe institucioneve shëndetësorë. Kusht për përzgjedhjen e të anketuarve ishte mosha mbi 18 vjet dhe marrja e shërbimit shëndetësorë. Kjo i bënte që ata të kishin një opinion më të qartë në lidhje me opinionin e tyre për cilësinë e shërbimit të ofruar nga institucionet shëndetësorë. Të intervistuarit janë zgjedhur në mënyrë të rastësishme.

Teknikat e përzgjedhjes së kampionit

Dy teknikat bazë të përzgjedhjes së kampionit janë: e rastësishme (probabilitare) dhe jo e rastësishme (jo probabilitare) (Saunders et al., 2009; Koerber & McMicheal, 2008; Onwuegbuzie & Collins, 2007). Kampionët probabilitarë përdoren zakonisht në rastet e sondazheve dhe eksperimenteve, kur disponohet një listë e popullatës. Probabiliteti i përzgjedhjes së çdo rasti nga popullata njihet dhe zakonisht është i barabartë për të gjitha rastet. Në rastin e kampionit jo probabilitar nuk njihet probabiliteti i përzgjedhjes së çdo rasti nga popullata. Megjithatë kampionët jo probabilitar përbëjnë një sfidë për variabilitetin dhe njëanshmërinë e rezultateve, kur përdoret për studime eksploruese dhe punohet me mostra të vogla gjykimi më mirë iu lihet ekspertëve se sa rastësisë (Singleton & Straits, 2010). Higginbottom (2004, faqe 18), Saunders (2009, fq. 233), Koerber & McMicheal (2008, fq. 461) sugjerojnë se minimizimi i paragjyqimeve dhe maksimizimi i përgjithësimeve nuk janë qëllimet kryesore të kërkimit eksplorues, për këtë arsye teknikat e përdorura për përzgjedhjen e kampionit duhet të jenë jo probabilitare dhe kjo është edhe teknika e përzgjedhjes së kampionit që përdoret në këtë studim.

Përzgjedhja e kampionit mund të realizohet në mënyra të ndryshme por dy janë teknikat bazë përzgjedhja jo probabilitare dhe përzgjedhja probabilitare ku secila prej tyre ka specifikat dhe llojet e veta. Sipas (C.R.Kothari, Research methodology) ka disa kritere që duhen pasur në konsideratë dhe që lidhen drejtpërdrejt me përzgjedhjen e kampionit. Këto kritere janë:

- Të jetë sa më përfaqësues;
- Të përzgjidhet në atë mënyrë që gabimi në rezultat të jetë sa më i vogël;
- Të jetë i përshtatshëm për llojin e studimit;
- Të jetë i përshtatshëm në lidhje me analizën që do të realizohet;
- Rezultatet e tij të mund të përdoren edhe për studime të tjera me të njëjtin nivel besimi.

Nga ana tjetër elementët që duhen mbajtur parasysh në lidhje me përcaktimin e kampionit i referohen disa elementëve kryesorë të tij të cilat përfshijnë: njësitë që do marrin pjesë në popullim, shtrirjen kohore, vendin /lokalitetin dhe elementët e kampionit.

Përzgjedhja e teknikës së kampionit varet nga natyra e studimit, pyetjet kërkimore dhe qëllimi i studimit (Saunders et al., 2009; Koerber & McMicheal, 2008; Singleton & Straits, 204). Teknika e përdorur në këtë studim është ajo e kampionit në mënyrë joprobabilitare, pra e qëllimshme duke u fokusuar vetëm në përzgjedhjen rastësore të pacientëve në rastin e kampionit për pyetësin e pacientëve dhe më tepër se 10% të stafit të spitaleve në rastin e pyetësit të punonjësve bazuar në numrin total të tyre për secilin nga kategoritë e tyre (mjek, infermierë, staf teknik dhe menaxherial) me qëllim përzgjedhjen e duhur për marrjen e një informacioni të saktë, të plotë dhe të besueshëm. Në marrjen e mostrave të qëllimshme, parimi më i rëndësishëm udhëzues është

variacioni maksimal; që do të thotë se studiuesi duhet të kërkojë të përfshijë në studim individë të cilët përfaqësojnë shumë llojshmëri të perspektivave të mundshme në përputhje me qëllimin e studimit (Higginbottom, 2004, fq. 17). Në këtë linjë, problemi më i dukshëm në kampionin e qëllimshëm do të ishte nëse individët e marrë në studim nuk janë aq të ndryshëm sa për të përfaqësuar diferencat e mundshme që ekzistojnë në një popullatë ose fenomen që po studiohet.

Madhësia e kampionit

Duke ditur se qëllimi i studimit synon të hedhë dritë mbi një fenomen, individ apo ngjarje, atëherë studiuesi zgjedh qëllimisht individë, grupe, dhe situata për të maksimizuar njohuritë dhe të kuptuarit e fenomenit (Onwuegbuzie & Collins, 2007, fq. 288). Madhësia e mostrës varet nga pyetja e kërkimit dhe objektivat dhe veçanërisht nga ajo që studiuesi kërkon të tregojë, në mënyrë që studimi të jetë i dobishëm, të ketë besueshmëri dhe vlefshmëri lidhur me rezultatet e tij.

Kur përzgjedhja e kampionit bëhet duke përdorur teknikën jo probabilitare të qëllimshme, një rregull i përgjithshëm në lidhje me madhësinë e mostrës është se cilësia është më e rëndësishme se sasia (Koerber & McMichael, 2008). Kur përdoren kampione jo probabilitare të qëllimshme, nëse studiuesi përfshin në kërkim një kampion që është i diversifikuar mjaftueshëm, pra duke e përfaqësuar mirë popullatën për të përmbushur sa më mirë qëllimin e studimit, madhësia e kampionit në përgjithësi mund të konsiderohet e përshtatshme (Koerber & McMichael, 2008, fq. 468, Saunderson et al., 2009). Singleton & Straits (2010) pohojnë se meqë përdorim kampion probabilitar të qëllimshëm, për shkak të natyrës eksploruese të studimit dhe meqë objektivi i studimit është të eksplorojë më shumë për një fenomen të caktuar dhe jo për të përgjithësuar tek

e gjithë popullata, atëherë një përqindje e vogël e popullatës së studiuar është e pranueshme.

Megjithatë autorë të ndryshëm kanë konsiderata të ndryshme lidhur me madhësinë e kampionit. Kështu referuar (Field 2005) mjaftojnë 10-15 pyetje për çdo variabël, rregull i cili vlen edhe për ndërtimin e ekuacionit të regresionit linear ashtu edhe për analizën faktoriale. Referuan (Green 1991) kushti që duhet të plotësojë N (numri i kampionit) është: $N > (50+8k)$ kur testohet R^2 (koeficienti i përcaktueshmërisë) ku k- është numri i variablave, që në rastin tonë është $k=10$ dhe kampioni do të ishte $N=50+8*10=130$ ndërkohë që kampioni ynë është 320 anketues, pra më i madh se 130. Kampioni i zgjedhur për pacientët që marrin shërbime mjekësore në spitale publike përfundimisht ka intervistat e 320 pacientëve të moshave, gjinisë dhe profesioneve të ndryshme. Kampioni i stafit mjekësor përbëhet nga 80 intervista të cilat janë zhvilluar në ambientet e spitaleve publike në rajonin e Pejës. Duke ditur se numri i përgjithshëm i stafit mjekësor (mjek&infirmierë) duke shtuar këtu edhe punonjësit e tjerë mbështetës dhe menaxherial sipas të dhënave të Statistikat e Shëndetësisë 2015 (Agjencia e Statistikave të Kosovës), llogaritet të jetë 644. Ndërkohë zakonisht për popullime të vogla zakonisht mund t'i referohemi faktit se 10% e tij mund të shërbejë si kampion përfaqësues për të nxjerrë rezultatet të qëndrueshme. Ndërkohë kampioni ynë për punonjësit e spitaleve ka më tepër se 10% të tyre. Analiza e pyetësorëve për kampionin e zgjedhur është realizuar me një nivel besueshmërisë 95% dhe marzha i gabimit $\pm 3\%$.

4.3 Instrumentet e kërimit parësor

Ky punim zë fill në një problem të caktuar dhe të ri deri tani i pa hulumtuar ku me ndihmën e analizës dhe hipotezave do të dalin edhe rezultatet e reja. Të dhënat primare janë siguruar nëpërmjet analizës së dy pyetësorëve të marur si model nga teza e

disertacionit me temë *“Considering Total Quality Management in Ministry of Health Hospitals in Jeddah City in Saudi Arabia” nga autori Amal Mohammed Sheikh Damanhour, 2002*, specifike njëri për pacientët dhe tjetri për stafin mjekësor. Përse u përdor vrojtimi me pyetësor? Tashmë dihet se një nga strategjitë e kërkimit të përdorura për realizimin e studimeve është ajo e mbështetur në vrojtime me pyetësorë e cila është një nga teknikat e mbledhjes së të dhënave që i përkasin kësaj strategjie. Përdorimi i strategjisë së vroitimit mundëson mbledhjen dhe analizën sasiore të dhënave duke përdorur statistikën përshkruese dhe atë analitike. Gjithashtu të dhënat e mbledhura nëpërmjet kësaj strategjie mund të përdoren për të sugjeruar arsyetime të mundshme për lidhje të caktuara ndërmjet variablave dhe për të krijuar modele të këtyre lidhjeve.

Pyetësi i pacientëve përbëhet nga dy seksione: Seksioni i parë siguron informacion lidhur me treguesit e përgjithshëm si emri i spitalit ku ka marrë shërbimet mjekësore, mosha, gjinia dhe nivelin arsimor. Pjesa e dytë trajton çështjet kryesore të menaxhimit dhe cilësisë së shërbimeve të ndara në pjesë të posaçme. Pjesa A- trajton çështjet të cilat matin cilësinë e shërbimeve të ofruara të trajtuara nga alternative të tilla si: Ofrimin e kujdesit shëndetësor profesional (diagnoza dhe trajtimi), Kënaqësia e pacientëve për përmbushjen e nevojave të tyre, Ofrimin e shërbimeve shëndetësore me kosto të ulët etj.

Pjesa B- trajton Shërbimet menaxheriale me elementët kryesorë të tij si: Procedurat lehta të pranimi për pacientin e ri, Gjetja e shpejtë të dosjes tuaj mjekësore dhe Menaxhimi i saktë i të dhënave tuaja mjekësore. Pyetjet e trajtuara matin sipas shkallës Likert (1- Shumë e mirë deri në 5- shumë e dobët).

Pjesë e rëndësishme e këtij janë edhe çështjet që lidhen me shërbimet mjekësore si dhe shërbimet mjekësore mbështetëse gjithashtu. Pyetësi ka trajtuar dhe matur me disa

pyetje kryesore edhe shërbimet e mirëmbajtjes të lidhura kryesisht me organizimi i institucionit shëndetësor, ushqimin, higjienën, infrastrukturën e spitalit dhe ambienteve të tij etj.

Pajisjet spitalore dhe instalimi i aparaturave bashkëkohore zënë një tjetër vend të rëndësishëm gjatë hartimit të pyetësorit duke i matur ato nëpërmjet shkallës Likert (1- Aspak dakord deri në 5- Plotësisht dakord).

Pyetësi i stafit përbëhet nga dy seksione kryesore. Seksioni i parë ka informacionin e përgjithshëm i cili i referohet emrit të spitalit, profesionit të stafit dhe vjetërsisë së tyre në punë.

Seksioni tjetër lidhet trajton elementët kryesorë të një menaxhimi cilësor ku fillimisht stafi i pyetur ka dhënë opinionin e tyre lidhur me cilësinë e shërbimeve që ata ofrojnë duke filluar me përcaktimin e diagnozës së pacientëve, trajtimit të tyre, etj.

Më pas vijohet me krahasimin e 16 përkufizimeve që lidhen direkt apo indirekt me MC. Të anketuarit janë pyetur gjithashtu lidhur edhe me planifikimet e veprimtarive që shoqërojnë menaxhimin cilësor të këtyre shërbimeve të matura nëpërmjet alternativave si: Marrjen e mbështetjes nga menaxherët e lartë për programe cilësore, Përmirësimin e menaxhimit të burimeve njerëzore, Përdorimi i teknologjisë moderne në vend të pajisjeve të përdorura, përmirësimi performancës etj. Pyetjet maten nëpërmjet shkallës Likert (1- Aspak dakord deri në 5- Plotësisht dakord).

Më tej vazhdohet me opinionin e punonjësve lidhur me përkufizimin e MC, ku parashtrohen disa alternative të mara nga literature specifike për menaxhmentin.

Nevojat e një menaxhimi mbeten gjithnjë në qendër të ndryshimeve të vazhdueshme prandaj edhe kjo temë është trajtuar në këtë pyetësor gjithashtu duke u fokusuar

kryesisht tek: nevoja për një sistem gjithëpërfshirës për realizimin e cilësisë, përmirësimi i procesit, shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion etj.

Menaxhmenti i lartë i spitalit ka marrë gjithashtu vëmendjen e posaçme në këtë seksion duke trajtuar shumë nga elementët kryesorë që lidhen me të si p.sh: Faktin se menaxhmenti i spitalit është i angazhuar për të siguruar burimet e nevojshme për përmirësimin e cilësisë, Janë të interesuar në mbajtjen e kualitetit të nevojshëm mjedisor, Janë të interesuar në fitimin e satisfakcionit të punëtorit/pacientit etj. Shkalla e dakortësisë është sërish Likert (1- Aspak dakord deri në 5- Plotësisht dakord).

Trajtimi i popullatës që merr shërbimin e ofruar nga spitali shpesh nga literatura e trajton pacientin edhe si konsumator për faktin se ai merr shërbim dhe në këtë rast shërbim shëndetësor. Proceset me të gjithë elementët e tij zënë një pjesë të konsiderueshme të pyetësorit duke trajtuar çështje të tilla si: *Përshkrimi, Koordinimi, Vazhdimësi e përmirësimit të procesit, Sistemi, Mjedisi kulturor në spital, Njohuritë, Parandalimi, Informacioni* etj. Pjesë po aq e rëndësishme i është rezervuar edhe menaxhimit të burimeve njerëzore, nevojave për trajnim të stafit. Ashtu sikurse puna në ekip, komunikimi etj. Në fund trajtohen edhe çështjet të cilat mund të pengojnë menaxhimin cilësor dhe aplikimin me sukses të tij në këto spitale. Përgjigjen janë matur me shkalën Likert (1- Aspak dakord deri në 5- Plotësisht dakord). (Pyetësorët bashkëlidhur në ANEKS).

Besueshmëria dhe vlefshmëria e kërimit dhe instrumenteve

Përdorimi i pyetësorit si metodë për mbledhjen e të dhënave ka avantazhet dhe disavantazhet e veta. Shqetësimet kryesore në përdorimin e pyetësorëve kanë të bëjnë me vlerësimin e vlefshmërisë dhe besueshmërisë së tyre (Saunders et al. 2009). Sipas

Shoqatës Amerikane të Psikologjisë (1985, cituar tek Hinkin 1995) njësitë matëse të pyetësorit duhet të tregojnë vlefshmëri të përmbajtjes, vlefshmëri të lidhur me kriteret, vlefshmëri të konstruktit dhe qëndrueshmëri të brendshme. Tre kriteret e para lidhen me vlerësimin e vlefshmërisë së brendshme të pyetësorit, e cila tregon aftësinë e pyetësorit për të matur atë që kërkuesi synon të masë (Saunders et al. 2009). Vlefshmëria e përmbajtjes i referohet shtrirjes në të cilën pyetësi ofron mbulimin e duhur të pyetjeve hetuese. Një mënyrë për t'u realizuar këtë është përdorimi i një paneli ekspertësh për vlerësimin e pyetësorit. Vlefshmëria e lidhur me kriteret ka të bëjë me aftësinë e pyetjeve për të bërë parashikimet e duhura. Për këtë mund të përdoret analiza statistikore e korrelacionit. Besueshmëria (testimi i besueshmërisë) ka të bëjë me faktin nëse pyetësi do prodhojë ose jo rezultate të qëndrueshme në kohë të ndryshme dhe në zgjedhje të ndryshme. Një mënyrë për ta vlerësuar atë është matja e qëndrueshmërisë së brendshme p.sh nëpërmjet llogaritjes së Cronbach Alfa. Ky test përdoret për të matur besueshmërinë e instrumentit të kërkimit duke prodhuar një matës të korrelacionit mes rezultateve të observuar dhe rezultateve të vërteta.

Ky koeficient tregon se sa një instrument mat atë që duhet të masë, pra sa i besueshëm është një instrument për të dhënat që ne na interesojnë të mbledhim (Yin, 2003). Sipas Kline (1999) vlera e pranueshme e Cronbach alfa është mes 0.7 dhe 0.9. Gjithsesi, Nannually (1978), pranon se një vlerë e Cronbach alfa më e madhe se 0.5 është e mjaftueshme për ta konsideruar të besueshëm një instrument kërkimi.

Pra, gjatë hartimit të tij u bë kujdes që të mbaheshin parasysh këto dy elementë kryesorë. Pyetjet janë formuluar në mënyrë të tillë që të jenë sa më të kuptueshme nga të gjithë të intervistuarit duke zgjedhur përgjigjen nëpërmjet alternativave të parashikuara në pyetësor të cilat janë të shkallëzuara sipas shkallës Likert por edhe

pyetje pohuese apo mohuese gjithashtu. Gjatë hartimit të pyetësorit një rëndësi të veçantë ju kushtua jo vetëm strukturimit të pyetjeve por edhe formulimit të tyre në mënyrën e duhur në mënyrë që edhe përgjigjet të ishin të vlefshme dhe në dobi të synimit kryesor.

Lidhur me testin e besueshmërisë, një mënyrë për ta vlerësuar atë është matja e qëndrueshmërisë së brendshme p.sh nëpërmjet llogaritjes së Koeficientit Crombach Alfa. Bazuar në llogaritjet për koeficientët Cronbach Alfa për matjen e qëndrueshmërisë së brendshme të pyetësorit u arrit në konkluzionin se vlera e tyre ishte më e lartë se 0.7, (norma e lejuar) duke treguar qëndrueshmëri të pyetësorit. Nannually (1978), pranon se një vlerë e Cronbach alfa më e madhe se 0.5 është e mjaftueshme për ta konsideruar të besueshëm një instrument kërkimi. Duke ditur se secila nga pyetjet paraqet një variabël i cili mund të marrë më shumë se një përgjigje, është menduar që në pyetjet e mbyllura alternativat e përgjigjeve të jenë sa më reale në mënyrë që të merret informacioni i nevojshëm.

Vlefshmëria ka të bëjë me vërtetësinë (Neuman, 2006). Studiuesit janë më të interesuar në vërtetësinë, origjinalitetin e punimit se sa në idenë e dhënies së versionit të vetëm të së vërtetës (Neuman, 2006). Origjinalitet do të thotë të japësh të dhënat e duhura, të drejta, të ndershme, dhe të balancuara të një fenomeni nga këndvështrimi i dikujt që i ka jetuar ato çdo ditë (Neuman, 2006; Yin, 2003). Një instrument kërkimi është më i vlefshëm kur ai i afrohet sa më shumë rezultateve që do të arrijë (Cooper & Schindler, 2006). Vlefshmëria i ndihmon studiuesit të përcaktojnë nëse instrumenti i kërkimit e mbulon ashtu siç duhet çështjen e marrë në studim, ose nëse i ka ndërlidhur teoritë që ka në mendje me vëzhgimet e bëra (Cooper & Schindler, 2006).

Testimi i pyetësorit.

Një tjetër procedurë e përdorur për të rritur besueshmërinë dhe vlefshmërinë e instrumentit të studimit është edhe kryerja e testit pilot të pyetësorit. Një procedure e tillë realizohet për të ndihmuar studiuesin të kontrollojë nëse pyetësori është i besueshëm dhe nëse pyetjet do të ndihmojnë për të mbledhur informacionin e duhur (Newman, 2006) duke ndihmuar kështu në përmirësimin vlefshmërisë së studimit. Testimi i pyetësorit ka për qëllim të rrisë besueshmërinë dhe vlefshmërinë e tij, nëpërmjet (i) testimit të qartësisë së formulimit të pyetjeve, (ii) identifikimit dhe eliminimit të pyetjeve të përsëritura dhe (iii) identifikimit të pyetjeve të mundshme të munguara (Mugenda, 2008).

Për këto arsye para se pyetësorët të shpërndareshin në terren u kryen paraprakisht dy teste Pilot. Pyetësori për pacientët u testua paraprakisht në 30 pacientë të zgjedhur rastësisht, për të parë nëse kishte probleme apo paqartësi në plotësimin e tij si dhe për të testuar besueshmërinë dhe vlefshmërinë e tij. Rezultati i testit pilot tregoi se pyetjet e pyetësorit ishin të formuluar saktë dhe të qarta për t'u kuptuar. Pyetjet që nuk ishin të qarta nga të cilat nuk mund të merrej informacioni i duhur u konsultuan me ekspertët e fushës dhe specialistin e statistikës për t'i sjellë ato të formuluar ashtu siç duhej. Pas këtij procesi pyetësori u hodhën në terren. E njëjta gjë u realizua edhe me pyetësorin e punonjësve i cili u testua tek 20 punonjës të spitaleve të ndryshme të Pejës për të parë se si komportoreshin punonjësit me pyetjet e tij pavarësisht faktit se edhe ky pyetësor është përshatur për kushtet e Kosovës dhe institucioneve të saja shëndetësore.

Pas kryerjes së testeve Pilot dhe sistemimin të gjitha vërejtjeve të evidentuara pyetësorët u shpërndanë në terren.

Procedura e mbledhjes së të dhënave

Shpërndarja e pyetësorëve është kryer në gjithë spitalet publike dhe private që gjenden në rajonin e Pejës me qëllim që të sigurohej një përfaqësim sa më gjithëpërfshirës dhe për të pasur një pamje sa më të qartë situatën aktuale të zbatimit të këtyre standardeve si dhe përmirësimin e tyre në të ardhmen.

Vrojtimi në terren zgjati rreth 6 javë, dhe intervistat u kryen nëpërmjet ballafaqimit ballë për ballë me të intervistuarin (pacientin dhe punonjësën e spitalit) para ambienteve të spitaleve të përzgjedhura për këtë studim. Të intervistuarit janë zgjedhur në mënyrë të rastësishme, dhe pacientët apo edhe stafi janë në moshave, gjinisë dhe profesioneve të ndryshme. Të intervistuarit janë kontaktuar duke ju shpjeguar qëllimin dhe rëndësinë e këtij studimi duke i siguruar ata në lidhje me anonimin e përgjigjeve të tyre por edhe pa i paragjykuar opinionet e tyre gjithashtu. Vizitat në terren u kryen në bashkëpunim me stafin drejtues të spitaleve ku u krye testimi dhe me një kalendar të përcaktuar më parë në mënyrë që të arrihej koha e përcaktuar për realizimin e tyre me sukses.

Analiza e rezultateve

Analiza sasiore - Pjesë e këtij procesi ishte krijimi i databazës me të dhënat e grumbulluara si dhe përpunimi dhe analiza e tyre. Përpunimi dhe analiza e tyre u realizuan nëpërmjet paketave të programeve kompjuterike SPSS 17.0 dhe Excel. Për të testuar qëndrueshmërinë e brendshme të pyetësorit u përdor koeficienti Cronbach Alfa.

Analiza e të dhënave është kryer nëpërmjet analizës deskriptive, tabelave të kryqëzuara (crosstabulations), testeve të pavarësisë, korrelimet midis variablave, analizës faktoriale, ndërtimit dhe shqyrtimit të hipotezave, analiza e variancës (ANOVA), ndërtimit të ekuacionit të regresionit të shumfishtë etj. Pra jo vetëm një analizë përshkruese por edhe një analizë analitike.

Databazat përfundimtare të këtyre dy pyetësorëve përmbajnë intervistat e 320 pacientëve dhe 80 punonjësve të spitalit. Pyetësorët të cilin kishin pasaktësi apo mungesë të dukshme informacioni u larguan nga databazat përkatëse.

Analiza cilësore konsiston në paraqitjen e komenteve të pacientëve të marra në studim mbi perceptimet dhe eksperiencën e tyre për çdo barrierë që ato kanë hasur gjatë marrjes së shërbimeve shëndetësore. Në qoftë se është e vërtetë se ajo që njerëzit e përcaktojnë si realitet është realiteti (Thomas, 1929), atëherë aplikimi i hulumtimeve në sektorin publik shëndetësor duhet të kanë kapacitet për të ekspozuar perspektivave të ndryshme që ndikojnë në qëndrimet dhe sjelljet e njerëzve në lidhje me shëndetin, po ashtu analiza cilësore përqendrohet në përvojën njerëzore në një mjedis natyror, procesin social dhe perceptimet dhe mirëkuptimin individual (Cassell dhe Symon, 1994, fq.2). Shumë autorë ofrojnë një analizë të hollësishme të dallimeve midis qasjeve sasore dhe cilësore të hulumtimit.

Kuptuar më gjerësisht, analiza cilësore është çdo formë e hulumtimit në të cilin nuk është dhënë dhe nuk përfaqësojnë kriteret statistikore ose ndonjë aspekt të kuantifikimit (Strauss & Corbin, 1990). Këto komente shërbejnë për të mbështetur, kuptuar dhe shpjeguar rezultatet e kërkimit sasior. Nëpërmjet komenteve dhe të përgjigjeve do të kuptohen më në brendësi shkaqet dhe karakteristikat e shërbimeve të ofruara nga institucionet shëndetësore, të cilat me mangësi mund të pengesë në progresin e mëtejshëm të ngritjes të shërbimeve cilësore shëndetësore në institucionet publike në Kosovë.

Tabela 1. Dallimet midis qasjes sasore dhe cilësore të hulumtimit

Analiza sasore	Analiza cilësore
E vërteta është realiteti objektiv që mund të matet nga kërkuesi	E vërteta është një përvojë subjektive e realitetit të perceptuar nga pjesëmarrësit dhe e formuar nga kërkuesi
Të dhënat sasore: mbledhja është intensive, bazuar në kuptimet e nxjerra nga numrat, rezultatet e grumbullimit në të dhëna numerike dhe të standardizuara dhe analiza të kryera përmes përdorimit të diagrameve dhe statistikave	Të dhëna cilësore: grumbullimi është intensiv, bazuar në kuptimet e shprehura përmes fjalëve, rezultatet e grumbullimit në të dhëna jo të standardizuara që kërkojnë një analizë të kryer përmes përdorimit të konceptualizimit
Pyetësorët kryhen në një mjedis	Hulumtuesi kryen intervista dhe vëzhgimin e pjesëmarrëse ose jo pjesëmarrëse në mjediset ku pjesëmarrësit zakonisht kalojnë pjesën më të madhe të kohës
Përqendrohet në faktet dhe / ose arsyet e ngjarjeve shoqërore	Fokusimi në të kuptuarit e pikëpamjeve të anketuarve
Partikulare dhe analitike	Perspektivë holistike-karakterizuar nga kuptimi i pjesëve të diçkaje si të lidhur ngushtë dhe të shpjegueshme vetëm duke iu referuar tërësisë.
Në përgjithësi, përdoret analiza deduktive, duke gjeneruar një përmbledhje numerike që mundëson hulumtuesin të refuzojë ose të pranojë hipotezën	Analiza e përdorur induktiv që të çon në përmbledhjen e treguesve, duke krijuar një përshkrim të përvojës njerëzore

Burimi: Damanhour, Amal. (2002) Considering Total Quality Management in Ministry of Health Hospitals in Jeddah City in Saudi Arabia”, fq.136

Konsiderata etike

Një aspekt shumë i rëndësishëm që ndjek gjithë procesin e studimit, që nga planifikimi i tij, kontakti me organizatat dhe individët për të mbledhur të dhënat, analiza e të dhënave dhe raportimi i tyre, ka të bëjë me etikën e të gjithë këtyre hapave. Në kontekstin e një studimi, etika i referohet sjelljes së studiuesit në përputhje me të drejtat e atyre që bëhen subjekt studimi, ose që preken prej tij. Cooper & Schindler (2006) përcaktojnë etikën si “normat apo standardet e sjelljes që udhëheqin zgjedhjet morale rreth sjelljes sonë dhe marrëdhëniet tona me të tjerët”. Prandaj etika e studimit ka të bëjë me faktin nëse ne i formulojmë dhe i sqarojmë pyetjet tona kërkimore, e projektojmë studimin tonë, i

mbledhim të dhënat, i përpunojmë dhe i ruajmë të dhënat, i analizojë ato dhe i shkruajmë gjetjet dhe përfundimet tona në një mënyrë morale dhe të përgjegjshme. Kjo do të thotë se studiuesi duhet të sigurojë që mënyra e projektimit të studimit të jetë e shëndoshë si nga ana metodologjike ashtu dhe nga ana morale duke mbrojtur të gjithë ata që janë të përfshirë (Sounders et al., 2009).

Disa çështje kryesore etike që lindin përgjatë fazave dhe kohëzgjatjes së një projekti kërkimor, kanë të bëjnë me (Sounders et al., 2009):

- pëlqimin i pjesëmarrësve;
- natyrën vullnetare të pjesëmarrjes dhe e drejta për t'u tërhequr pjesërisht ose tërësisht nga procesi;
- privatësinë e pjesëmarrësve të mundshëm dhe aktual;
- ruajtjen e konfidencialitetit të dhënave të ofruara nga pjesëmarrësit dhe anonimitetin e tyre; dhe
- sjellja dhe objektiviteti i studiuesit.

E gjithë puna për sigurimin e informacionin të duhur nëpërmjet pyetësorëve apo sigurimi i informacionit nga burime të ndryshme si institucione publike apo private u realizua duke pasur parasysh ruajtjen e një etike në komunikimi dhe sjellje me qëllim sigurimin e një bashkëpunimi reciprok anketues-pacient për më tepër duke pasur parasysh faktin se shërbimi shëndetësor është një çështje delikate sidomos për pacientët që presin të përfitojnë këtë shërbim. Por edhe me stafin e spitaleve gjithashtu u ruajt i njëjti standard komunikimi pa i penguar ata gjatë punës së tyre dhe duke respektuar në të njëjtë kohë edhe opinionin e secilit prej tyre gjithashtu. Duke pasur parasysh faktin se asnjë nga pyetësorët nuk do shfaqet në mënyrë private, por i gjithë informacioni do të

analizohet, përpunohet dhe paraqitet në mënyrë të përmbledhur kjo solli mirëkuptimin absolut të gjithë pjesëmarrësve në plotësimin e tyre.

KAPITULLI V

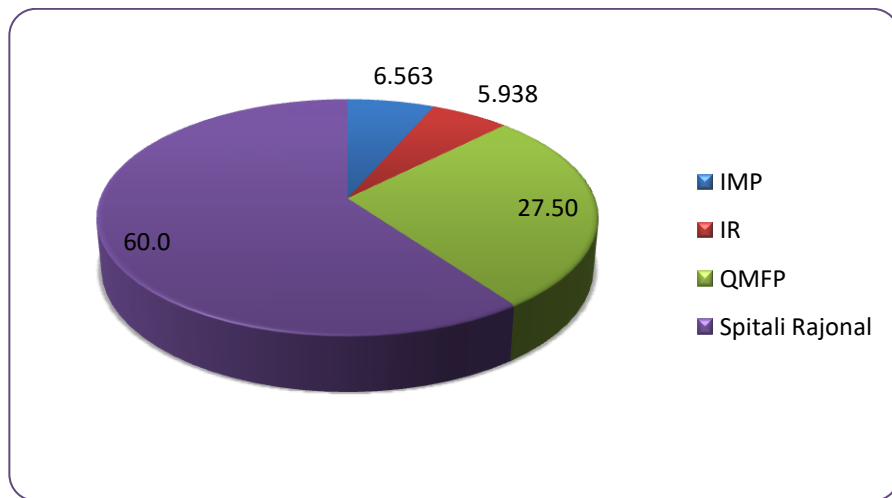
ANALIZA KËRKIMORE

5.1 Analizë përshkruese e faktorëve demografikë të pyetësorit për pacientë

Llojet e institucioneve shëndetësore

Në këtë studim u pyetën 320 pacientë dhe është shpërndarë pyetësori në disa prej institucioneve shëndetësore të Pejës dhe më gjerë, në mënyrë që edhe informacioni i siguruar prej opinionit të tyre të jetë a më i plotë dhe i saktë gjithashtu. Të dhënat e grafikut më poshtë tregojnë se 60% e pacientëve janë intervistuar në ambientet e spitalit Rajonal, të ndjekur nga 27.5% të tjerë të cilët në momentin e intervistës kanë qenë duke marr shërbimin mjekësor pranë Qendrën së Mjekësisë Familjare (QMF) të cilat janë institucione shëndetësore publike nga ku janë marrë intervistat e 88% të pacientëve dhe pjesa tjetër me 12% kanë qenë pacientë që kanë marrë shërbime në institucione shëndetësore dhe rehabilituese (private dhe partneritet- publiko-privat) ku përmendim Institutin e Rehabilitimit dhe Institutin e Mjekësisë së Punës respektivisht me 5.9% dhe 6.6%. Duhet të theksojmë se të dy këto institucione shëndetësore aplikojnë kërkesat e Standardit ISO 9001 dhe janë të certifikuara nga trupi akreditues ndërkombëtar. Fakti se Spitali Rajonal ka edhe numrin më të madh të pacientëve është sepse ky spital publik ofron një gamë më të gjerë shërbimesh mjekësore për popullatën të cilat janë me kosto të përballueshme për ta (shërbime mjekësore ambulatorie të specializuara, kujdesi shëndetësor spitalor dhe urgjenca)

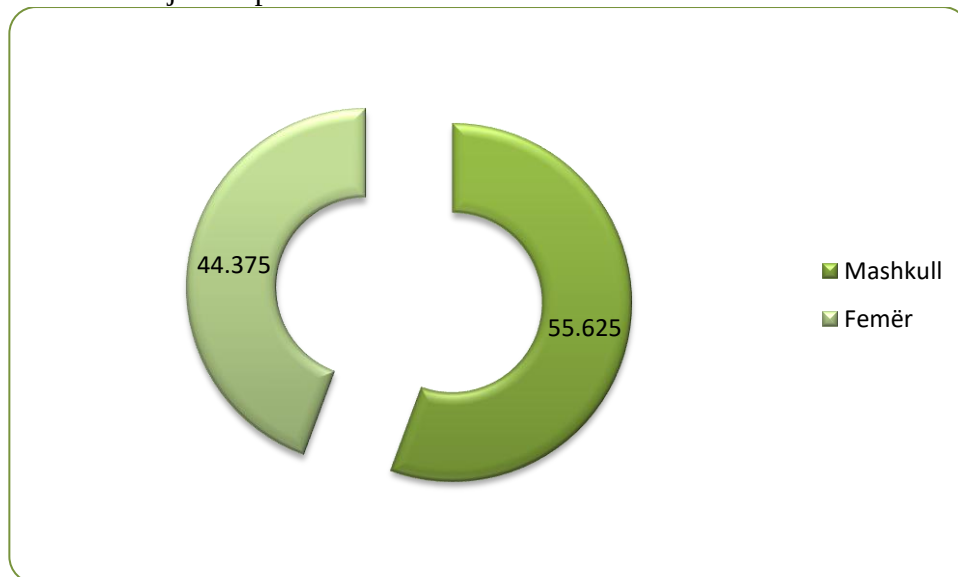
Grafiku 1. Shpërndarja e pacientëve sipas spitaleve



Gjinia

Sa i takon gjinisë së këtyre pacientëve të dhënat tregojnë se 55.6% e tyre janë meshkuj dhe pjesa tjetër 44.4% janë femra (Grafiku 2)

Grafiku 2. Gjinia e pacientëve



Mosha

Pacientët janë pyetur fillimisht edhe për moshën e tyre dhe shpërndarja e grupuar sipas grup moshave paraqitet si më poshtë, ku pacientët të cilët janë me moshë mbi 41 vjeç

zënë edhe peshën më të madhe të tyre me 55.6% ashtu sikurse edhe pritej pasi kjo grup moshë është edhe më e prirur për të qenë “klient” i marrjes së shërbimit mjekësor jo vetëm për arsye të moshës por edhe sepse kjo kategori është më e prekur nga sëmundje të ndryshme dhe pikërisht këtu fillon më së shumti edhe vëmendja ndaj shqetësimeve të ndryshme me shëndetin e popullatës. Bazuar në raportin “Qasja në kujdesin shëndetësor në Kosovë” 81% e kosovarëve ka vlerësuar vetë statusin e vet shëndetësor si të “mirë” ose “shumë të mirë”, që është shumë më lartë se në EU-28 një mesatare prej 67% dhe është në shkallë të njëjtë si në Suedi për shembull. Mirëpo nuk duhet harruar se struktura e moshës në Kosovë është shumë më ndryshe se në Suedi, ku mosha mesatare është 41.2 vjet.91 (Nicole Farnsworth, Dr. Katja Goebbels, 2016).

Rreth ¼ e tyre janë të grup moshës 31- 40 vjeç dhe pjesa tjetër janë me moshë më të ulët por edhe me përfaqësim më të vogël gjithashtu. Kështu grup-mosha 21-30 vjeç llogaritet të ketë 13.1% të numrit total të pacientëve ndërsa moshat më të reja nën 20 vjeç zënë vetëm 5.6% kjo edhe për faktin se shkojnë shumë më rrallë në spital por edhe sepse kanë probabilitet më të ulët krahasuar me moshat më të mëdha (Tabela 3).

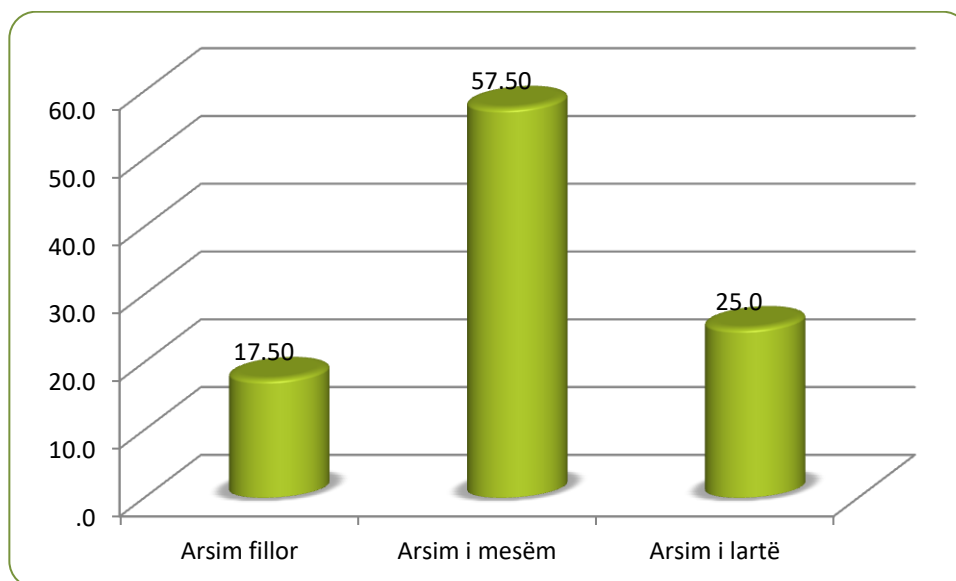
Tabela 3. Shpërndarja e pacientëve sipas grup-moshave

	Denduria	Përqindja
Më pak se 20 vjeç	18	5.6
21-30 vjeç	42	13.1
31-40 vjeç	82	25.6
Më shumë se 41 vjeç	178	55.6
Total	320	100.0

Niveli arsimor

Lidhur me nivelin arsimor të tyre shihet qartë se më tepër se gjysma e tyre me 57.5% kanë arsim të mesëm, më pas me 25% renditen pacientët që kanë arsim të lartë dhe në fund me 17.5% janë renditur pacientët me arsim fillor (Grafiku 3).

Grafiku 3. Niveli arsimor i pacientëve



5.2 Analiza përshkruese e vlerësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësorë

Elementëve kryesorë të shërbimit nga institucionet shëndetësorë, të cilat janë vlerësuar dhe matur për këtë studim janë: Cilësia, Shërbimet, Mirëmbajtja, Menaxhmenti, Ndjeshmëria e stafit, Teknologjia dhe Menaxhmenti.

Analiza e vlerësimit të cilësisë së shërbimit

Si e vlerësojnë pacientët cilësinë e shërbimit shëndetësor në spitalet ku ata e kanë marrë këtë shërbim? Kjo pyetje është matur me përgjigjet e tyre nëpërmjet alternativave të mëposhtme ku shumica e tyre kanë deklaruar se spitali ku ata kanë marrë shërbimin e tyre i përmbush shumë mirë objektivat e tij duke e vlerësuar kështu me 37.5% të

përgjigjeve, ndërkohë që 12.2% e vlerësojnë këtë cilësi të mirë, me 7.3% shprehen se kjo cilësi e përmbushjes së objektivave të spitalit është në nivel mesatar ndërsa 40.7% shprehen se përmbushja e objektivave është e dobët ndërsa pjesa prej 2.1% shprehen shumë dobët. *Marrja e shërbimeve shëndetësore sipas një sistemi të mirë integruar* është vlerësuar si shumë e mirë nga 49.7% pacientëve, me cilësi të mirë nga 16.3% ,mesatare 4.1% ndërsa 29.2% janë deklaruar dobët . *Kënaqësia e pacientëve për përmbushjen e nevojave të tyre* është vlerësuar si shumë të mirë nga 33.1% e pacientëve, 20.3% mirë ,mesatare 6.6% ndërsa 37.3% dobët si dhe 2.3% shumë dobët. *Përmirësimi i vazhdueshëm i performancës* ka marr vlerësim mesatar sepse 43.7% e tyre janë deklaruar shumë mirë dhe mirë, ndërsa 47.8% e pacientëve janë të mendimit se niveli është i dobët dhe 2.3% të tjerë e vlerësojnë shumë dobët. *Ofrimin e kujdesit shëndetësor profesional i cili nënkupton përcaktim e saktë të diagnozës si dhe trajtimin e tyre* gjithashtu ka një vlerësim shumë të mirë nga 33.1% e pacientëve dhe 20.3% të tjerë sërish e vlerësojnë të mirë këtë lloj shërbimi i cili lidhet drejtpërdrejt me jetën e tyre. 6.6% kanë mendimin se ky nivel shërbimi është mesatar kurse të dobët e vlerësojnë 31.4% kurse shumë dobët 8.6%. Edhe *Ofrimi i shërbimeve shëndetësore me kosto të ulët*, ka vlerësimin e kënaqshëm nga pjesa më e madhe e tyre pasi 93.8% e pacientëve e vlerësojnë shumë të mirë ose të mirë cilësinë dhe nivelin e këtij shërbimi ku 57.7% e tyre i referohen shërbimit të marr nga Spitali rajonal i Pejës dhe 29.7% të tjerë QMFP (Tabela 1 në ANEKS). Siç vërehet edhe nga të dhënat e tabelës pacientët janë shprehur më shume se 55% të kënaqur me shërbimeve e lidhur kjo edhe me faktorë të tjerë si kultura e tyre shëndetësore, pritshmërinë e tyre lidhur me cilësinë e shërbimeve etj. (Tabela 4).

Tabela 4. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit shëndetësor

	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	Total
Ofrimin e kujdesit shëndetësor profesional (diagnoza dhe trajtimi)	33.1	20.3	6.6	31.4	8.6	100.0
Përmirësimi i cilësisë në shërbimet shëndetësore	32.8	20.9	6.3	36.2	3.8	100.0
Përmbushjen e objektivave të spitalit	37.5	12.2	7.3	40.7	2.1	100.0
Kënaqësia e pacientëve për përmbushjen e nevojave të tyre	33.1	20.3	6.6	37.3	2.3	100.0
Marrja e shërbimeve shëndetësore sipas një sistemi të mirë integruar	49.7	16.3	4.1	29.2	.7	100.0
Përmirësimin e vazhdueshëm të performances	22.8	20.9	6.3	47.8	2.2	100.0
Ofrimin e shërbimeve shëndetësore me kosto të ulët	72.2	21.6	6.2	.0	.0	100.0
Ofrimin e shërbimit të duhur me kosto të ulët	74.7	19.7	5.6	.0	.0	100.0

Shërbimet menaxheriale

Sa i takon vlerësimin e tyre për shërbimet menaxheriale të spitaleve ku ata kanë marr shërbimet e nevojshme mjekësore vërehet se vlerësimi nuk është optimist. Kështu në opinionin e tyre lidhur me kohën për gjetjen e dosjes së tyre shëndetësore pak më tepër se gjysma e tyre me 51.9% janë të mendimit se ky shërbim është shumë i dobët ku 53% e këtyre pacientëve që kanë këtë opinion i referohen QMFP dhe vetëm 22.9% e tyre kanë parasysh Spitalin Rajonal (Tabela 2 në ANEKS), Ndërsa për 35% të tjerë ky shërbim konsiderohet i dobët. E njëjta tendencë vërehet gjithashtu edhe lidhur me lehtësinë e procedurave të pranimit të pacientit të ri dhe menaxhimin e saktë të informacionit të

tyre shëndetësor ku shumica e tyre respektivisht 90.9% dhe 75.3% mendojnë se këto shërbime janë në nivel të dobët dhe shumë të dobët. Një pjesë shumë e vogël mendon se këto shërbime mund të vlerësohen mire dhe shumë duke vijuar nga 0.6% deri në 14.4%. Pjesa tjetër gjykojnë se këto shërbime kryesisht të karakterit menaxherial janë në nivel mesatar (Tabela 5).

Tabela 5. Vlerësimi i pacientëve lidhur me shërbimet menaxheriale

	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	Total
Procedurat lehta të pranimin për pacientin e ri	.6	7.8	.6	43.1	47.8	100.0
Gjetja e shpejtë të dosjes tuaj mjekësore	.0	6.6	6.6	35.0	51.9	100.0
Menaxhimi i saktë i të dhënave tuaja mjekësore	.0	14.4	10.3	27.8	47.5	100.0

Shërbimet mjekësore-mbështetëse

Si vlerësohet cilësia e shërbimeve mjekësore në përgjithësi në këto spitale të mara në konsideratë në Pejë? Vlerësimi i paraqitur me të dhënat e mëposhtme tregon se sa i takon përcaktimit të diagnozës 39.7% e pacientëve mendojnë se ky fakt ka nivel shumë të ulët ku 68.5% i referohen QMFP (Tabela 3 në ANEKS), e pasuar nga 49.4% të tjerë që gjithashtu e konsiderojnë këtë përcaktim si të ulët. Edhe trajtimi sigurisht nuk ka vlerësim optimist pasi 88.7% ose e vlerësojnë atë shumë të dobët nga ku 61.3% janë meshkujt ata që e konstatojnë këtë fakt ose të dobët ku sërish në këtë lloj pakënaqësie janë sërish meshkujt me 54.5% dhe femrat me 45.5% (Tabela 4 në ANEKS). Opinioni në lidhje me ndjekjen e sëmundjes së pacientit dhe përdorimin e metodave parandaluese në ekzaminimin mjekësor më qëllim të mos përhapjes së infeksioneve sërish ka nota negative vlerësimi dhe respektivisht 95% dhe 91.3% janë të mendimit se cilësia e tyre

është e dobët dhe shumë e dobët gjithashtu. Një pjesë e vogël mendojnë se niveli i këtyre shërbimeve është mesatar apo i mirë, ndërkohë që ata që mendojnë se këto shërbime janë shumë të mira varion nga 0.3%-0.9% (Tabela 6).

Tabela 6. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve mjekësore

	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	Total
Diagnoza	.3	2.8	7.8	49.4	39.7	100.0
Trajtimi	0	2.5	8.8	55.6	33.1	100.0
Ndjekjen në rastin tuaj ndaj sëmundjeve	.9	3.8	.3	64.1	30.9	100.0
Përdorimi i metodave parandaluese në ekzaminimin mjekësor më qëllim të mos përhapjes së infeksioneve	.0	1.9	6.9	69.1	22.2	100.0

Referuar vlerësimit lidhur me shërbimet mjekësore pacientët kanë bërë vlerësimin si më poshtë: 35% e pacientëve janë shprehur se shërbimet mjekësore mbështetëse janë me cilësi të mirë apo shumë të mirë, dhe 26% të tjerë i konsiderojnë ato të një cilësie të dobët dhe shumë të dobët madje. Shërbimet laboratorike konsiderohen si me nivelin më të ulët pasi 84% e tyre i kanë vlerësuar si të dobët nga të gjithë pacientët që kanë marrë këtë shërbim në Spitalin Rajonal dhe shumë të dobët nga 40.4% e pacientëve që kanë këtë opinion dhe që kanë marrë shërbime laboratorike tek QMFP (Tabela 5 në ANEKS). Sa i takon shërbimeve radiologjike 43.1% e tyre janë të mendimit se ky shërbim është i mirë ndërsa për 16.6% të pacientëve të tjerë ai mbetet i një niveli shumë të dobët dhe për 14.4% i dobët. Shërbimi i urgjencës i cili lidhet kryesisht me ndihmën në rastet specifike dhe më të vështira shpesh për jetën e një pacienti janë konsideruar në 16.3% si shërbim shumë i mirë, për 49.7% të pacientëve i mirë dhe pjesa tjetër e kanë vlerësuar mesatar apo të dobët. Vlerësim relativisht i mirë konsiderohet vlerësimi lidhur me

shërbimet e departamentit të kujdesit social pasi 60% e tyre janë shprehur se ky shërbim ka nivel të mirë apo shumë të mirë dhe 25% të tjerë e konsiderojnë mesatar (Tabela 7).

Tabela 7. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve mjekësore mbështetëse

	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	Total
Shërbimet mjekësore mbështetëse	12.2	22.8	39.1	16.9	9.1	100.0
Shërbimet laboratorike	.0	.9	15.0	15.9	68.1	100.0
Shërbimet radiologjike	1.3	43.1	24.7	14.4	16.6	100.0
Shërbimi i urgjencës	16.3	49.7	20.6	8.4	5.0	100.0
Shërbimet e departamentit të kujdesit social	16.6	43.4	25.0	14.7	.3	100.0

Shërbimet e mirëmbajtjes

Edhe shërbimet e mirëmbajtjes janë konsideruar të rëndësishme krahas shërbimeve shëndetësore gjithashtu, prandaj edhe ato kanë marrë vëmendjen dhe vlerësimin e pacientëve. Kështu të dhënat e tabelës së mëposhtme tregojnë se pastërtia e institucionit shëndetësor – spitalit është vlerësuar si një element me cilësi të dobët apo shumë të dobët nga 56% e pacientëve ku gjysma e tyre me 50.4% që janë shprehur se pastërtia është një element i dobët janë femra ndërsa për ata që cilësia e pastërtisë është shumë e dobët janë meshkujt me 71.7% (Tabela 6 në ANEKS). Organizimi i spitalit dhe shërbimi i ushqimit gjithashtu nuk kanë vlerësim optimist pasi në gjykimin e 68.8% dhe 46.6% të totalit të pacientëve këto shërbime janë nivel të ulët apo dhe shumë të ulët, ndërkohë që ambientet e brendshme dhe rregullimi i dhomave vlerësohen të mira dhe shumë të mira në cilësi respektivisht vetëm nga 34.7% dhe 29.4% e totalit të pacientëve. Pjesa tjetër e tyre ka perceptim jo të mirë për këto mjedise duke shfaqur pakënaqësi të hapur kryesisht në ambientet e brendshme të IR pasi 100% e atyre që janë shprehur se

ambientet e këtij spitali kanë cilësi shumë të ulët dhe 53.8% e atyre që kanë mendim se cilësia e ambienteve të brendshme është e ulët i referohen QMFP (Tabela 7 në ANEKS), Pjesa tjetër kanë dhënë vlerësim mesatar (Tabela 8).

Tabela 8. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve të mirëmbajtjes

	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	Total
Pastërtia e institucionit shëndetësor – spitalit	.6	8.4	35.0	37.2	18.8	100.0
Organizimi i institucionit shëndetësor – spitalit	.6	11.9	18.8	49.7	19.1	100.0
Shërbimet e ushqimit	5.9	14.4	33.1	28.8	17.8	100.0
Perspektiva dhe ambientet brendshme	5.3	29.4	39.7	24.4	1.3	100.0
Rregullimi i dhomave	4.4	25.0	41.3	26.9	2.5	100.0

5.2.1 Analiza përshkruese e dimensioneve të cilësisë sipas pritshmërive

Ndjeshmëria

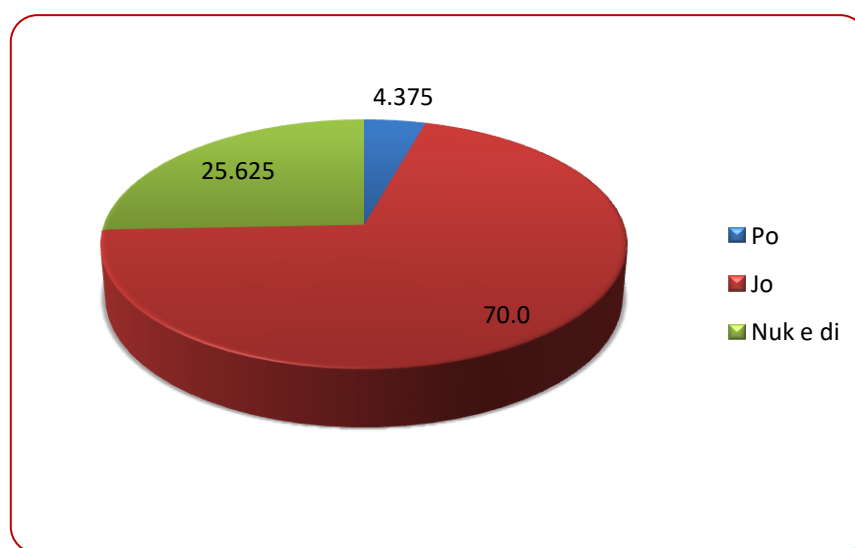
Por shpesh ndodh që edhe pacientët kanë preferencat e tyre lidhur me shërbimet shëndetësore që ata duan të përfitojnë nga spitalet apo qendrat shëndetësore në përgjithësi dhe spitalet publike në veçanti. Prandaj vlerësimi i mëposhtëm tregon se menaxhmenti i spitalit përgjithësisht nuk u mundëson që ata të zgjedhin mjekun që ata dëshirojnë t'u shërbejë e konfirmuar kjo nga 98.1% e tyre. Ashtu sikurse në 99.4% të rasteve nuk kanë të drejtën të për zgjedhin dhomën që duan duke qenë gjithashtu totalisht e pamundur të zgjedhin ushqimin gjithashtu. Pritshmëritë dhe problemet lidhur me shërbimin shëndetësor gjithashtu kanë përgjigje negative respektivisht nga 99.1% dhe 99.4% e totalit të pacientëve të intervistuar të ndjekur me këtë trend përgjigjesh edhe vlerësimin për shërbimet e kërkuara dhe ato që ofron spitali ku ata marrim më shpesh këto shërbime të përkthyer në vlera në 99.7% dhe 100% (Tabela 9).

Tabela 9. Vlerësimi i pacientëve lidhur me kërkesat e menaxhmentit të spitalit

	Po	Jo	Total
Zgjidhni mjekun i cili do t'ju shërojë	1.9	98.1	100.0
Zgjidhni dhomën që do të qëndroni	.6	99.4	100.0
Zgjidhni llojin e ushqimit që shërbehet për ju	.0	100.0	100.0
Shpjegoni pritshmëritë tuaja	.9	99.1	100.0
Shpjegoni problemet e tua lidhur me institucionin shëndetësor – spitalin	.6	99.4	100.0
Specifikoni për shërbimet e kërkuara	.3	99.7	100.0
Vlerësoni shërbimet shëndetësore që ofrohen nga institucioni shëndetësor – spitali	.0	100.0	100.0

Pyetjes - *Menaxhimi i institucionit shëndetësor-spitalor ndihmon për të zgjidhur ose lehtësuar atë?* Shumica e pacientëve me 70% i janë përgjigjur negativisht, duke mos e konsideruar menaxhimin si element që ndihmon apo zgjidh marrjen e shërbimeve shëndetësore cilësore në kuptimin se jo vetëm përmirësimi i menaxhimit por edhe një sere faktorësh të tjerë janë pjesë e zinxhirit që lidhin pacientin dhe spitalin. 4.4% janë përgjigjur pozitivisht dhe pjesa tjetër rreth ¼ janë përgjigjur – nuk e di (Grafiku 4).

Grafiku 4. Menaxhimi i institucionit shëndetësor-spitalor ndihmon për të zgjidhur ose lehtësuar atë?



Profesionalizmi

Duke analizuar më tej cilësinë e shërbimeve shëndetësore vihet re se për një pjesë të konsiderueshme të pacientëve të pyetur këto shërbime nuk konsiderohen profesionale pasi 51.6% e tyre nuk janë aspak dakord ose pjesërisht dakord me këtë fakt. 18.8% deklarojnë se shërbimet mjekësore që ata marrin janë në përputhje me nevojat e tyre dhe pjesa tjetër me 41.9% nuk pajtohen me këtë gjë. Sa i takon pritshmërive dhe realitetit të marrjes së këtyre shërbimeve sërish 45.3% nuk pajtohen, 47.2% të tjerë kanë preferuar të jenë neutral në përgjigje dhe një pjesë shumë e vogël me 7.6% janë dakord apo plotësisht dakord. Të pyetur nëse shërbimet mjekësore që ata përfitojnë kryen me të njëjtën cilësi e përkushtim që prej fillimit të marrjes së tyre 51.9% nuk bien aspak dakord ose e pranojnë këtë fakt pjesërisht, 43.1% kanë preferuar të mos japin një përgjigje të saktë dhe shumë pak prej këtyre pacientëve vetëm 5% janë dakord (Tabela 10).

Tabela 10. Vlerësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore në institucionet shëndetësore

	Plotësisht dakord	Dakord	Neutral	Pjesërisht dakord	Aspak dakord	Total
Shërbime shëndetësore profesionale	.9	4.1	43.4	35.0	16.6	100.0
Në përputhje me nevojat tuaja	.3	18.8	39.1	29.1	12.8	100.0
Në përputhje me pritshmëritë tuaja sipas një sistemi të mirë integruar	1.6	5.9	47.2	33.1	12.2	100.0
Shërbimet kryhen ashtu siç duhet që nga fillimi	.6	4.4	43.1	32.8	19.1	100.0

Lidhur me spitalet, cili është opinion i tyre? Kjo zbulohet nga përgjigjet e alternativave të mëposhtme ku pjesa dërmuese e tyre me 85% pajtohen plotësisht se spitalet janë të vjetra dhe duhen rikonstruktuar. 39.1% e këtyre pacientëve shprehen se janë dakord me

faktin se rregullat e spitalit nuk janë në përputhje me kërkesat e pacientëve ndërkohë që 42.8% nuk e pranojnë këtë fakt. 94.7% e pacientëve janë pjesërisht dakord me faktin se nuk mund të ketë qasje në nivelin e lartë menaxherial për të zgjidhur problemet e tyre, ndërkaj nga ana tjetër 80.6% e tyre bien dakord apo plotësisht dakord se metodat e punës dallohen sipas individit, pra individë të ndryshëm marrin nivele specifike shërbimesh spitalore. Alternativës se procedurat e menaxhimit mundësojnë rritjen e nivelit të përfitimit nga shërbimet spitalore por ato janë të gjata 47.5% i janë përgjigjur se janë pjesërisht dakord dhe 36.3% nuk pajtohen absolutisht dhe vetëm 5.7% bien dakord apo plotësisht dakord. Faktin se procedurat e kërkuara kanë nevojë për rivlerësim ka marrë dakordësinë e 84.4% të pacientëve ndërsa lidhur me faktin tjetër se performanca e punonjësve është e shkëlqyeshme 84.1% nuk e pranojnë aspak apo pjesërisht. Sigurimi i informacionit të kërkuar nga ana e punonjësve të spitalit në 58.4% nuk e ka dakordësinë e pacientëve, ndërkohë që 16.6% janë neutral në përgjigje dhe 1/4 e tyre e pranojnë që e marrin edhe këtë shërbim në përputhje me pritshmëritë e tyre. Komunikim i mirë midis të punësuarve në spital dhe midis stafit dhe pacientit konfirmohet prej një pjesë shumë të vogël pacientësh respektivisht prej 3.1% dhe 9% dhe për shumicën e tyre këto alternative konsiderohen jo të pranueshme. Fakti se në spital mungon puna në ekip ka dakordësuar shumicën e tyre me 64% të totalit të pacientëve të intervistuar ndërkohë që faktin tjetër se specialitetet e të punësuarve janë të përshtatshme e pranojnë vetëm 5% dhe shumë prej tyre me 80.3% nuk kanë preferuar të japin përgjigje definitive por kanë qëndruar indiferent. 99.4% e pacientëve ashtu sikurse edhe pritej, bien dakord apo plotësisht dakord me faktin se sistemi i cilësisë në spital duhet të ndryshojë ashtu sikurse edhe 81.2% e lidhin rritjen e cilësisë me kosto më të larta gjithashtu (Tabela 11).

Tabela 11. Vlerësimi i pacientëve lidhur me spitalet dhe shërbimit shëndetësor

	Plotësisht dakord	Dakord	Neutral	Pjesërisht dakord	Aspak dakord	Total
Sistemet spitalore janë të vjetra dhe duhen të zhvillohen	70.0	15.0	14.1	.6	.3	100.0
Rregullat e spitalit nuk janë në përputhje me kërkesat e pacientëve	24.4	14.7	18.1	10.3	32.5	100.0
Nuk mund të keni qasje në nivelin e lartë menaxherial për të zgjidhur problemet e juaja	.0	.0	.0	94.7	4.4	.9
Metodat e punës dallohen sipas individit	43.4	37.2	9.4	9.4	.6	100.0
Procedurat e menaxhimit mundësojnë rritjen e nivelit të përfitimit nga shërbimet spitalore por ato janë të gjata	1.3	4.4	10.6	47.5	36.3	100.0
Procedurat e kërkuara kanë nevojë për rivlerësim	34.7	49.7	8.4	6.3	.9	100.0
Performanca e punonjësve është e shkëlqyeshme	.0	1.3	14.7	60.3	23.8	100.0
Ju gjeni informacionin e kërkuar nga punonjësit	.6	24.4	16.6	43.4	15.0	100.0
Ekziston komunikim i mirë midis të punësuarve në spital	.6	2.5	55.0	28.8	13.1	100.0
Ka komunikim të mirë midis të punësuarve dhe pacientëve	.6	8.4	14.7	53.8	22.5	100.0
Në spital mungon puna në ekip	15.9	48.1	12.5	14.4	9.1	100.0
Specialitetet e të punësuarve janë të përshtatshme	2.2	2.8	80.3	14.7	.0	100.0
Duhet të ndryshojë sistemi i cilësisë në spital	84.7	14.7	.6	.0	.0	100.0

Cilësia nënkupton kosto të lartë	27.8	53.4	15.6	.9	2.2	100.0
----------------------------------	------	------	------	----	-----	-------

Ndërgjegjësimi

Sa i takon nivelit të ndërgjegjësimit të pacientëve për marrjen e shërbimeve shëndetësore të sakta, të përshtatshme dhe me kosto normale 55.6% e tyre e pranojnë dhe janë plotësisht dakord me faktin se këto shërbime shëndetësore ndikojnë tek ta lidhur me mbrojtjen nga sëmundjet dhe 37.2% të tjerë thjesht janë dakord. Shumica e tyre me 91.9% pranojnë faktin se ndjekin udhëzimet e mjekut dhe se një pjesë e konsiderueshme e tyre me 96.9% pranojnë gjithashtu se bëjnë kontrolle mjekësore për parandalimin e sëmundjes, duhet theksuar se pjesë e rëndësishme e të pranuarit e këtij fakti është ndër të tjera edhe kultura e tyre përfshirë këtu mundësinë financiare apo marrjen e informacionit etj. Kështu 56.3% e pacientëve që janë shprehur se janë plotësisht dakord janë pacientë me arsim të mesëm dhe 25.8% janë me arsim të lartë, ndërkohë që në 96 raste ose 60.4% e atyre pacientëve që thjesht janë dakord janë sërish me arsim të mesëm dhe 24.5% me arsim të lartë, pjesa tjetër janë me arsim fillor (Tabela 8 në ANEKS). Gjithashtu shumica e tyre me 99.1% janë shprehur dakord apo plotësisht dakord se stafi i spitali duhet të ndryshojë shprehitë dhe sjelljet e tyre shëndetësore ndaj pacientëve (Tabela 12).

Tabela 12. Ndërgjegjësimi i pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit mjekësor

	Plotësisht dakord	Dakord	Neutral	Pjesërisht dakord	Aspak dakord	Total
Mbrojtja prej sëmundjeve	55.6	37.2	5.9	1.3	.0	100.0
Duke ndjekur udhëzimet e mjekut	53.8	45.3	.9	.0	.0	100.0
Bëjnë kontrolle mjekësore për	47.2	49.7	1.9	1.3	.0	100.0

parandalimin e sëmundjes						
Stafi i spitali duhet të ndryshojë shprehjet e tyre shëndetësore dhe sjelljen	51.6	47.5	.9	.0	.0	100.0

Teknologjia

Përdorimi i teknologjisë bashkëkohore është një tjetër aspekt që lidhet drejtpërdrejt me shërbimet shëndetësore pasi tashmë dihet se teknologjia në përgjithësi dhe ajo mjekësore në veçanti avancon ditë pas dite. Kështu vënia në përdorim e teknologjisë së re e cila përdoret edhe në vendet e rajonit e më gjerë përbën një avancim të mirë të sistemit shëndetësor në Kosovë por edhe përshtatje me standardet dhe nevojat e kohës gjithashtu pavarësisht se kjo shpesh shoqërohet edhe me kosto më të lartë shëndetësore për pacientin. Kështu a i takon vlerësimit aktual për pajisjet mjekësore 35% e tyre nuk janë dakord ose aspak dakord sa i takon gjendjes aktuale të pajisjeve mjekësore, ashtu sikurse 37.5% të tjerë nuk pajtohen gjithashtu se analizat e kryera me pajisjet aktuale përcaktojnë saktësisht diagnozën e tyre. Sa i takon trajtimit të tyre 64.1% kanë preferuar të jenë indiferent në përgjigje ndërsa 36% të tjerë nuk janë dakord me trajtimin që u bëhet në këto qendra spitalore. Edhe shërbimi shëndetësor ka vlera papajtueshmërie deri në 35.9% të tyre ndërsa sa i takon vlerësimit nëpërmjet dakordësisë lidhur me performancën e të punësuarve sërish 39.4% nuk janë aspak dakort qoftë edhe pjesërisht dakort. I njëjti vlerësim vërehet edhe me procedurat e punës dhe metodat e kryerjes së saj ku përgjigjet e të mos qenit aspak dakord apo pjesërisht dakord janë respektivisht 40.6% dhe 38.8% (Tabela 13).

Tabela 13. Vlerësimi i pacientëve lidhur me teknologjinë moderne në spital

	Plotësisht dakord	Dakord	Neutral	Pjesërisht dakord	Aspak dakord	Total
Pajisjet mjekësore	.3	4.7	60.0	32.8	2.2	100.0
Përcaktimin e Diagnozës	.0	4.7	57.8	34.7	2.8	100.0
Trajtimin	.0	.0	64.1	24.7	11.3	100.0
Shërbimin mjekësor	.0	.6	63.4	20.9	15.0	100.0
Performancën e të punësuarve	8.4	16.6	35.6	25.0	14.4	100.0
Procedurat e punës	1.3	14.7	43.4	30.9	9.7	100.0
Metodat e punës	.6	14.4	46.3	32.5	6.3	100.0

Performanca

Sa i takon vlerësimit të performancës së stafit të punonjësve në raport me faktin se teknologjia e avancuar ndikon tek performanca e tyre në përcaktimin e diagnozës së pacientit të dhënat e tabelës tregojnë se ndër ata pacientë që shprehen se janë plotësisht dakord sa i takon performancës së stafit 63% e tyre e lidhin këtë vlerësim me një vlerësim mesatar në përcaktimin e diagnozës, të ndjekur nga 33.3% që mendojnë se përcaktimi i saj është i mirë dhe vetëm 3.7% mendojnë se përcaktimi i saj është shumë i mirë. Ndërsa 84.9% e atyre që janë dakord mendojnë se përcaktimi i diagnozës mbetet në nivele të dobëta dhe pjesa tjetër mendojnë se ajo është shumë e dobët (Tabela 14).

Tabela 14. Performanca e stafit dhe vlerësimi lidhur me diagnozën e pacientit

Diagnoza	Performancën e të punësuarve					Total
	Plotësisht dakord	Dakord	Neutral	Pjesërisht dakord	Aspak dakord	
Shumë e mirë	1	0	0	0	0	1
%	3.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%
E mirë	9	0	0	0	0	9
%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.8%
Mesatare	17	8	0	0	0	25
%	63.0%	15.1%	.0%	.0%	.0%	7.8%
E dobët	0	45	113	0	0	158

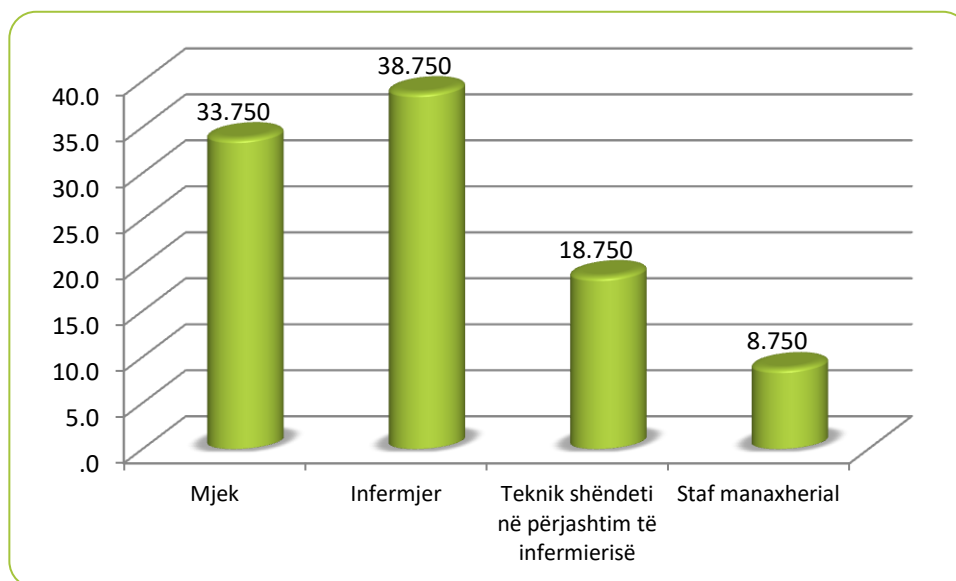
%	.0%	84.9%	99.1%	.0%	.0%	49.4%
Shumë e dobët	0	0	1	80	46	127
%	.0%	.0%	.9%	100.0%	100.0%	39.7%
Total	27	53	114	80	46	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5.3 Analizë përshkruese e faktorëve demografikë të pyetësorit për punonjës

Kampioni i punonjësve shëndetësor

Kampioni i punonjësve të spitaleve të cilat u përzgjedhën për realizimin e këtij studimi përmban intervistat e 80 prej tyre. Duke ditur se këto institucione përbëhen nga disa kategori punonjësish grafiku më poshtë tregon shpërndarjen e tyre sipas profesioneve. Kështu të dhënat tregojnë se 33.8% e të intervistuarve janë mjek dhe po kaq janë edhe infermierë/e, pjesa tjetër të cilët sigurisht janë më të paktë në numër përbëhet nga teknikë shëndeti dhe staf menaxherial respektivisht me 18.8% dhe 8.8% të totalit.

Grafiku 5. Shpërndarja e punonjësve sipas profesioneve



Mosha

Lidhur me vjetërsinë e punonjësve të intervistuar vërehet se eksperiencia e tyre varron nga 3 vite deri në maksimumi 37 vite me një mesatare prej 17 vite dhe devijim standard 9 vite (Tabela 15).

Tabela 15. Statistika përshkruese lidhur me eksperiencën në punë

	Numri	Minimumi	Maksimumi	Mesatarja	Devijimi standard
Sa vite eksperiencë keni në këtë profesion?	80	3	37	17	9

Punonjësit e këtyre spitaleve janë pyetur lidhur me opinionin e tyre sa i takon cilësisë së shërbimeve shëndetësore në institucionet shëndetësore ku ata punojnë dhe përgjigjet e tyre janë si më poshtë: 96.3% e tyre janë plotësisht dakord me faktin se kujdesi shëndetësor i pacientëve të tyre është korrekt, të ndjekur gjithashtu nga një numër sërish i konsiderueshëm punonjësish respektivisht me 82.3% që shprehen se janë plotësisht dakord me faktin se diagnoza është e saktë dhe trajtimi që marrin pacientët është ai i duhuri. Disponueshmërinë e shërbimeve luksoze në spital ka dakordësuar 26.3% të tyre dhe pjesa tjetër me 73.8% kanë deklaruar se janë plotësisht dakord. Edhe përdorimi i teknologjisë mjekësore modern ka pajtueshmërinë e 96.3% të tyre, 2.5% janë neutral në përgjigje dhe një pjesë tepër e vogël pajtohen pjesërisht. 76.3% e punonjësve të anketuar lidhur me njohjen e informacioneve të ndryshme të rëndësishme nga ofruesit e shërbimeve për punën e tyre kanë qëndruar indiferent në përgjigje ndërkohë pjesa tjetër prej 23.8% janë dakord ose plotësisht dakord me këtë fakt ku 57.1% e tyre që janë dakord janë me profesion e mjekut dhe pjesa tjetër me 42.9% janë infermierë (Tabela 1 në ANEKS). Disponueshmërinë e shërbimeve adekuate teknike ka marr dakordësinë e 32.6% dhe pjesa tjetër nuk ka përgjigje të përcaktuar qartë duke mbetur kështu neutral.

Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion ka gjithashtu një pajtim relativisht të ulët në vlerën prej 18.8% ndërsa lidhur me proceset 86.3% e tyre shprehen se janë plotësisht dakord. Ofrimi i shërbimeve për numrin maksimal të pacientëve brenda mundësive ka marrë dakordësinë e vetëm 16.3% të numrit total të punonjësve ndërsa përkundrazi shumica e tyre me 70.1% e tyre nuk pajtohen aspak ose pajtohen pjesërisht me përshtatshmërinë e shërbimeve shëndetësore të mjedisit ku ata punojnë duke nënkuptuar, zakonet, traditat dhe kulturën (Tabela 16).

Tabela 16. Vlerësimi i punonjësve lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutra l	Dakor d	Plotësisht t dakord	Total
Diagnozën e saktë dhe trajtimin e duhur	0	0	1.3	6.3	92.5	100.0
Arti i kujdesit mjekësor (aspekti human p.sh. respekti)	0	0	0	3.8	96.3	100.0
Disponueshmërinë e shërbimeve luksoze në spital	0	0	0	26.3	73.8	100.0
Përdorimi i teknologjisë moderne në ofrimin e shërbimeve shëndetësore	0	1.3	2.5	7.5	88.8	100.0
Njohja e informacioneve të ndryshme të rëndësishme nga ofruesit e shërbimeve për punën e tyre	0	0	76.3	8.8	15.0	100.0
Disponueshmërinë e shërbimeve adekuate teknike	0	0	67.4	28.8	3.8	100.0
Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion	0	0	81.3	5.0	13.8	100.0
Lidhur me proceset	0	0	0	13.8	86.3	100.0

Ofrim i shërbimeve për numrin maksimal të pacientëve brenda mundësive	0	5.0	78.8	6.3	10.0	100.0
Përshtatshmëria e shërbimeve shëndetësore për mjedisin (zakonet, traditat dhe kulturat)	28.8	41.3	30.0	0	0	100.0

Opinionin për përkufizimet

Pjesë e rëndësishme e këtij pyetësi është konsideruar edhe krahasimi i një sërë përkufizimesh të çështjeve bazike të ofrimit të shërbimeve shëndetësore gjithashtu. Së pari u konsiderua si shumë e përshtatshme që pikërisht ofruesit e këtyre shërbimeve të jepnin opinionin e tyre lidhur me përkufizimin e këtij shërbimi si dhe elementët e tjerë që lidhen me këto shërbime sipas dy sistemeve i pari i cili i konsideron pacientët si klientë dhe i dyti i cili i konsideron pacientët thjesht pacientë. Kështu sa i takon çështjes lidhur me *Përkufizimi i konsumatorëve* 65% e tyre pranojnë se klientët janë përdoruesit dhe ofruesit ndërsa 35% shprehen se klientët janë vetëm pacientët (Tabela 17).

Tabela 17. Krahasimi lidhur me përkufizimin e konsumatorëve

Nr	Elementët e krahasimit		Për qindja		Për qindja
1	Përkufizimi i konsumatorëve	1.Klientët janë vetëm pacientët	35%	2.Klientët janë përdoruesit dhe ofruesit	65%
		3. Komunikimi me ta kur ka pasur ankesë apo problem	60%	4.Komunikimi i vazhdueshëm me ta për të ditur dhe pritshmëria e tyre	40%

Sa i takon përkufizimit të proceseve vërehet se shumica e tyre me 65% bien dakord se proceset nënkuptojnë të gjitha shërbimet klinike dhe jo-klinike dhe pjesa tjetër me 35% i referohen vetëm shërbimeve klinike (Tabela 18).

Tabela 18. Krahasimi lidhur me proceset

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
2	Proceset	1.Vetëm shërbimet klinike	35%	2.Të gjitha shërbimet klinike dhe jo-klinike	65%

Si në çdo sektor tjetër edhe në atë të mjekësisë hasen probleme nga më të ndryshmet kështu të pyetur si e konceptojnë vetë punonjësit e stafit zgjidhjen e tyre 54% shprehen se e konceptojnë atë si shmangia nga kërkimi dhe gjetja e problemeve dhe pjesa tjetër me 46% si të kërkuarit dhe gjetjes së mundësive për zgjidhjen e tij. 60% mendojnë se përdorimi i metodës reaktive dhe sistemi i respektimit është zgjidhja e duhur ndërkohë që pjesa tjetër me 40% mendojnë se metoda pro-aktive është e duhura për gjetjen e zgjidhjes së problemeve (Tabela 19).

Tabela 19. Krahasimi lidhur me mënyrën e zgjidhjes së problemeve

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
3	Zgjidhja e problemeve	1. Shmangia nga kërkimi dhe gjetja e problemeve	54%	2.Kërkoni dhe gjeni probleme për mundësitë e përmirësimit	46%
		3. Duke përdorur metodën reaktive dhe sistemin e	60%	4. Duke përdorur metodën	40%

		inspektimit		proaktive dhe sistemin parandalues për zgjidhjen e problemit	
--	--	-------------	--	--	--

Lidhur me shkakun e problemit shumica e tyre e shikojnë atë tek stafi i spitalit dhe pjesa tjetër me 37% tek sistemi menaxherial, proceset apo dhe procedurat e spitalit (Tabela 20).

Tabela 20. Krahasimi lidhur me shkakun e problemit

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
4	Shkaku i problemit	1.Stafi	63%	2.Sistemi menaxherial, procesi dhe procedurat	37%

Pranimi i gabimeve shihet si pranim i pjesshëm apo i kufizuar nga 58% dhe 42% i kuptojnë gabimet si shmangie dhe parandalim i tyre para se ato të ndodhin. Kjo pasi gabimet në shërbimet shëndetësore sjellin pasoja të rënda dhe ndonjëherë edhe fatale për jetën e pacientit (Tabela 21).

Tabela 21. Krahasimi lidhur me gabimet

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
5	Gabimet	1.Pranimi i gabimeve ne masë te kufizuar	58%	2.Shmangi gabimet dhe parandaloi para se të ndodhin	42%

Kur bëhet fjalë për planifikimin sërish shumica e tyre me 58% i referohen planifikimit afat-shkurtër ndërsa 42% të tjerë atij afatgjatë (Tabela 22).

Tabela 22. Krahasimet lidhur me planifikimin

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
6	Planifikimi	1.Afat-shkurtër	58%	2.Strategji, afat-gjatë	42%

Krahasimi i përkufizimit që lidhet me përmirësimet tregon se 66% e kuptojnë atë kur ka probleme dhe nevojë dhe 34% të tjerë janë pak më tepër parashikues duke e kuptuar atë si proces të vazhdueshëm (Tabela 23).

Tabela 23. Krahasimi lidhur me përmirësimet

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
7	Përmirësimet	1.Kur ka probleme dhe nevojë	66%	2.Përmirësim i vazhdueshëm	34%

Sa i takon shprehjes së performancës të dhënat e mëposhtme tregojnë se ato lidhen kryesisht me rezultatet afat-shkurta për 65% të stafit të anketuar dhe si procese afat-gjata nga pjesa tjetër me 35% (Tabela 24).

Tabela 24. Krahasimi lidhur me shprehjen e performancës

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
8	Shprehjet e performancës	1.Rezultatet afat-shkurtër	65%	2. Procese dhe rezultate afat-gjatë	35%

Kur thuhet metoda 71% nënkuptojnë tërësinë e metodave përfshirë ato statistikore, treguesit dhe gjithçka tjetër e analizuar në lidhje me cilësinë e kontrolli dhe pjesa tjetër

me 229% i referohen më së shumti metodave në kuptimin e zhvillimit të mëtejshëm (Tabela 25).

Tabela 25. Krahasimi lidhur me metodat

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
9	Metodat	1.Shumë si metodat statistikore, treguesit e cilësisë të kontrollit	71%	2. Më shumë zhvillim dhe metoda të kuptuarit	29%

Krahasimi lidhur me përkufizimin e përgjegjësisë për cilësinë e shërbimeve shëndetësore për 66% nënkupton punonjësit dhe 34% nënkuptojnë menaxhmentin e spitalit dhe sistemin e ndërtuar nga ata vetë (Tabela 26).

Tabela 26. Krahasimi lidhur me përgjegjësinë për cilësinë

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
10	Përgjegjësi për cilësinë	1.Punëtorët	66%	2. Menaxhmenti dhe sistemi	34%

Krahasimi lidhur me realizimin e cilësisë tregon se kur thuhet realizim i cilësisë më së shumti nënkuptohen inspektorët dhe specialistët me 65% të përgjegjësive dhe pjesëmarrje dhe bashkëpunim nga të gjithë nga 35% të tjerë. Ndërkohë që ky proces për 58% i referohet Komiteteve cilësore që përfshijnë anëtarë mjekë dhe nga 42% të tjerë si komitete cilësore që përfshijnë anëtarët mjekë dhe menaxherët (Tabela 27).

Tabela 27. Krahasimi lidhur me realizimin e cilësisë

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
11	Realizimin e cilësisë	1. Inspektorët dhe specialistët	65%	2. Pjesëmarrje dhe bashkëpunim i të gjithë punëtorëve	35%
		3. Komitete cilësore që përfshijnë anëtarë mjekë	58%	4. Komitete cilësore që përfshijnë anëtarët mjekë dhe menaxherët	42%

Krahasimi lidhur me pozicionin e autoritetit tregon se autoriteti nënkupton centralizim nga 60% e tyre ndërsa 40% e kuptojnë atë si delegim kompetencash. Pothuaj i njëjti rezultat paraqitet edhe në përgjigjet lidhur me vendimmarrjen ku 58% janë të mendimit se ajo varet nga menaxhmenti i lartë i spitalit ndërsa 42% të tjerë kur thuhet vendimmarrje nënkuptojnë faktet dhe pjesëmarrjen që çon në vendimmarrje (Tabela 28).

Tabela 28. Krahasimi lidhur me pozicionin e autoritetit

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
12	Pozicioni i autoritetit	1. I centralizuar	60%	2. Delegimi i kompetencave	40%
		3. Vendim marrja varet nga dijenia e menaxherëve të lartë	58%	4. Vendimmarrja varet nga faktet dhe nga pjesëmarrja e plotë	42%

Sa i takon përkufizimit që lidhet me shërbimet e projektimit 57% e tyre i referohen kuptimit të përcaktuar nga puna në ekip ndërsa 43% mendojnë se këtë përcaktohen nëpërmjet departamenteve të specializuara. Sa i takon njohurive në dobi të këtyre shërbimeve 63% e stafit të pyetur mendojnë se këto shërbime lidhen kryesisht me njohuritë dhe përvojën e ekspertëve dhe pjesa tjetër me 37% i referohen më së shumti fakteve të mbledhura nga konsumatorët e këtyre shërbimeve (Tabela 29).

Tabela 29. Krahasimi lidhur me shërbimet e projektimit

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
13	Shërbimet e projektimit	1. Përcaktohen nga departamentet e specializuara	43%	2.Të përcaktuar nga puna në ekip	57%
		3.Varet nga njohuria e ekspertëve	63%	4.Varet nga faktet e mbledhura nga konsumatorët	37%

Lidhur me kuptimin e menaxherit stafi i pyetur pothuaj ndahet përgjysmë në këtë përkufizim pasi 49% e tyre nënkuptojnë se menaxherët dine më tepër se vartësit e tyre dhe 51% të tjerë mendojnë të kundërtën që pjesa tjetër e stafit kanë më tepër njohuri se menaxhmenti i lartë i tyre. Në këtë kontekst sipas 66% të stafit të pyetur stafi duhet vetëm të dëgjojë dhe të ekzekutojë urdhrat e dhëna ndërkaq 34% të tjerë preferojnë ta lidhin këtë fakt me idenë se punonjësit e stafit duhet të marrin pjesë në përmirësimin e sistemit (Tabela 30).

Tabela 30. Krahasimet lidhur me menaxherët

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
14	Menaxherët	1.Din me shumë se	49%	2.Punëtorët dinë më shumë se sa	51%

		varësitet		menaxherët për punën e tyre	
		3.Punëtorët vetëm dëgjojnë dhe ekzekutojnë	66%	4.Punëtorët marrin pjesë në përmirësimin e sistemit	34%

Cili është raporti midis produktivitetit dhe kualitetit në opinionin e tyre? Sipas opinionit të 66% të tyre produktiviteti dhe kualiteti nënkupton qëllimet kontradiktore ndërsa për 34% të tjerë ai nënkupton se përmirësimi i kualitetit rrit produktivitetin (Tabela 31).

Tabela 31. Krahasset lidhur me produktivitetin dhe kualitetin

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
15	Produktiviteti dhe kualiteti	1.Qëllimet kontradiktore	66%	2.Përmirësimi i kualitetit të çon në produktivitet	34%

Krahasimi i fundit që lidhet me strukturën e organizimit ka në total 8 alternativa që krahasohen dy e nga dy. Kështu 45% e tyre kur thonë struktura mendojnë hierarki dhe pjesa tjetër faktin se ajo konsiderohet e drejtë. Gjithashtu 45% e mendojnë atë statike dhe pjesa tjetër të ndryshueshme. 49% i konsiderojnë departamentet të izoluar ndërkohë që 51% të tjerë mendojnë të kundërtën hierarki mund të konsiderohet edhe thyerje e barrierave ndërmjet departamenteve. Për 60% hierarki do të thotë komunikim vertikal dhe për pjesën tjetër komunikim horizontal (Tabela 32).

Tabela 32. Krahasimi lidhur me strukturën e organizimit

Nr	Elementët e krahasimit		Përqindja		Përqindja
----	------------------------	--	-----------	--	-----------

16	Struktura e organizimit	1. Hierarkia	45%	2. I drejtë	55%
		3. Statike	45%	4. I ndryshueshëm	55%
		5. Departamente të izoluar	49%	6. Thyerje e barrierave ndërmjet departamenteve	51%
		7. Komunikim vertikal	60%	8. Komunikim horizontal	40%

Sa i takon vlerësimit që kanë bërë punonjësit e spitalit objektivave të sistemit menaxherial cilësor të institucionit të tyre 92.5% e tyre janë plotësisht dakord se këto objektiva lidhen me vlerësimin e cilësisë, 95% të tjerë gjithashtu vlerësojnë dhe pajtohen plotësisht edhe me sigurimin e cilësisë së ofrimit të shërbimeve gjithashtu. Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë së shërbimeve ka pajtuar plotësisht 88.8% të punonjësve (Tabela 33).

Tabela 33. Opinioni i punonjësve lidhur me objektivat e sistemit menaxherial cilësor

	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Vlerësimi i cilësisë	7.5	92.5	100.0
Sigurimi i cilësisë	5.0	95.0	100.0
Përmirësimi i cilësisë	11.3	88.8	100.0

Por cili është opinioni dhe vlerësimi i punonjësve lidhur me elementët që përfaqësojnë planet e cilësisë? Marrja e mbështetjes nga menaxherët e lartë për programe cilësore, pajtohet plotësisht nga 73.8% e tyre ku 35.6% e tyre janë infermierë, 27.1% mjek dhe pjesa tjetër respektivisht me 25.4% dhe 11.9% janë teknikë shëndeti por jo infermierë dhe staf menaxherial (Tabela 2 në ANEKS). Pra ajo që vihet re në këtë shpërndarje

është se pavarësisht se stafi menaxherial ka përqindje të ulët në krahasim me totalin, pra vetëm 11.9% ata të gjithë pa përjashtim janë plotësisht dakord. *Përmirësimin e procesit të punës i cili parashikon Hapat e punës, metodat si dhe sistemin në tërësi*, ka marrë pajtueshmërinë totale prej 90% ndërkohë që 10% janë neutral në përgjigje. Përmbushja e kënqësive të konsumatorëve (pacientëve) të jashtëm gjithashtu në total ka marrë dakordësinë e të gjithë punonjësve, pra të gjithë mendojnë dhe bien dakord që pacientët dalin të kënaqur nga trajtimi i tyre në këto spitale prej punës dhe shërbimit që ata vetë ofrojnë. E njëjta gjë vërehet edhe në përgjigjet e tyre sa i takon vlerësimit të kënaqësisë lidhur me konsumatorët (pacientët) që gjenden të shtruar në spital. *Disponueshmëria e ambientit të përshtatshëm kulturor për realizimin e cilësisë*, ka dakordësuar vetëm 57.5% të tyre dhe pjesa tjetër e punonjësve nuk ka një përgjigje definitive. *Përmirësimin e menaxhimit të burimeve njerëzore dhe Përmirësimi i performancës së punëtorëve* reflekton dakordësinë respektivisht të 100% dhe 92.5% të punonjësve, gjë që tregon se këta dy indikatorë janë tepër të rëndësishëm dhe përmirësimi i vazhdueshëm i tyre rrit gjithnjë e më tepër cilësinë e shërbimeve shëndetësore. I njëjti vlerësim vihet re edhe në lidhje me *Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion. Përdorimi i metodave më të avancuara për shërbime cilësore si dhe Përdorimi i teknologjisë moderne* sërish kanë vlerësim maksimal nga punonjësit respektivisht me 98.7% dhe 92.5% të përgjigjeve ndërsa Vendosja e objektivave të nevojshme për përmirësimin e cilësisë ka dakordësuar pak më tepër se gjysmën e tyre me 51.3% dhe pajtuar plotësisht 46.3% të tjerë (Tabela 34).

Tabela 34. Vlerësimi lidhur me planet e cilësisë

	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Marrjen e mbështetjes nga menaxherët e lartë për programe cilësore	0	12.5	13.8	73.8	100.0
Përmirësimin e procesit të punës (Hapat e punës, metoda dhe sistemi)	0	10.0	42.5	47.5	100.0
Përmbushja (kënaqja) e konsumatorëve të jashtëm	0	0	17.5	82.5	100.0
Përmbushja (kënaqja) e konsumatorëve të brendshëm	0	0	10.0	90.0	100.0
Disponueshmëria e ambientit të përshtatshëm kulturor për realizimin e cilësisë	0	42.5	20.0	37.5	100.0
Përmirësimin e menaxhimit të burimeve njerëzore	0	0	55.0	45.0	100.0
Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion	0	7.5	26.3	66.3	100.0
Përdorimi i metodave më të avancuara për realizim cilësorë	0	1.3	27.5	71.3	100.0
Vendosjen e objektivave të nevojshme për përmirësimin e cilësisë	0	2.5	51.3	46.3	100.0
Përmirësimi i performancës së punëtorëve	2.5	5.0	26.3	66.3	100.0
Përdorimi i teknologjisë moderne në vend të pajisjeve të përdorura	0	7.5	25.0	67.5	100.0

Cili është vlerësimi i punonjësve të cilët janë pyetur edhe në lidhje me përkufizimin e menaxhimit të cilësisë (MC)? 80% e tyre pajtohen plotësisht se MC është ekuivalent me shumën totale për të gjitha shërbimet e ofruara (mjekësore, ndihmëse klinike dhe administrative). Ndërkohë që 17.5% janë dakord me këtë përkufizim dhe pjesa tjetër me 2.5% janë neutral. Pamje të plotë (hollësishme) për ofruesit dhe përfituesit e shërbimeve

shëndetësore ka dakorduar totalisht 41.3% dhe 56.3% të tjerë thjesht janë dakord në një kohë që përkufizimi tjetër se MC do të thotë *pamje të integruar të shërbimeve shëndetësore të ofruara në bazë të bashkëpunimit ndërmjet të gjithë punëtorëve* ka sërish dakordësi totale tepër të lartë me 97.5%. *Pamje të integruar të shërbimeve shëndetësore të ofruara në bazë të bashkëpunimit ndërmjet të gjithë punëtorëve* është e pajtueshme për 68.8% dhe plotësisht e pajtueshme për 28.8% të tjerë. *Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve dhe Përmirësimi i vazhdueshëm i të gjithë performancave në punë* kanë secila respektivisht pajtueshmërinë e 88.8% të punonjësve ndërsa përmirësimi i vazhdueshëm i mjedisit së punës llogaritet deri në 90% të dakordësisë së tyre. Sa i takon definicionit se MC nënkupton *korrigjimin e devijimeve nga standardi i vendosur* ka bërë plotësisht dakord në opinion 42.5% ndërsa fakti se *MC varet nga inspektimi* ka marrë në total dakordësinë e 61.3% të punonjësve. *Bërja e gjësë së duhur herën e parë dhe gjatë gjithë kohës* ka marrë dakordësinë e të gjithë punonjësve ndërsa *përshtatja me shërbimet e standardeve cilësore* ka bërë dakord 71.3% të tyre. *Kënaqja (përmbushja) e kërkesave së pacientit dhe punonjësve gjithashtu* ka pajtueshmërinë e gjithë punonjësve pa diskutim ashtu sikurse duke e barazuar MC me *koston e shërbimeve* ka reflektuar dakordësinë e 80% të tyre sepse mbi të gjitha edhe vetë këta punonjës një herë apo më shumë janë pacientë të vetë stafit të tyre apo stafeve të tjera. *Zbatimi i parimeve të MC dhe Përdorimin e MC mjeteve të përshtatshme* janë konsideruar si përkufizime të sakta lidhur me MC respektivisht nga 77.5% dhe 53.8% e punonjësve totalë. *Përputhja me ndryshimin e kulturës dhe Ndryshimi i kulturës së cilësisë* ka pajtueshmërinë e padiskutueshme nga 23.8% ndërsa definicioni se MC do të thotë thjesht zbatimi i parimeve ka dakordësuar në total 77.5% (Tabela 35).

Tabela 35. Vlerësimi lidhur me përkufizimin e Menaxhimit të Cilësisë

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutrale	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Shuma totale për të gjitha shërbimet e ofruara (mjekësore, ndihmëse klinike dhe administrative)	0	0	2.5	17.5	80.0	100.0
Pamje të plotë (hollësisht) për ofruesit dhe përfituesit e shërbimeve shëndetësore	0	0	2.5	56.3	41.3	100.0
Pamje të integruar të shërbimeve shëndetësore të ofruara në bazë të bashkëpunimit ndërmjet të gjithë punëtorëve	0	0	2.5	68.8	28.8	100.0
Varet nga inspektimi	0	3.8	35.0	56.3	5.0	100.0
Korrigjimi i devijimeve nga standardi i vendosur	0	1.3	33.8	22.5	42.5	100.0
Përshtatje të shërbimeve të standardeve cilësore	0	0	28.8	42.5	28.8	100.0
Bërja e gjësë së duhur herën e parë dhe gjatë gjithë kohës	0	0	0	35.0	65.0	100.0
Përmirësimin e vazhdueshëm të proceseve	0	0	5.0	88.8	6.3	100.0
Përmirësimin e vazhdueshëm të mjedisit së punës	0	0		90.0	10.0	100.0
Përmirësimin e vazhdueshëm të gjithë performancës në punë	0	0	2.5	88.8	8.8	100.0
Kënaqja (përmbushja) e kërkesave së pacientit	0	0		58.7	41.3	100.0
Kënaqja (përmbushja) e kërkesave së stafit	0	0			100.0	100.0
Kostoja e shërbimeve	0	2.5	22.5	42.5	32.5	100.0
Përputhje me ndryshimin e kulturës	0	2.5	45.0	28.8	23.8	100.0
Zbatimi i parimeve të MC	0	0	22.5	58.8	18.7	100.0

Përdorimin e MC mjeteve të përshtatshme	0	0	46.3	32.5	21.3	100.0
Ndryshimi i kulturës së cilësisë	0	0	35.0	41.3	23.8	100.0

Si lidhen nevojat e punonjësve për të realizuar një menaxhim cilësor në spitalin ku ata punojnë? Kësaj pyetje 66.2% i janë përgjigjur se vetëm një sistem gjithëpërfshirës çon në realizimin e cilësisë ndërkohë që në opinionin e 83.8% punonjësve nevojat e menaxhimit cilësor lidhen drejtpërdrejt me përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore të ofruara. Menaxhimi i lartë mbështet aplikimin MC ka pajtuar plotësisht 38.8% dhe 27.5% janë shprehur se janë dakord. Një pjesë e vogël e tyre nuk pajtohen ndërsa 27.5% kanë qëndruar neutral në përgjigje. Përmirësimi i procesit si nevojë e një menaxhimi cilësor ka bërë që 67.5% e punonjësve të mos jenë dakord ndërkaj sakatisfakcionin e pacientëve rezulton dakordësinë totale të 53.8% të tyre. Sa i takon vlerësimin lidhur me satisfakcionin e punëtorëve të gjithë punonjësit e intervistuar janë shprehur totalisht se nuk janë aspak dakord me këtë fakt dhe me faktin tjetër se të përmirësimi i mjedisit kulturor dhe përdorimi i mjeteve të ndryshme për përmirësimin e kualitetit është nevojë për një menaxhim cilësor gjithashtu. Ndërsa e kundërta ndodh me vlerësimin e tyre lidhur me faktin se përmirësimi i menaxhmentit të resurseve humane apo shfrytëzimi maksimal i burimeve në dispozicion pasi të gjithë bien dakord e plotësisht dakord madje këto dy çështje konsiderohen nevojë e domosdoshme për një menaxhim cilësor spitalor (Tabela 36).

Tabela 36. Vlerësimi lidhur me nevojat e një menaxhimi cilësorë në një spital

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Një sistem gjithëpërfshirës për realizimin e cilësisë	.0	.0	33.8	23.7	42.5	100.0

Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore të ofruara	.0	2.5	13.8	30.0	53.8	100.0
Menaxhimi i lartë mbështet aplikimin MC	2.5	3.8	27.5	27.5	38.8	100.0
Përmirësimi i procesit	10.0	57.5	13.8	7.5	11.3	100.0
Të kuptuarit mbi satisfacionin e pacientëve	8.8	11.3	26.3	33.8	20.0	100.0
Të kuptuarit mbi satisfacionin e punëtorëve	100.0	.0	.0	.0	.0	100.0
Të përmirësuarit e mjedisit kulturor	100.0	.0	.0	.0	.0	100.0
Të përmirësuarit e menaxhmentit të resurseve humane	.0	.0	.0	33.8	66.3	100.0
Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion	.0	.0	.0	43.8	56.3	100.0
Përdorimi i mjeteve të ndryshme për përmirësimin e kualitetit	100.0	.0	.0	.0	.0	100.0

Edhe çështja e menaxhmentit të lartë të spitalit gjithashtu dhe si e tillë punonjësit janë pyetur dhe e kanë vlerësuar këtë temë dhe ¼ e tyre pajtohen plotësisht me faktin se *menaxhmenti i lartë i spitalit ku ata punojnë është i angazhuar për të siguruar burimet e nevojshme për përmirësimin e cilësisë*, ndërsa 35% të tjerë thjesht janë dakord dhe një numër i vogël i tyre nuk është aspak dakord ose e pranojnë pjesërisht këtë fakt me 13.8%. Sipas 43.8% të punonjësve të intervistuar *menaxhmenti i lartë e di se konceptet e MC janë të përkryera* dhe 15.1% të tjerë nuk pajtohen aspak apo e pranojnë pjesërisht idenë se *menaxhmenti i lartë është në gjendje ta aplikojë MC*. Shumica e tyre me 83.8% pranon dhe beson se *menaxhmenti i lartë i spital është i interesuar në menaxhimin e burimeve njerëzore në konkurrencë me MC* dhe 40% pajtohen me faktin se *menaxhmenti i lartë i institucionit të tyre është i interesuar në fitimin e satisfacionit të*

punëtorit. Janë të interesuar në procesin e përmirësimit konfirmohet plotësisht nga 72.5% e punonjësve ndërsa 60.1% të tjerë pranojnë se janë dakord apo plotësisht dakord me faktin se *menaxherët e lartë të spitalit janë të interesuar në fitimin e satisfakcionit të pacientit. Mbajtja e kualitetit të nevojshëm mjedisor dhe përmbajtjen e kostos së shërbimeve* kanë marrë dakordësinë e respektivisht 43.8% dhe 82.6% të punonjësve. *Përdorimi i mjeteve të MC apo planifikimi i shkëlqyer strategjik lidhur me cilësinë ka pajtuar në opinion respektivisht* vetëm 30% dhe 51.3% ndërkohë që pjesa dërmuese e tyre kanë qëndruar indiferent. *Pasqyrimi i shkëlqyer mbi misionin/vizionin dhe vlerat e MC* është pranuar respektivisht nga 57.6%, 56.3% dhe 58.8% e punonjësve ndërsa idenë se *objektivat e punës së këtyre punonjësve që lidhen me MC janë të qarta* ka bashkuar në dakordësi pak më tepër se gjysmën e tyre me 52.5% dhe pjesa tjetër me 38.8% janë neutral (Tabela 37).

Tabela 37. Vlerësimi lidhur me menaxhmentin e lartë në spital

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Është i angazhuar për të siguruar burimet e nevojshme për përmirësimin e cilësisë	5.0	8.8	26.3	35.0	25.0	100.0
Kupton se konceptet e MC janë të përkryera	1.3	3.8	51.3	35.0	8.8	100.0
Janë në gjendje të aplikojnë në MC	3.8	11.3	30.0	33.8	21.3	100.0
Janë të interesuar në menaxhimin e burimeve njerëzore në konkurrencë me MC	.0	3.8	17.5	33.8	45.0	100.0
Janë të interesuar në procesin e përmirësimit	5.0	7.5	15.0	30.0	42.5	100.0
Janë të interesuar në fitimin e satisfakcionit të pacientit	5.0	11.3	23.8	38.8	21.3	100.0
Janë të interesuar në	3.8	10.0	46.3	30.0	10.0	100.0

fitimin e satisfacionit të punëtorit						
Janë të interesuar në mbajtjen e kualitetit të nevojshëm mjedisor	5.0	11.3	40.0	32.5	11.3	100.0
Janë të interesuar në përdorimin e mjeteve MC	.0	6.3	63.8	25.0	5.0	100.0
Janë të interesuar për përmbajtjen e kostos	.0	2.5	15.0	61.3	21.3	100.0
Pajtohet se planifikimi strategjik për cilësinë është i shkëlqyer	1.3	7.5	40.0	31.3	20.0	100.0
Pajtohet se puna juaj ka plane të shkëlqyera të MC	.0	5.0	41.3	32.5	21.3	100.0
Pajtohet se puna juaj ka një pasqyrim të shkëlqyer mbi misionin e MC	1.3	7.5	33.8	41.3	16.3	100.0
Pajtohet se puna juaj ka një pasqyrim të shkëlqyer mbi vizionin e MC	.0	8.8	35.0	41.3	15.0	100.0
Pajtohet se puna juaj ka një pasqyrim të shkëlqyer mbi vlerat e MC	.0	7.5	33.8	40.0	18.8	100.0
Pajtohet se objektivat tuaja të punës mbi MC janë të qarta	.0	8.8	38.8	50.0	2.5	100.0

Por në opinionin e punonjësve si shikohen konsumatorët e shërbimit mjekësor? Përgjigja e kësaj pyetje tregon se 57.6% e punonjësve të intervistuar janë dakord se *spitali është i interesuar në njohjen e nevojave të pacientëve* dhe se 55% e tyre gjithashtu pajtohen me faktin se *spitalet janë të interesuara për njohjen e pritshmërisë së tyre*. Nga ana tjetër 13.8% të tjerë nuk bien dakord me idenë se *Spitali është i angazhuar për të realizuar nevojat e punonjësve të saj* ashtu sikurse në 26.3% nuk pajtohen gjithashtu me faktin se *Spitali është i prirur për të bashkëvepruar me punonjësit e saj*. Angazhimi i spitalit për të kuptuar nevojat e punonjësve të saj si dhe

përpyjekjet e tij për të realizuar pritjet e punonjësve ka pajtuar në mendim respektivisht vetëm 47.5% dhe 53.8% të tyre ndërkah pjesa tjetër ka qëndruar neutral apo kanë shprehur kundërshti të plotë apo të pjesshme. Vënia në fokus e pacientit apo vetë inkurajimi i punonjësve për përmbushjen e dëshirave të konsumatorëve ka pajtuar në ide respektivisht 61.3% dhe 78.8% të tyre ndërsa faktin se ekziston një sistem efektiv për zgjidhjen e problemeve së pacientëve 85.1% e tyre në një kohë që 5.1% të tjerë nuk pajtohen aspak apo pjesërisht (Tabela 38).

Tabela 38. Vlerësimi lidhur me konsumatorët e shërbimit shëndetësor

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Spitali është i interesuar në njohjen e nevojave	5.0	8.8	28.8	48.8	8.8	100.0
Spitali është i interesuar për njohjen e pritshmërive tua	2.5	11.3	31.3	42.5	12.5	100.0
Spitali është i angazhuar për të realizuar nevojat e punonjësve të saj	3.8	10.0	26.3	35.0	25.0	100.0
Spitali është i prirur për të bashkëvepruar me punonjësit e saj	12.5	13.8	27.5	37.5	8.8	100.0
Spitali është i angazhuar për të kuptuar nevojat e punonjësve të saj	11.3	15.0	26.3	35.0	12.5	100.0
Spitali bën përpjekje për të realizuar pritjet e punonjësve të saj	5.0	8.8	32.5	38.8	15.0	100.0
Menaxhmenti i spitalit inkurajon fokusimin e vëmendjes në pacientët	3.8	7.5	27.5	28.8	32.5	100.0
Ju preokuponi veten me përmbushjen e dëshirave të konsumatorëve në punën tuaj	2.5	8.8	10.0	32.5	46.3	100.0
Ekziston një sistem	1.3	3.8	10.0	33.8	51.3	100.0

efektiv për zgjidhjen e problemeve së pacientëve						
--	--	--	--	--	--	--

Sa i takon vlerësimit që punonjësit kanë lidhur me proceset, metodat dhe sistemin e punës në spital shumica e tyre me 78.8% janë dakord apo plotësisht dakord se spitali dhe menaxhmenti i tij ka përcaktuar hapa të qarta të punës për të ndihmuar për të realizuar cilësinë, ndërsa faktin se spitali ka metoda të qarta të punës për të ndihmuar për të realizuar cilësinë ka pajtuar 63.8% dhe ka marrë dakordësinë e padiskutuar vetëm të 11.3% të punonjësve ku ashtu sikurse edhe pritej të gjithë këta punonjës janë mjek (Tabela 3 në ANEKS). Politika të qarta të punës për të ndihmuar punonjësit për të realizuar cilësinë është vlerësuar nga 52.5% dhe plotësisht dakord nga 11.3% të tjerë ndërsa pjesa tjetër janë neutral ose nuk janë dakord respektivisht nga 27.5% dhe 8.8% e tyre (Tabela 39).

Tabela 39. Vlerësimi lidhur me Proceset, metodat dhe sistemin e punës në spital

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Ka hapa të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë	2.5	8.8	10.0	32.5	46.3	100.0
Ka metoda të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë	5.0	6.3	13.8	63.8	11.3	100.0
Ka politika të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë	1.3	7.5	27.5	52.5	11.3	100.0

Koordinimi i procedurave në dhënien e shërbimit shëndetësor ka marrë gjithashtu vëmendjen e menaxhimit cilësor në tërësi. Kështu referuar pyetjeve që matin këtë çështje vihet re se 42.5% e punonjësve të intervistuar janë pjesërisht dakord me faktin

se spitali i tyre ka ende nevojë për të lehtësuar procedurat e punës, ndërsa 30% të tjerë pajtohen plotësisht ose thjesht bien dakord me këtë kërkesë. Ndalimi i përsëritjes së procedurave të punës ka marrë aprovimin e 27.5% të punonjësve ndërkohë që gjysma e tyre nuk e pranojnë aspak ose pjesërisht këtë ide. Nevoja për koordinimin e proceseve të punës pranohet nga 28.8% ndërkohë që 46.8% të tjerë nuk dakordojnë mbi këto nevoja duke menduar se zinxhiri aktual i proceseve të punës në spitalet ku ata punojnë është plotësisht në rregull dhe nuk ka nevojë për ndërhyrje. Alternativës se spitali ka nevojë për të përjashtuar aktivitetet jo produktive ka bërë që të bien dakord 30.1% e punonjësve ndërkohë që një pjesë e konsiderueshme e tyre me 50.1% pajtohen pjesërisht ose nuk pajtohen aspak (Tabela 40).

Tabela 40. Vlerësimi lidhur me koordinimin

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Spitali ka nevojë për të lehtësuar procedurat e punës	7.5	42.5	20.0	17.5	12.5	100.0
Spitali ka nevojë për të ndaluar përsëritjen e punës	10.0	40.0	22.5	20.0	7.5	100.0
Spitali ka nevojë për tu koordinuar në mes të proceseve të ndryshme	8.8	38.8	23.8	18.8	10.0	100.0
Spitali ka nevojë për tu koordinuar mes hapave në kuadër të proceseve	7.5	42.5	20.0	17.5	12.5	100.0
Spitali ka nevojë për të përjashtuar aktivitetet jo produktive	8.8	41.3	20.0	21.3	8.8	100.0

Si vlerësohen elementët e MC nga punonjësit? Referuar faktit se spitali nuk është i interesuar në përmbushjen e kërkesave së pacientit kur përcaktohen proceset 23.3% e tyre janë dakord ose plotësisht dakord dhe 45% janë pjesërisht dakord. Nga ana tjetër alternativën se spitali nuk është i interesuar në përmbushjen e kërkesave së punonjësve

kur përcaktohen proceset e kanë miratuar plotësisht 7.5% dhe 26.3% janë shprehur dakord, ndërsa 38.8% të tjerë e kanë pranuar atë pjesërisht. 33.8% e tyre gjithashtu dakordojnë pjesërisht se *proceset duhen për të përmirësuar mjedisin organizativ*, 17.5% janë neutral dhe pjesa tjetër 38.8% bien dakord apo plotësisht dakord. Ideja se *proceset duhet të japin llogari për përmirësimin* ka dakordësuar 35.1% të tyre ndërkohë që 51.3% të tjerë nuk janë dakord ose e pranojnë atë pjesërisht. Shumica e tyre me 53.8% nuk pajtohen me faktin se *proceset duhet të kuptojnë përdorimin maksimal të burimeve në dispozicion* ashtu sikurse 21.6% nuk bien dakord edhe me faktin tjetër se *Proceset duhet të përdorin instruksione të MC* në një kohë kur 41.3% e punonjësve shprehen se janë plotësisht dakord apo thjesht dakord (Tabela 41).

Tabela 41. Vlerësimi lidhur me elementë të MC

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Spitali nuk ishte i interesuar në përmbushjen e kërkesave të pacientit kur përcaktohen proceset	21.3	45.0	10.0	17.5	6.3	100.0
Spitali nuk ishte i interesuar në përmbushjen e kërkesave të punonjësve kur përcaktohen proceset	7.5	38.8	20.0	26.3	7.5	100.0
Proceset duhen për të përmirësuar mjedisin organizativ	10.0	33.8	17.5	28.8	10.0	100.0
Proceset duhet të japin llogari për përmirësimin	20.0	31.3	13.8	26.3	8.8	100.0
Proceset duhet të kuptojnë përdorimin maksimal (optimal) të burimeve në dispozicion	18.8	35.0	15.0	23.8	7.5	100.0

Proceset duhet të përdorin instruksione të MC	8.8	13.8	36.3	20.0	21.3	100.0
---	-----	------	------	------	------	-------

Vazhdimësia dhe përmirësimi i procesit janë padyshim një element shumë i rëndësishëm i përmirësimit të proceseve dhe i menaxhimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore prandaj të pyetur lidhur me faktin se Menaxhimi i spitalit lejon pjesëmarrjen e punonjësve në proceset e projektimit 41.3% e tyre bien dakort dhe pjesa tjetër me 43.8% nuk e pranojnë aspak apo pjesërisht atë. Fakti se ka takime të vazhdueshme për të diskutuar proceset që rrisin përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë nuk pranohet nga 45.1% e tyre ndërsa idenë se vetë punonjësit janë të interesuar në përmirësimin e vazhdueshëm të proceseve në punën e tyre pjesa dërmuese e tyre me 86.2% pajtohen madje 28.7% e këtyre janë plotësisht dakort. Nga ana tjetër të gjithë punonjësit dakortësojnë që puna ekipore është një element i rëndësishëm në vlerësimin e proceseve dhe se realizimi i cilësisë është një element i rëndësishëm.

Alternativës se Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve kryhet përmes progresit gradual të përmirësimit pajton plotësisht në opinion 32.5% të tyre ndërsa një numër shumë i vogël i tyre me 3.8% pajtohen vetëm pjesërisht, ndërsa gjysma e tyre janë dakort padyshim.

Po ashtu edhe përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve fillonë me veprimtaritë më të rëndësishme në avancimin e cilësisë dhe përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve të kryera përmes punës ekipore kanë dakortësinë respektivisht të 81.3% të tyre (Tabela 42).

Tabela 42. Vazhdimësia dhe përmirësimi i procesit

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Menaxhimi i spitalit lejon pjesëmarrjen e punonjësve në proceset e projektimit	23.8	20.0	15.0	31.3	10.0	100.0
Ka takime të vazhdueshme për të diskutuar proceset që rrisin përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë	23.8	21.3	26.3	21.3	7.5	100.0
Ju jeni të interesuar në përmirësimin e vazhdueshëm të proceseve në punën tuaj	.0	.0	13.8	57.5	28.7	100.0
Puna ekipore është një element i rëndësishëm në vlerësimin e proceseve	.0	.0	.0	41.3	58.8	100.0
Realizimi i cilësisë është një element i rëndësishëm në vlerësimin e proceseve	.0	.0	3.8	51.3	45.0	100.0
Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve kryhet përmes progresit gradual të përmirësimit	.0	3.8	13.8	50.0	32.5	100.0
Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve fillon me veprimtaritë më të rëndësishme në avancimin e cilësisë	.0	3.8	15.0	48.8	32.5	100.0
Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve të kryera përmes punës ekipore	.0	1.3	17.5	45.0	36.3	100.0

Cili është vlerësimi që bëjnë punonjësit lidhur me sistemin e shërbimeve spitalore në tërësi? Vlerësimi jepet si më poshtë: 52.5% e tyre nuk bien dakord aspak ose e pranojnë pjesërisht faktin se në spitalet ku ata punojnë ekziston mundësia e delegimit të autoritetit (kompetencave). Shumica e tyre me 90.1% pajtohen me faktin se *Spitali përdor metoda moderne menaxheriale* ndërsa vlerësimi i performancës për të përcaktuar trendin efektiv të përmirësimit të cilësisë pranohet nga 35.1% e punonjësve ndërsa fakti se *Sistemi i vlerësimit të performancës shërben drejtimin MC* ka pajtuar pothuaj gjithë anketuesit me 91.2%. *Ka një sistem të integruar të stimujve të pranueshme nga të punësuarit* ka kundërshtinë e 68.8% të anketuarve ndërsa sa i takon faktit se *Sistemi i nxitjes fokusohet në punë ekipore pa shikuar dallimet në performancën individuale* ka dakordësinë e 32.5% të tyre. *Sistemi i nxitjes është i lidhur me një sistem të mirë për vlerësimin e performancës* nuk pajton në opinion 61.3% të punonjësve ndërsa 31.3% të tjerë e pranojnë (Tabela 43).

Tabela 43. Vlerësimi lidhur me sistemin

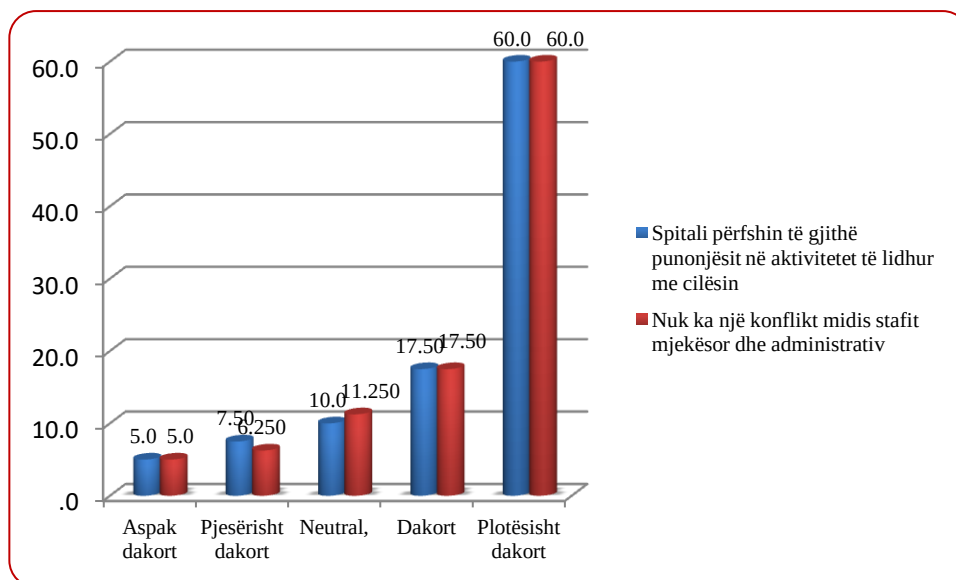
	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Ekziston një delegim i autoriteteve ne spital	20.0	32.5	26.3	17.5	3.8	100.0
Spitali përdorë metoda moderne menaxheriale	.0	.0	10.0	58.8	31.3	100.0
Spitali përdor vlerësimin e performancës për të përcaktuar trendin efektiv të përmirësimit të cilësisë	15.0	40.0	10.0	21.3	13.8	100.0
Sistemi i vlerësimit të performancës shërben drejtimin MC	.0	.0	8.8	41.3	50.0	100.0
Ka një sistem të integruar të stimujve të pranueshme nga të punësuarit	42.5	26.3	7.5	15.0	8.8	100.0
Sistemi i nxitjes (stimuj)	25.0	36.3	6.3	32.5	.0	100.0

fokusohehet në punë ekipore pa shikuar dallimet në performancat individuale						
Sistemi i nxitjes është e lidhur me një sistem të mire për vlerësimin e performancës	26.3	35.0	7.5	30.0	1.3	100.0

Vlerësimi

Pjesë e pyetësorit të punonjësve është edhe vlerësimi i tyre sa i takon mjedisit kulturor në spital. Kështu grafiku më poshtë tregon se 60% e tyre janë plotësisht dakord me faktin se spitali i përfshin të gjithë punonjësit në aktivitetet që lidhen me cilësinë ashtu sikurse po kaq pajtohen plotësisht edhe me faktin se nuk ka konflikte midis stafit mjekësor dhe atij administrative gjithashtu. 17.5% shprehen se janë dakord me të dyja pohimet që lidhen me mjedisin kulturor dhe pjesa tjetër edhe pse pak në numër nuk pajtohen (Grafiku 6).

Grafiku 6. Vlerësimi lidhur me mjedisin kulturor në spital



85.1% e stafit që punon në spitalet kryesore të Pejës gjykon dhe bie dakord se *spitali nuk ka nevojë për një ndryshim në kulturën e cilësisë të punësuarve* duke treguar se

situatë aktuale është optimale ndërsa lidhur me *rëndësinë e MC*- së të gjithë dakordojnë dhe janë të bindur mbi rolin që luan MC në përgjithësi dhe në ambientin spitalor në veçanti. Idenë se *nevoja për përmirësimin e cilësisë, jo domosdoshmërisht, rrit burimet financiare* e shprehin 32.5% dhe kanë bindjen e plotë vetëm 17.5% prej tyre, në një kohë që pajtueshmëria lidhur me faktin se *niveli i ulët i shërbimeve cilësore të çon në rritjen e kostove* ka marrë miratimin e 78.8% të totalit. *Vendimi i bazuar në fakte, vendimi për të zvogëluar riskun, vendimi për krijimin e mundësive për përmirësim* si dhe *vendimi bazuar në analiza shkencore* ka pajtuar pothuaj gjithë të anketuarit në një kohë që vlerësimi lidhur me faktin se *vendimi duhet bazuar në informacione të freskëta* ka dakordësuar vetëm 82.5% të tyre. *Marrja e rezultateve të aplikimit për vendimmarrje MC* ka bërë që të shprehen dakord një pjesë gjithashtu të konsiderueshme të tyre me 97.5% ndërsa *të kuptuarit e saktë të hapave të punës* ka marrë pa dyshim 100% të dakordësisë ashtu sikurse edhe pritej dhe po këtë rezultat dhe pritshmëri ka pasur edhe alternativa- *Ju bëni gjënë e duhur që në herën e parë dhe çdo here* (Tabela 44).

Tabela 44. Vlerësimi lidhur me njohuritë

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Spitali nuk ka nevojë për një ndryshim në kulturën e cilësisë të punësuarve	1.3	8.8	5.0	33.8	51.3	100.0
Kuptimi juaj për rëndësinë e MC është adekuat	.0	.0	.0	38.8	61.3	100.0
Nevoja për përmirësimin e cilësisë, jo domosdoshmërisht, rrit burimet financiare	.0	18.8	48.8	15.0	17.5	100.0
Niveli i ulët i shërbimeve cilësore të çon në rritjen e kostove	.0	15.0	6.3	27.5	51.3	100.0

Ju jeni të durueshëm në marrjen e rezultateve të aplikimit për vendimmarrje MC	.0	2.5	.0	2.5	95.0	100.0
Vendimi i juaj është i bazuar në fakte	.0	.0	.0	2.5	97.5	100.0
Vendimet tua janë të bazuara në zvogëlimin e riskut	.0	.0	.0	1.3	98.8	100.0
Vendimet tua janë të bazuara në krijimin e mundësive për përmirësim	.0	.0	1.3	3.8	95.0	100.0
Vendimet tua bazohen në informacione të freskëta	.0	1.3	16.3	17.5	65.0	100.0
Vendimet tua bazohen në analiza shkencore të informacionit	.0	.0	.0	1.3	98.8	100.0
Ju bëni gjënë e duhur që në herën e parë dhe çdo here	.0	.0	5.0	3.8	91.3	100.0
Ju keni të kuptuar perfekt të hapave në punën tuaj	.0	.0	.0	8.8	91.3	100.0

Vlerësimi i punonjësve sa i takon parandalimit dhe mbrojtjes së shëndetit të pacientëve të tyre i matur nëpërmjet alternativave të mëposhtme tregon se *parimi i mbrojtjes në punën e punonjësve* ka dakordësuar gjithë të anketuarit po kështu edhe alternativat e tjera si: *metodat e përshtatshme të mbrojtjes, mundësi në përmirësimin e punës, korrektimi i gabimeve në punë, si dhe faktin se menaxhmenti i spitalit rrënjës në nocionin e mbrojtjes në mendjet e të gjithë punonjësve*. 57.5% e tyre pajtohen me faktin se *punët që kryen nga stafi i caktuar nuk përsëriten nga personel tjetër* dhe 58.8% gjithashtu bien dakord edhe me faktin tjetër se *stafi asnjëherë nuk i përsërit detyrat dhe punët sërish por kjo alternative nga ana tjetër nuk patohet nga 20% të tjerë. Të qenit korrekt me punët dhe kryerja e tyre pa vonesa, si dhe fakti që drejtimi i spitalit nuk pranon*

kryerjen e gabimeve që sigurisht janë të rënda sepse lidhen drejtpërdrejt me shëndetin e pacientëve, ka marrë pajtimin e gjithë punonjësve, ndërsa përcaktimi i gabimeve apo arsyet e tyre tregon se respektivisht 11.3% dhe 21.3% e tyre nuk janë aspak dakord ose pjesërisht dakord. Alternativa se - *Spitali konsideron përkufizimin e problemeve si një mundësi për përmirësim*, ashtu sikurse edhe pritej ka dakordësuar të gjithë punonjësit e intervistuar gjithashtu (Tabela 45).

Tabela 45. Vlerësimi i punonjësve lidhur me parandalimin

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Ju vareni nga parimi i mbrojtjes në punën tuaj	.0	.0	.0	8.8	91.3	100.0
Ju përdorni metodat e përshtatshme të mbrojtjes	.0	.0	.0	21.3	78.8	100.0
Ju kërkoni për mundësi në përmirësimin e punës suaj	.0	.0	.0	13.8	86.3	100.0
Ju korrektoni gabimet në punën tuaj	.0	.0	1.3	20.0	78.8	100.0
Ju evitoni gabimet në të ardhmen	.0	.0	.0	18.8	81.3	100.0
Menaxhmenti i spitalit rrënjës në nocionin e mbrojtjes në mendjet e të gjithë punonjësve	.0	.0	.0	17.5	82.5	100.0
Ju nuk përsëritni disa nga punët të bëra nga stafi tjetër	3.8	17.5	21.3	35.0	22.5	100.0
Ju nuk përsëritni disa nga punët që keni bërë	5.0	15.0	21.3	33.8	25.0	100.0
Ju nuk vononi disa nga punët	.0	.0	.0	8.8	91.3	100.0
Menaxhmenti spitalor nuk pranon disa gabime në punë	.0	.0	.0	17.5	82.5	100.0
Menaxhimi spitalor përcakton vendet e mundësisë për gabime	3.8	7.5	3.8	7.5	77.5	100.0

Menaxhimi i spitalit largon arsyet e gabimeve para shfaqjes së tyre	3.8	17.5	21.3	35.0	22.5	100.0
Menaxhimi i spitalit zgjidh problemet pas shfaqjes së tyre	5.0	15.0	21.3	33.8	25.0	100.0
Spitali konsideron përkufizimin e problemeve si një mundësi për përmirësim	.0	.0	.0	7.5	92.5	100.0

Sistemi i informacionit të spitalit konsiderohet i shkëlqyer dhe kjo gjë ka pajtuar në opinion 71.3% të punonjësve ndërkohë që 18.8% të tjerë nuk e pranojnë këtë gjë aspak ose pjesërisht. Baza e të dhënave që disponon spitali konsiderohet e shkëlqyer gjithashtu nga 81.3% ndërkohë që 85.1% janë dakord se spitali përdor teknologjinë moderne në sistemin e informacionit. Sigurimi i informacionit të plotë dhe atij të nevojshëm nuk bind aspak ose pjesërisht respektivisht ¼ e tyre. Edhe fakti se Spitali siguron informacionin e kërkuar për përmirësimin e cilësisë dhe siguron informacionin e duhur për të aplikuar MC sërish ka kundërshtimin respektivisht të 27.5% dhe 32.5% e punonjësve në një kohë që pjesa më e madhe e tyre respektivisht me 57.5% dhe 56.3% bien dakord me këto alternativa. Fakti se spitali i trajnon punonjësit lidhur me përdorimin e informacionit pranohet nga 58.8% e punonjësve ndërsa një pjesë tjetër me rreth 1/3 e tyre nuk e konsiderojnë të tillë duke mos u pajtuar. Konsiderimi i informacionit si burim në realizimin e punës së tyre pranohet nga të gjithë të punësuarit ashtu sikurse edhe pritej pasi informacioni shëndetësor i vazhdueshëm dhe sa më i qartë është shumë i vlefshëm sidomos në shërbimin shëndetësor (Tabela 46).

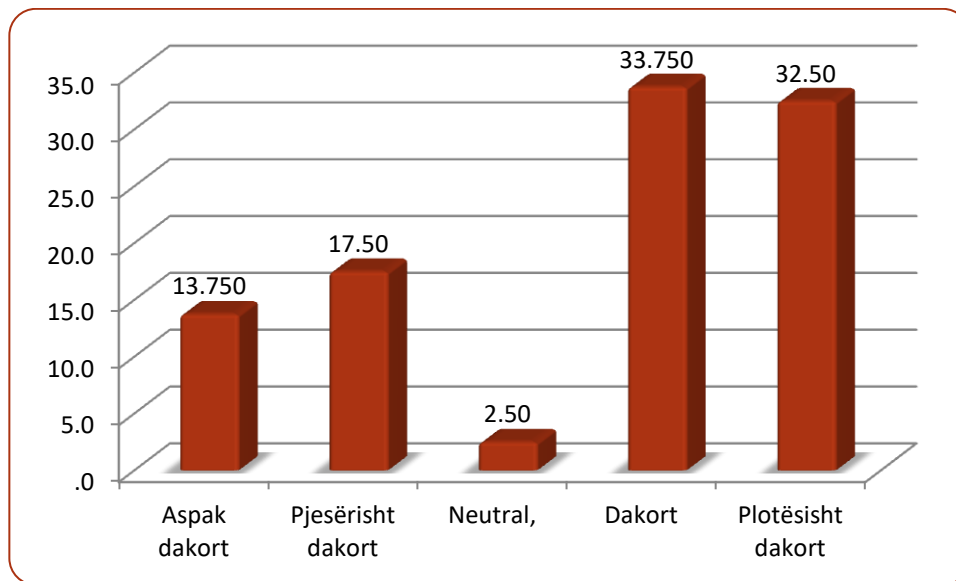
Tabela 46. Vlerësimi lidhur me informacionin

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral,	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Spitali ka një sistem të shkëlqyer të informacionit	5.0	13.8	10.0	51.3	20.0	100.0
Spitali ka një bazë të dhënash të shkëlqyer	1.3	3.8	13.8	22.5	58.8	100.0
Spitali përdor teknologjinë moderne në sistemin e informacionit	.0	6.3	8.8	51.3	33.8	100.0
Spitali ju ofron informacion të plotë	8.8	17.5	20.0	33.8	20.0	100.0
Spitali siguron informatat e reja për ju	10.0	15.0	13.8	32.5	28.8	100.0
Spitali siguron informacionin që ju nevojitet në punën tuaj	11.3	13.8	17.5	30.0	27.5	100.0
Spitali siguron informacionin e kërkuar për përmirësimin e cilësisë	10.0	17.5	15.0	35.0	22.5	100.0
Spitali siguron informacionin e duhur për të aplikuar MC	10.0	22.5	11.3	37.5	18.8	100.0
Spitali ju trajnon se si të përdorni informacionin	10.0	21.3	10.0	37.5	21.3	100.0
Informacioni është konsideruar si një burim i madh që mund t'ju ndihmojnë në realizimin e cilësisë në punën tuaj	.0	.0	.0	51.3	48.8	100.0

Përgjegjshmëria

Lidhur me pyetjen se - *Disa pacientë janë duke marrë shërbime shtesë për shkak të favorizimit?* pak më tepër se 1/3 e tyre janë dakord dhe po kaq shprehen se pajtohen plotësisht, pjesa tjetër me 13.8% nuk e pranojnë aspak si mundësi ku vlen të theksohet se të gjithë që kanë këtë ide janë mjek (Tabela 4 në ANEKS) dhe 17.5% të tjerë e pranojnë vetëm pjesërisht ku në këtë rast të gjithë janë infermierë. (Grafiku 7).

Grafiku 7. Disa pacientë janë duke marrë shërbime shtesë për shkak të favorizimit?



Kompetencat

Lidhur me kompetencat që punonjësit kanë vlerësuar kemi se 35% e tyre bien dakord madje plotësisht dakord me faktin se *spitali ku ata janë të punësuar është i interesuar në punësimin e njerëzve të kompetencës së lartë*, ndërsa shumica e tyre me 63.8% nuk e pranojnë aspak ose pjesërisht. Alternativës se - *Spitali i inkurajon që të marrin pjesë në vazhdimin e edukimit në fushën e tyre të specializimit* ka pajtuar pjesërisht 31.3% të tyre ndërsa 32.5% të tjerë shprehen se nuk janë aspak dakord madje po kaq janë shprehur se nuk janë aspak dakord edhe me faktin tjetër se *spitali është i interesuar në trajnimin për të gjithë stafin*. Nga ana tjetër 66.3% sërish nuk pajtohen me idenë se *spitali ofron lehtësira adekuate për trajnim*, ndërsa faktin se *kurset e trajnimit janë të vazhdueshme* e dakordojnë shumica e tyre me 77.6% e tyre. 33.8% e punonjësve janë të mendimit se *këto kurse trajnimi nuk kanë sjellë përmirësime në cilësinë e shërbimeve*

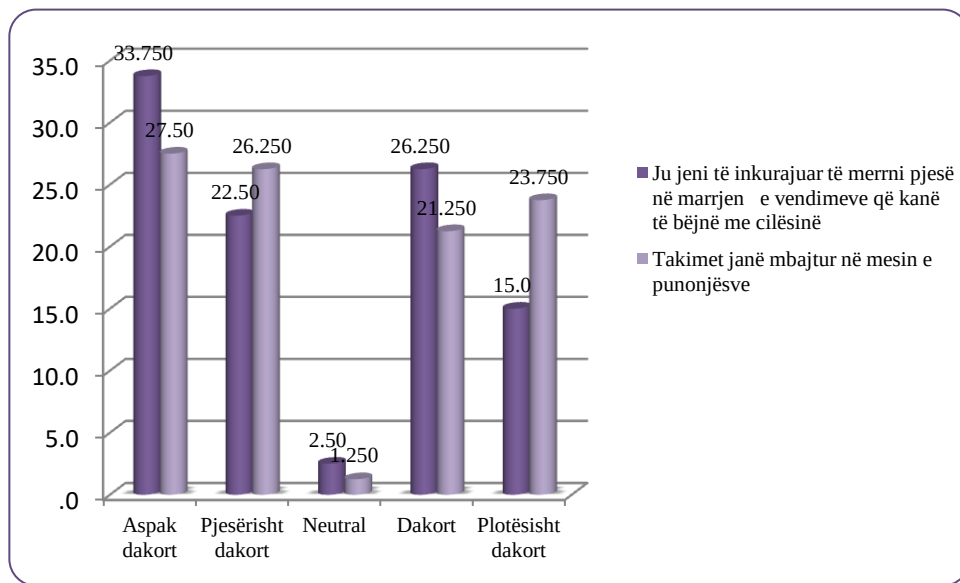
shëndetësore madje vetëm 53.8% e tyre bien dakord me faktin se këto kurse *mund të plotësojnë nevojat profesionale të punonjësve* (Tabela 47).

Tabela 47. Vlerësimi lidhur me kompetencat e punonjësve

	Aspak dakord	Pjesëri sh t dakord	Neutra l	Dakor d	Plotësi sh t dakord	Total
Spitali është i interesuar në punësimin e njerëzve të kompetencës së lartë	33.8	30.0	1.3	22.5	12.5	100.0
Spitali ju inkurajon që të merrni pjesë në vazhdimin e edukimit në fushën tuaj të specializimit	32.5	31.3	.0	36.3	.0	100.0
Spitali është i interesuar në trajnimin për të gjithë stafin	32.5	31.3	.0	33.8	2.5	100.0
Spitali ofron lehtësira adekuate për trajnim	30.0	36.3	.0	31.3	2.5	100.0
Kurset e trajnimit janë të vazhdueshme	8.8	13.8	.0	41.3	36.3	100.0
Kurset e trajnimit kanë kontribuar në përmirësimin e cilësisë	20.0	13.8	1.3	43.8	21.3	100.0
Kurse trajnimi që plotësojnë nevojat tuaja janë ofruar	13.8	32.5	.0	33.8	20.0	100.0

Inkurajimi i punonjësve në vendimmarrjen e institucionit sa i takon cilësisë së shërbimeve ka dakorduar në total 41.3 % të tyre ndërsa pjesa tjetër me 56.3% nuk bien dakord aspak ose e pranojnë atë pjesërisht. I njëjti trend i dakordësisë vihet re edhe në lidhje me vlerësimin e takimeve në prani të punonjësve ku 45.1% shprehen se janë dakord apo plotësisht dakord dhe pjesa tjetër me 53.8% e kundërshtojnë atë (Grafiku 8).

Grafiku 8. Pjesëmarrja e punonjësve në vendimmarrje



Puna ekipore

Sa i takon punës në ekip një veçori kjo mund të themi karakteristike e sistemit shëndetësor vërehet se alternativa - *Politika për të përmirësuar cilësinë kryhet përmes punës ekipore* ka dakordësinë vetëm 45.1% ndërsa alternativa tjetër – *të punësuarit gjatë punës së tyre punojnë si një ekip* ka marrë miratimin e 45% të tyre. *Puna realizohet në mënyrë të koordinuar në mes të punonjësve* gjithashtu ka marrë miratimin e gjysmës së tyre me 50.1% ndërsa faktin se *sugjerimet e punonjësve të departamentit trajtohen me besim* ka pajtuar në opinion 46.3% të totalit ndërkohë që nuk pranohet aspak nga 22.5% të tjerë (Tabela 48).

Tabela 48. Puna në ekip

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Politika për të përmirësuar cilësinë kryhet përmes punës ekipore	28.8	23.8	2.5	26.3	18.8	100.0
Të punësuarit në punën tuaj punojnë si një ekip	26.3	27.5	1.3	30.0	15.0	100.0
Puna realizohet në mënyrë	23.8	26.3	.0	38.8	11.3	100.0

të koordinuar në mes						
Sugjerimet e punonjësve të departamentit tuaj trajtohen me besim	22.5	28.8	2.5	33.8	12.5	100.0

Komunikimi

Sa i takon komunikimit në opinionin e 33.8% *ky sistem komunikimi karakterizohet për mungesë të koordinimit*, ndërkohë që idenë se *spitali i kushton vëmendje komunikimit efektiv* deklarojnë dhe bien dakord një numër shumë i vogël punonjësish, vetëm 11.3% dhe pjesa tjetër 87.5% nuk janë aspak dakord ose pjesërisht dakord. *Koordinimi në komunikimin e informacionit* ka pajtuar në mendim 33.8% ndërsa *qartësia e procedurave në procesin e komunikimit* ka miratimin e 41.3% të tyre. 30% e punonjësve kanë qenë indiferent sa i takon opinionit të tyre lidhur me faktin se *spitali po përdor teknologjinë moderne* ndërsa 41.3% të tjerë e miratojnë atë. Përmirësimi i botëkuptimit të cilësisë nga ana e punonjësve ka sjellë dakordimin e gjithë punonjësve në total, pra secili prej tyre bie dakord se ky proces është i vazhdueshëm dhe në dobi të përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor gjithashtu madje pjesa dërmuese e tyre me 93.8% gjithashtu bien dakord dhe pranojnë faktin që përmirësimi i cilësisë së shërbimeve merr parasysh edhe sugjerimet e bëra nga vetë stafi (Tabela 49).

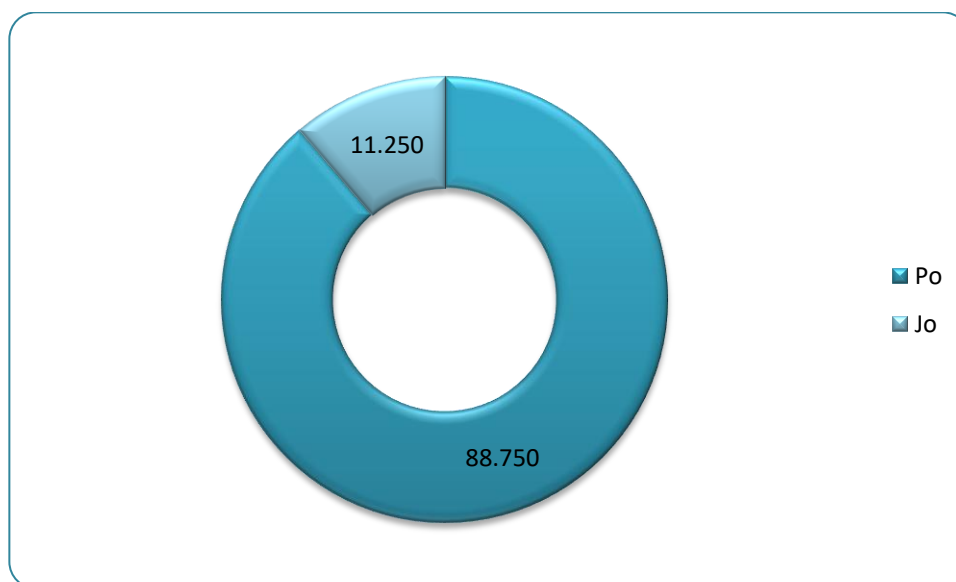
Tabela 49. Vlerësimi lidhur me komunikimin

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Sistemi i komunikimit është i karakterizuar jo-efikas në mes departamenteve	21.3	51.3	3.8	22.5	1.3	100.0
Spitali i kushton vëmendje komunikimit efektiv	35.0	52.5	1.3	11.3	.0	100.0
Ekziston një koordinim në komunikimin e informacionit	33.8	32.5	.0	21.3	12.5	100.0

Ka procedura të qarta për procesin e komunikimit	10.0	18.8	30.0	27.5	13.8	100.0
Spitali është duke përdorur teknologjinë moderne	1.3	7.5	2.5	67.5	21.3	100.0
Ju rregullisht përmirësoni pikëpamjet tuaja mbi cilësinë	.0	.0	.0	51.3	48.8	100.0
Ju aplikoni përmirësime më cilësore të shërbimeve duke marrë për bazë sugjerimet e stafit tuaj	.0	1.3	5.0	52.5	41.3	100.0

Pyetjes - A ka departament për MC-je në spital? Shumica e tyre me 88.8% i janë përgjigjur me po spitali i tyre ka një departament të MC dhe respektivisht 49% nga stafi i Spitalit të përgjithshëm, të ndjekur nga 35% për QMF dhe 16% nga stafi i Institutit për rehabilitim (Tabela 6 në ANEKS). Një pjesë shumë e vogël vetëm me 11.3% e tyre shprehen se nuk ka departament të MC-së (Grafiku 9)

Grafiku 9. A ka departament për MC-je në spital?



Ndërkohë personat të cilët kanë deklaruar se në spitalin e tyre ka një sistem të MC janë pyetur në lidhje me *programin në zbatim të SMC* dhe 46.3% e tyre janë shprehur dakord

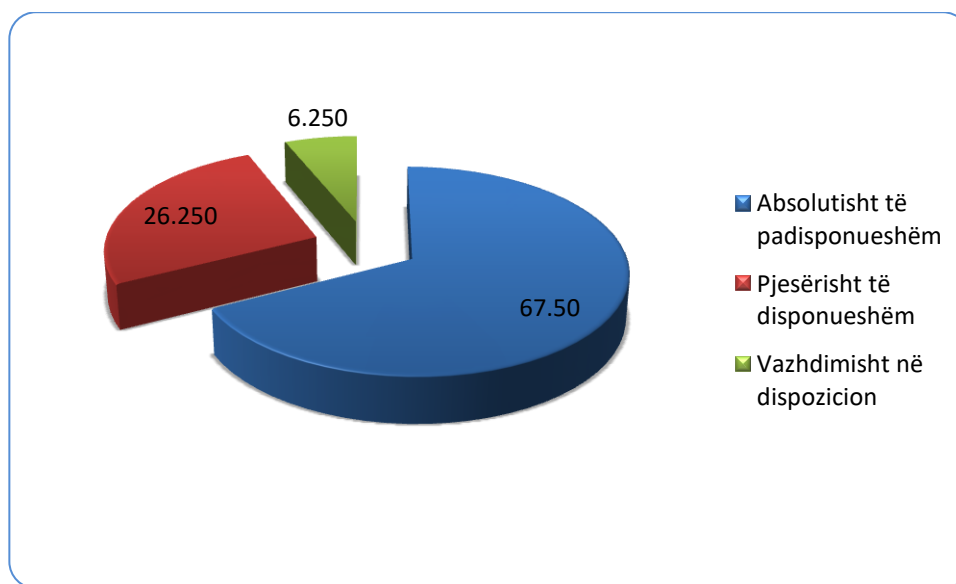
dhe plotësisht dakord ndërsa pjesa tjetër me 48.8% nuk pajtohen ashtu sikurse 38.8% nuk pajtohen me faktin se kanë informacionin e duhur mbi konceptet e SMC. 40% gjithashtu deklarojnë se nuk pajtohen aspak ose pjesërisht me faktin se kanë informacione për procedurat e SMC në një kohë që 52.3% e tyre bien dakord se kanë ende nevojë për asistencë në implementimin e SMC dhe po kaq gjithashtu pajtohen me faktin se nevojitet të merren edhe me koordinimin e implementimit gjithashtu (Tabela 50).

Tabela 50. Vlerësimi lidhur me SMC

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutrale	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Program në zbatimin e kërkesave të SMC	26.3	22.5	5.0	28.8	17.5	100.0
Informacione të duhura mbi konceptin e SMC	17.5	21.3	1.3	33.8	26.3	100.0
Informacione të mjaftueshëm mbi parimet e SMC	21.3	21.3	1.3	33.8	22.5	100.0
Informacione për procedurat e SMC	20.0	20.0	3.8	42.5	13.8	100.0
Asistencë në implementimin e SMC	17.5	26.3	5.0	33.8	17.5	100.0
Koordinim në implementimin e SMC	15.0	30.0	2.5	35.0	17.5	100.0

Pyetjes - Si do t'i përshkruanit ekipet e përmirësimit të cilësisë në spitalin tuaj? Të dhënat e grafikut më poshtë tregojnë se shumica e tyre me 67.5% i janë përgjigjur absolutisht të padisponueshëm, të ndjekur nga 26.3% të tjerë që mendojnë se përmirësimi i cilësisë në opinionin e tyre vlerësohet pjesërisht i disponueshëm dhe në fund me 6.3% renditen si personel ku 38.9% e tyre janë infermierë, 20.4% janë mjek, 13% janë përfaqësues të stafit menaxherial dhe pjesa tjetër me 27.8% janë staf teknik (Tabela 5 në ANEKS).

Grafiku 10. Si do t'i përshkruanit ekipet e përmirësimit të cilësisë në spitalin tuaj?



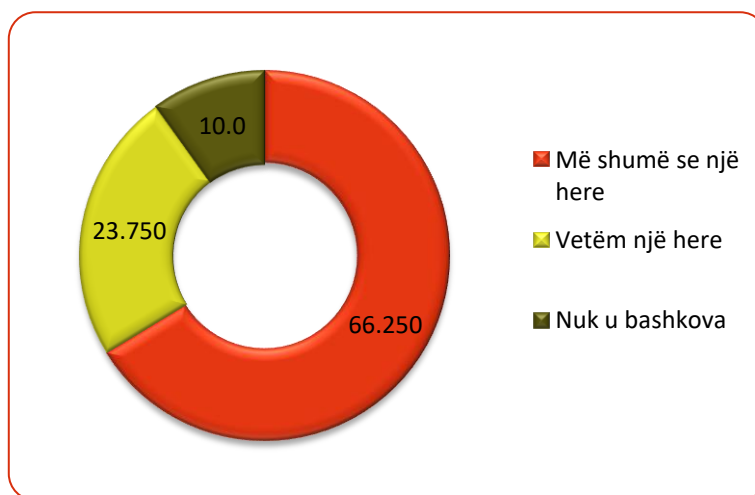
Sa i takon vlerësimit që kanë bërë punonjësit lidhur me disponueshmërinë e ekipeve mjekësore të dhënat tregojnë se pjesa më e madhe e tyre me 68.8% janë dakord dhe pranojnë se *marrin pjesë gjithnjë në ekipet mjekësore* ashtu sikurse 36.8% deklarojnë se *anëtarët e këtyre ekipeve ku ata bëjnë pjesë kanë interes lidhur me përmirësimin e cilësisë*. Aftësitë e anëtarëve për të mundësuar përmirësime konkrete në cilësi nuk pranohen nga 55% e tyre në një kohë që 13.8% të tjerë kanë preferuar të jenë neutral në përgjigje. Faktin se *ekipet mjekësore dhe jo vetëm ata kanë autoritetin për të ndikuar në rritjen e cilësisë apo janë në gjendje të gjejnë mundësi për përmirësimin e cilësisë* ka pajtuar në mendim respektivisht 45.1% dhe 46.3% të punonjësve ndërsa lidhur me idenë se *ekipet kanë kapacitete për përmirësimin e cilësisë* kjo gjë ka dakorduar 43.8%, ndërsa .32.5% nuk bien aspak dakord apo pajtohen vetëm pjesërisht (Tabela 51).

Tabela 51. Vlerësimi lidhur me disponueshmërinë e ekipeve mjekësore

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Ju gjithmonë merrni pjesë në një nga këto ekipe	42.5	26.3	.0	26.3	5.0	100.0
Anëtarët e ekipit kanë interes të vërtetë në përmirësimin e cilësisë	13.8	27.5	22.5	27.5	8.8	100.0
Anëtarët e ekipit kanë aftësi për përmirësime cilësore	25.0	30.0	13.8	31.3	0	100.0
Këto ekipe kanë autoritetin për të ndikuar në rritjen e cilësisë	12.5	30.0	12.5	33.8	11.3	100.0
Ekipet kanë kapacitete për përmirësimin e cilësisë	12.5	30.0	13.8	33.8	10.0	100.0
Ekipet kontribuojnë në gjetjen e mundësive për përmirësimin e cilësisë	11.3	30.0	12.5	35.0	11.3	100.0

Pyetjes - A ju jeni bashkuar kurseve të trajnimit në lidhje me cilësinë në spital? Pjesa më e madhe e tyre me 66.3% i janë përgjigjur se kanë kryer kurse të tilla më se një herë, të ndjekur nga 23.8% që kanë marrë pjesë në këto kurse vetëm një herë dhe në fund me 10% renditen ajo kategori punonjësish që nuk kanë kryer asnjë kurs trajnimi në lidhje me cilësinë e menaxhimit (Grafiku 11).

Grafiku 11. A ju jeni bashkuar kurseve të trajnimit në lidhje me cilësinë në spital?



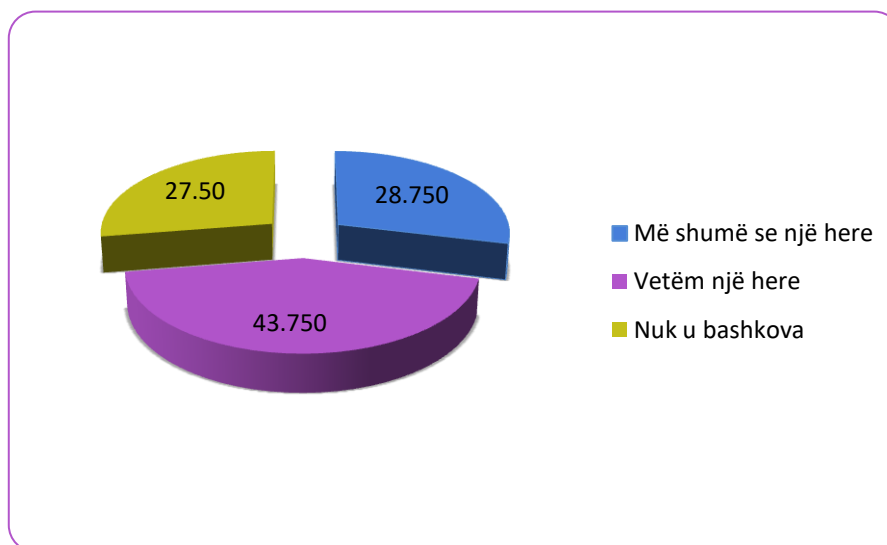
Për atë kategori që kanë qenë në trajnime një apo më shumë herë temat kryesore për të cilat ata janë pyetur lidhen kryesisht me Koncepti i cilësisë në shërbimet shëndetësore, Dimensionin e cilësisë që aplikohet në punë nga punonjësit si dhe rëndësinë që ka realizimi i plotë dhe me sukses i kësaj cilësie të pranuar respektivisht nga 68%, 98.6% dhe 69.5% e tyre. *Sistemet e cilësisë të aplikuara në spital* dhe zbatimi i cilësisë në punën kanë marrë gjithashtu miratimin e 65.3% dhe 68.1% të punonjësve (Tabela 52).

Tabela 52. Vlerësimi i ofrimit të kurseve

	Aspak dakord	Pjesëris ht dakord	Neutra l	Dakord	Plotësis ht dakord	Total
Koncepti i cilësisë në shërbimet shëndetësore	8.3	15.3	8.3	45.8	22.2	100
Dimensioni i cilësisë që ju keni aplikuar në punën tuaj	.0	.0	1.4	27.8	70.8	100.0
Rëndësia e realizimit të cilësisë në spital	11.1	9.7	9.7	41.7	27.8	100.0
Sistemet e cilësisë të aplikuara në spital	13.9	13.9	6.9	41.7	23.6	100.0
Si të zbatojmë cilësinë në punën tuaj	11.1	16.7	4.2	41.7	26.4	100.0

Të pyetur se - A keni vijuar kurseve të trajnimit në lidhje me SMC në spital? 43.8% i janë përgjigje se i kanë vijuar ato vetëm 1 herë, ndërsa 28.8% më shumë se një here. Pjesa tjetër me 27.5% nuk ka vijuar më tej me ndjekjen e këtyre kurseve (Grafiku 12).

Grafiku 12. A keni vijuar kurse të trajnimit në lidhje me SMC në spital?



Rëndësi i është kushtuar jo vetëm kuptimit dhe parimeve të SMC por edhe implementimit të tyre në vazhdimësi kështu referuar vijimësisë së këtyre kurseve të zhvilluara lidhur me *konceptin apo rëndësinë e SMC* të cilat kanë pajtuar në mendim pothuaj shumicën e tyre respektivisht me 82.8% dhe 70.7%. *Objektivat e SMC, Planet e SMC* sigurisht që kërkojnë vijimësi edhe në trajnime të herëpashershme dhe kjo gjë ka dakorduar respektivisht 65.5% dhe 34.5% të punonjësve që kanë vijuar kurse të tilla. Madje i njëjti trend i dakordësisë vihet re edhe në lidhje me parimet apo mjetet e SMC me dakordësinë respektive të 90% dhe 84.4% të punonjësve (Tabela 53).

Tabela 53. Vazhdimësia e kurseve

	Aspak dakord	Pjesërisht dakord	Neutral ,	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Koncepti i SMC në shërbimet shëndetësore	5.2	5.2	6.9	48.3	34.5	100.0
Rëndësia e SMC në shërbimet shëndetësore	13.8	8.6	6.9	62.1	8.6	100.0
Objektivat e SMC në spitalin tuaj	17.2	13.8	3.4	34.5	31.0	100.0
Planet e SMC në spitalin tuaj	25.9	31.0	8.6	29.3	5.2	100.0

Parimet e SMC në shërbimet shëndetësore	6.9	8.6	3.4	60.3	20.7	100.0
Mjetet e SMC janë të përshtatshme për punën tuaj	.0	.0	15.5	53.4	31.0	100.0

Por krahas elementëve të domosdoshëm që ka MC janë konsideruar po aq të vlefshme dhe problemet që lidhen drejtpërdrejt me të duke ju referuar kështu: *Rezistenca e punonjësve ndaj ndryshimeve, menaxhmenti i lartë nuk mbështet programet SMC apo edhe aplikimit të sistemeve tradicionale menaxheriale* të pranura respektivisht nga 56.3%, 57.6% dhe 65% e tyre. Në një kohë që 15% nuk pajtohen absolutisht me *Modelet e përdorura administrative* apo 60% të tjerë që dakordojnë se *mjedisi nuk ofron mundësi për zbatimin e tyre*. Punonjësit janë shprehur dakord gjithashtu se çështje të tilla që kanë vend për diskutim si *Metodat tradicionale administrative të përdorura nga administrata, Keqkuptim të parimeve të SMC* apo edhe *Matja e pamjaftueshme e kualitetit. Mos përfshirja e gjithë stafit në programet e SMC* ka marrë dakordësinë e 60.1% të punonjësve në një kohë që *reduktimi i buxhetit* dhe punësimi i stafit të pakualifikuar bën që ta pranojnë dhe të jenë dakord respektivisht 82.6% dhe 85.1% e punonjësve të intervistuar (Tabela 54).

Tabela 54. Problemet që pengojnë zbatimin e MC në spital

	Aspak dakord	Pjesëri sht dakord	Neutral	Dakord	Plotësisht dakord	Total
Rezistenca e punonjësve ndaj ndryshimeve	17.5	17.5	8.8	30.0	26.3	100.0
Menaxhmenti i lartë nuk mbështet programet SMC	13.8	26.3	2.5	36.3	21.3	100.0
Sistemet e aplikuara tradicionale menaxheriale	10.0	23.8	1.3	40.0	25.0	100.0
Modelet e përdorura administrative	15.0	27.5	.0	33.8	23.8	100.0
Jo-disponueshmërinë e mjedisit për zbatimin	8.8	30.0	1.3	35.0	25.0	100.0
Metodat tradicionale	15.0	30.0	.0	33.8	21.3	100.0

administrative të përdorura nga administrata						
Keqkuptim të parimeve të SMC	16.3	17.5	33.8	21.3	11.3	100.0
Matja e pamjaftueshme e kualitetit	12.5	21.3	2.5	43.8	20.0	100.0
Mos përfshirja e gjithë stafit në programet e SMC	3.8	33.8	2.5	33.8	26.3	100.0
Buxhet i reduktuar	.0	17.5	.0	33.8	48.8	100.0
Duke punësuar staf të pakualifikuar	.0	7.5	7.5	13.8	71.3	100.0

5.4 PËRCAKTIMI I VARIABLAVE

Duke ju referuar elementeve kryesore me të cilat matet cilësia e menaxhimit si dhe strukturës së pyetësorit variablat e pavarur janë pikërisht faktorët të cilët kanë efekt të rëndësishëm si tek cilësia ashtu edhe tek kënaqësia e pacientëve gjithashtu. Prandaj variablat e pavarur janë renditur si më poshtë:

- Shërbimet menaxheriale (që matet me 3 pyetje)
- Shërbimet mjekësore (që matet me 4 pyetje)
- Shërbimet mjekësore mbështetëse (që matet me 5 pyetje)
- Shërbimet e mirëmbajtjes (që matet me 5 pyetje)
- Ndërveprimi me stafin e spitalit (që matet me 7 pyetje)

Ndërsa si variola të varur janë konsideruar pikërisht cilësia e shërbimit shëndetësor dhe kënaqësia e pacienteve që kanë përfituar këtë shërbim nga institucionet shëndetësore në rajonin e Pejës.

- Kënaqësia e pacientëve (që matet me 18 pyetje)
- Cilësia e shërbimit (që matet me 8 pyetje).

Punimi është bazuar në regresionin e shumëfishtë standard, *regresioni i shumëfishtë standard*, përshkruan të gjithë variablat e pavarur futen në ekuacion së bashku. Tek *regresioni hierarkik*, variablat e pavarur futen në ekuacion duke u seleksionuar më parë nga studiuesi, i cili merr parasysh anën teorike. *Regresioni statistikor* ose *Stepwise*, përcakton futjen e variablave mbi bazën e kriterëve statistikore.

Analiza e regresionit të shumëfishtë linear përdoret për të vlerësuar lidhjen midis një variabël të varur dhe disa variablave të pavarur. Kjo është teknika më e përhapur në shumicën e studimeve sociale.

Koeficienti i regresionit tregon masën e parashikimit të çdo variabël të varur nga variablat tjerë të pavarur. Ka dy lloje koeficientësh regresioni, koeficientë të pa standardizuar dhe koeficientë të standardizuar, që njihen ndryshe edhe me emrin vlerat *Beta*. Koeficientët e pa standardizuar mund të përdoren në ekuacione si koeficientë të variablave të pavarur në mënyrë që të parashikojmë vlerën e variabël të varur. Koeficienti i standardizuar (beta) matet nëpërmjet devijimit standard. Në gjatë analizës tone nëpërmjet ndërtimit të ekuacionit të shumëfishtë linear u jeni referuar koeficienteve të pa standardizuar β_n . I referohet pikërisht analizës së secilit nga variablat e varur me gjithë variablat e pavarur. Gjithashtu këtyre variablave u janë shtuar gjithashtu edhe variablat moderues për të parë ndikimin apo jo të tyre në këto lidhje.

Koeficienti i përcaktueshmërisë R^2 përdoret për të treguar se sa mirë variablat e pavarur parashikojnë vlerën e variabël të varur. Megjithatë vlera e R^2 tenton të zmadhohet me rritjen e numrit të variablave të pavarur apo me rritjen e numrit të kampionit. Prandaj rregullimi i R^2 merr parasysh këto dy faktorë në mënyrë që të na japë një informacion sa më të mirë rreth parashikimit të modelit.

Pyetjet kërkimore dhe hipotezat janë bazuar në këto lloje të testimeve statistikore:

- ✓ Testit të pavarësisë Chi Square i cili përdoret për të testuar nëse dy variabla cilësorë janë të pavarur apo jo nga njëri-tjetri. Thelbi i këtij testi është diferenca midis frekuencave të vërtetuara dhe atyre të pritura në secilën prej qelizave të tabelës. Testi i Pavarësisë Chi Square përdoret kryesisht për të dhënat cilësore ashtu sikurse janë edhe variablat tanë. Testi Chi Square (χ^2) është një nga metodat më të përhapura për testimin e hipotezave për të dhënat cilësore dhe koeficienti të cilit ne i referohemi është *Koeficienti Pearson Chi Square*.
- ✓ Analiza ANOVA përdor koeficientin e Fisherit ose siç njihet ndryshe (Statistika F), i cili teston nëse mesataret e grupeve, të formuara nga një variabël i pavarur apo nga një kombinim i tyre, kanë diferenca të rëndësishme. Ajo bazohet në krahasimin e variancave të llogaritura – ku njëra paraqet variancën brenda grupeve, dhe tjetra variancën midis grupeve. Nëse këto dy varianca nuk kanë ndonjë dallim të rëndësishëm atëherë ne mund të themi se mesataret e gjithë grupeve që kemi marrë nga i njëjti kampion nuk kanë dallime të rëndësishme. Nëse, mesataret e grupeve kanë diferenca të mëdha, për shkak të gabimeve të rastit, nuk ka arsye për të besuar se ato janë zgjedhur nga kampione të ndryshme. Për të bërë krahasimet e shumëfishta tek ANOVA shpesh përdoren edhe analizat krahasuese. Nëpërmjet analizave krahasuese ne mund të testojmë domethënien e diferencave të ndryshme të pjesëve të veçanta të modelit, si për shembull, testimi i diferencave midis dy mesatareve të veçanta apo krahasimin e mesatares së një kombinimi mesataresh të një mesatare të caktuar. Në shumë situata të jetës së përditshme ne nuk mund ta përcaktojmë saktësisht vlerën e saktë të mesatares së popullimit. Shpesh na intereson të krahasojmë mesataret e

dy popullimeve duke përdorur zgjedhjen e rastit për secilin prej tyre. Eksperimente të tilla, ku ne interesohemi për të përcaktuar dallimin midis mesatareve të dy popullimeve të pavarura janë quajtur teste të zgjedhjeve të pavarura.

Skema fillestare e konceptit teorik

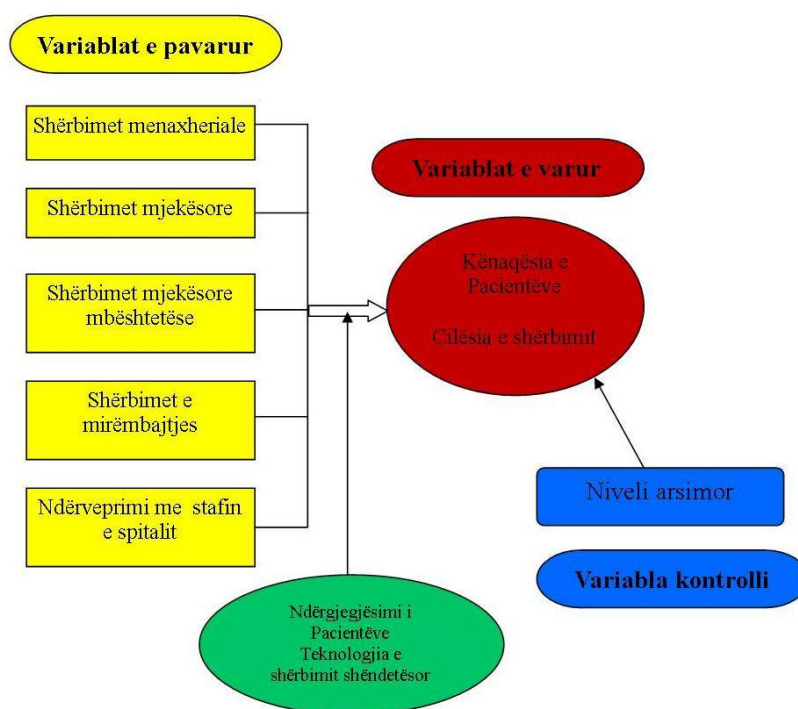


Figura.7 Skema fillestare e konceptit teorik

5.4.1 ANALIZA FAKTORIALE E VARIABLAVE

Shërbimet shëndetësore dhe cilësia e tyre është matur nëpërmjet 5 dimensioneve kryesore dhe finalizohet me vlerësimin e shërbimeve shëndetësore që kanë marrë pacientët, qoftë nga institucionet publike edhe nga ato private gjithashtu. Prandaj për të analizuar lidhjen dhe rëndësinë e secilit dimension (variablave të pavarura) nga njëra anë dhe kënaqësisë dhe cilësisë (variabël i varur). Për këtë fillimisht analizojmë peshat

faktoriale të secilit variabël për të parë se cilat nga pyetjet e secilit variabël vlejnë për analizën e mëtejshme të vërtetimit të hipotezave dhe pyetjeve kërkimore dhe duke vazhduar më tej me matjen e koeficientit të besueshmërisë për secilin prej variablave. Fillimisht kjo analizë do të kryhet për të analizuar edhe besueshmërinë e instrumentit të përdorur.

Analiza e peshës faktoriale

Analizojmë peshën faktoriale të variabëlit tjetër të pavarur - Shërbimet manaxheriale i cili në rastin tonë matet me 3 pyetje. Të dhënat tregojnë se të gjitha pyetjet kanë peshë specifike më të madhe se 0.4 prandaj mbahen në analizën e mëtejshme, ndërsa koeficienti Alpha i tyre ka vlerë 0.736 një vlerë kjo më e madhe se kufiri i lejuar prej 0.7 (Tabela 55).

Tabela 55. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur - Shërbimet menaxheriale

	Feshat faktoriale
Procedurat lehta të pranimit për pacientin e ri	.506
Gjetja e shpejtë të dosjes tuaj mjekësore	.593
Menaxhimi i saktë i të dhënave tuaja mjekësore	.866

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Sa i takon peshave faktoriale të variabëlit të pavarur - Shërbimet mjekësore i cili matet me 4 pyetje të dhënat e mëposhtme tregojnë se të gjitha pyetjet që matin këtë variabël kanë pesha faktoriale më të mëdha se 0.4 prandaj mbahen në analizë. Koeficienti Cronbah Alpha i matur për këtë variabël është 0.958 një vlerë shumë e lartë besueshmërie (Tabela 56).

Tabela 56. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur – Shërbimet mjekësore

	Feshat faktoriale
Diagnoza	.898
Trajtimi	.940
Ndjekjen në rastin tuaj ndaj sëmundjeve	.887
Përdorimi i metodave parandaluese në ekzaminimin mjekësor më qëllim të përhapjes së infeksioneve	.849

Extraction Method: Principal Component Analysis

Të dhënat e variabëlit tjetër të pavarur - Shërbimet mjekësore mbështetëse i cili matet me 5 pyetje tregojnë gjithashtu se edhe në këtë rast të gjitha pyetjet që matin këtë variabël kanë peshë më të madhe se 0.4 prandaj mbahen në analizën e mëtejshme duke treguar se koeficienti i besueshmërisë Alpha i tyre është 0.955 një vlerë shumë e lartë besueshmërie (Tabela 57).

Tabela 57. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur – Shërbimet mjekësore mbështetëse

	Feshat faktoriale
Shërbimet e infermierisë	.933
Shërbimet laboratorike	.643
Shërbimet radiologjike	.859
Shërbimi i urgjencës	.900
Shërbimet e departamentit e kujdesit social	.933

Extraction Method: Principal Component Analysis

Analiza e peshave faktoriale të variabëlit tjetër të pavarur - Shërbimet e mirëmbajtjes i cili matet sërish me 5 pyetje tregon se peshat e të gjitha pyetjeve janë përsëri më të mëdha se 0.4 dhe koeficienti i besueshmërisë së tyre ka vlerën 0.976 sërish një vlerë tepër të lartë besueshmërie (Tabela 58).

Tabela 58. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur – Shërbimet e mirëmbajtjes

	Feshat faktoriale
Pastërtia e institucionit shëndetësor – spitalit	.915
Organizimi i institucionit shëndetësor – spitalit	.918
Shërbimet e ushqimit	.925
Perspektiva dhe ambientet e brendshme	.927
Rregullimi i dhomave	.912

Extraction Method: Principal Component Analysis

Analizojmë variabëlin e pavarur - Ndërveprimi me stafin e spitalit i cili matet me 7 pyetje. Tabela më poshtë tregon se pasha faktoriale e pyetjes së 7 është më e vogël se vlera e lejuar 0.4 prandaj kjo pyetje largohet nga analiza e mëtejshme. Pyetjet e tjera kanë koeficient besueshmërie Alpha me vlerë 0.786.

Tabela 59. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur – Ndërveprimi me stafin e spitalit

	Feshat faktoriale
Ofrimin e kujdesit shëndetësor profesional (diagnoza dhe trajtimi)	.644
Përmirësimi i cilësisë në shërbimet shëndetësore	.619
Përmbushjen e objektivave të spitalit	.727
Kënaqësia e pacientëve për përmbushjen e nevojave të tyre	.469
Marrja e shërbimeve shëndetësore sipas një sistemi të mirë integruar	.632
Përmirësimin e vazhdueshëm të performancës	.647
Ofrimin e shërbimeve shëndetësore me kosto të ulët	.267
Ofrimin e shërbimit të duhur me kosto të ulët	.644

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Të njëjtën analizë kryejmë edhe me variablat e varur. Kështu referuar variabëlit të varur - Kënaqësia e pacientëve i cili matet me 18 pyetje në total. Tabela e mëposhtme tregon se të gjitha pyetjet e këtij variabëli kanë pasha faktoriale më të mëdha se 0.4 prandaj të

gjitha mbahen në analizë. Koeficienti i besueshmërisë për këto pyetje është 0.978 përsëri vlerë shumë e lartë besueshmërie (Tabela 60).

Tabela 60. Peshat faktoriale të variabëlilit të pavarur – Kënaqësia e pacientëve

	Feshat faktoriale
Shërbime shëndetësore profesionale	.898
Në përputhje me nevojat tuaja	.913
Në përputhje me pritshmërinë tuaj sipas një sistemi të mirë integruar	.883
Shërbimet kryhen ashtu siç duhet që nga fillimi	.900
Sistemet spitalore janë të vjetra dhe duhen të zhvillohen	.810
Rregullat e spitalit nuk janë në përputhje me kërkesat e pacientëve	.866
Nuk mund të keni qasje në nivelin e lartë menagjerial për të zgjidhur problemet e juaja	.767
Metodat e punës dallohen sipas individit	.896
Procedurat e menaxhimit mundësojnë rritjen e nivelit të përfitimit nga shërbimet spitalore por ato janë të gjata	.869
Procedurat e kërkuara kanë nevojë për rivlerësim	.892
Performanca e punonjësve është e shkëlqyeshme	.832
Ju gjeni informacionin e kërkuar nga punonjësit	.855
Ekziston komunikim i mirë midis të punësuarve në spital	.864
Ka komunikim të mirë midis të punësuarve dhe pacientëve	.852
Në spital mungon puna në ekip	.897
Specialitetet e të punësuarve janë të përshtatshme	.646
Duhet të ndryshojë sistemi i cilësisë në spital	.889
Cilësia nënkupton kosto të lartë	.837

Extraction Method: Principal Component Analysis

Variabëli tjetër i varur - Cilësia e shërbimit matet me 8 pyetje. Tabela më poshtë tregon se pesha faktoriale e pyetjes së tretë është më e vogël se vlera e lejuar 0.4 prandaj kjo

pyetje largohet nga analiza e mëtejshme. Pyetjet e tjera kanë koeficient besueshmërie Alpha me vlerë 0.712.

Tabela 61. Peshat faktoriale të variabëlilit të varur - Cilësia e shërbimit

	Feshat faktoriale
Ofrimin e kujdesit shëndetësor profesional (diagnoza dhe trajtimi)	.778
Përmirësimi i cilësisë në shërbimet shëndetësore	.728
Përbushjen e objektivave të spitalit	.169
Kënaqësia e pacientëve për përbushjen e nevojave të tyre	.788
Marrja e shërbimeve shëndetësore sipas një sistemi të mirë integruar	.753
Përmirësimin e vazhdueshëm të performancës	.553
Ofrimin e shërbimeve shëndetësore me kosto të ulët	.699
Ofrimin e shërbimit të duhur me kosto të ulët	.677

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Sa i takon variablave moderuese sërisht i referohemi të njëjtës analizë nga ku sipas të dhënave shihet se vlerat e peshave faktoriale për 4 pyetjet që matin variabëlin moderues - Ndërgjegjësimi i pacientëve janë të gjitha më të mëdha se 0.4 ndërsa Alpha i tyre ka vlerë 0.965 (Tabela 62).

Tabela 62. Peshat faktoriale të variabëlilit moderues – Ndërgjegjësimi i pacientëve

	Feshat faktoriale
Duke ndjekur udhëzimet e mjekut	.889
Bëjnë kontrolle mjekësore për parandalimin e sëmundjes	.935
Stafi i spitali duhet të ndryshojë shprehitë e tyre shëndetësore dhe sjelljen	.887
Duke ndjekur udhëzimet e mjekut	.943

Extraction Method: Principal Component Analysis

Analiza e variabëlit tjetër moderues - Teknologjia e shërbimit shëndetësor i cili matet me 7 pyetje tregon se janë sërish më të mëdha se 0.4 dhe koeficienti Alpha i tyre vlerësohet të jetë 0.970 (Tabela 63).

Tabela 63. Peshat faktoriale të variabëlit të pavarur – Teknologjia e shërbimit shëndetësor

	Feshat faktoriale
Pajisjet mjekësore	.882
Përcaktimin e Diagnozës	.888
Trajtimin	.861
Shërbimin mjekësor	.868
Performancën e të punësuarve	.880
Procedurat e punës	.901
Metodat e punës	.904

Extraction Method: Principal Component Analysis

Tabela më poshtë paraqet në mënyrë të përmblëdhur vlerat e koeficientit Cronbach's Alpha për secilin nga variablat e studimit.

Tabela 64. Vlerat e koeficientit Alpha Cronbah për secilin variabël

Variabëli	Cronbach's Alpha	Numri i pyetjeve
Shërbimet menaxheriale	0.736	3
Shërbimet mjekësore	0.958	4
Shërbimet mjekësore mbështetëse	0.955	5
Shërbimet e mirëmbajtjes	0.976	5
Ndërgjegjësimi i pacientëve	0.965	4
Kënaqësia e pacientëve	0.978	18
Cilësia e shërbimit	0.712	8
Teknologjia e shërbimit shëndetësor	0.970	7
Ndërveprimi me stafin e spitalit	0.786	6

5.4.2 Analiza e lidhjes së faktorëve në përcaktimin e sistemit të menaxhimit cilësorë

Në përgjigje të pyetjes për lidhshmërinë e faktorëve që përcaktojnë sistemin e një menaxhimi cilësor dhe perceptimeve reale mbi cilësinë e shërbimit në institucionet shëndetësore, janë ngritur hipotezat e mëposhtme:

Hipoteza 1: *“Faktorët që përcaktojnë kënaqësinë e pacientëve lidhur me sistemin e menaxhimit cilësor përfaqësohen nga cilësia e shërbimeve shëndetësore përfshirë këtu shërbimet e posaçme mjekësore dhe shërbimet mjekësore mbështetëse, menaxhmenti i spitalit, shërbimet e mirëmbajtjes si dhe ndërveprimi me stafin e spitalit”*

Përgjigjen e kësaj hipoteze do e analizojmë nëpërmjet ndërtimin të ekuacionit të regresionit të shumëfishtë linear trajta e përgjithshme e të cilit është:

$$Y_i = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n + \varepsilon_i.$$

Gjatë ndërtimit të ekuacionit të regresionit të shumëfishtë linear fillimisht duhet të merret parasysh edhe fakti i ndërveprimit të variablave të pavarur midis njëri-tjetrit i njohur ndryshe me emërtimin “multikolinearitet”.

Ne gjatë analizës tone nëpërmjet ndërtimit të ekuacionit të shumëfishtë linear u jeni referuar koeficienteve të pa standardizuar β .n I referohet pikërisht analizës së secilit nga variablat e varur me gjithë variablat e pavarur. Gjithashtu këtyre variablave u janë shtuar gjithashtu edhe variablat moderues për të parë ndikimin apo jo të tyre në këto lidhje.

Koeficienti i përcaktueshmërisë R^2 përdoret për të treguar se sa mirë variablat e pavarur parashikojnë vlerën e variabël të varur. Megjithatë vlera e R^2 tenton të zmadhohet me rritjen e numrit të variablave të pavarur apo me rritjen e numrit të kampionit. Prandaj

rregullimi i R^2 merr parasysh këto dy faktorë në mënyrë që të na japë një informacion sa më të mirë rreth parashikimit të modelit.

Testit të pavarësisë Chi Square i cili përdoret për të testuar nëse dy variabla cilësorë janë të pavarur apo jo nga njëri-tjetri. Thelbi i këtij testi është diferenca midis frekuencave të vërtetuara dhe atyre të pritura në secilën prej qelizave të tabelës.

Testi i Pavarësisë Chi Square përdoret kryesisht për të dhënat cilësore ashtu sikurse janë edhe variablat tanë. Testi Chi Square (χ^2) është një nga metodat më të përhapura për testimin e hipotezave për të dhënat cilësore dhe koeficienti të cilit ne i referohemi është *Koeficienti Pearson Chi Square*.

Analiza ANOVA përdor koeficientin e Fisherit ose siç njihet ndryshe (Statistika F), i cili teston nëse mesataret e grupeve, të formuara nga një variabël i pavarur apo nga një kombinim i tyre, kanë diferenca të rëndësishme. Ajo bazohet në krahasimin e variancave të llogaritura – ku njëra paraqet variancën brenda grupeve, dhe tjetra variancën midis grupeve. Nëse këto dy varianca nuk kanë ndonjë dallim të rëndësishëm atëherë ne mund të themi se mesataret e gjithë grupeve që kemi marrë nga i njëjti kampion nuk kanë dallime të rëndësishme. Nëse, mesataret e grupeve kanë diferenca të mëdha, për shkak të gabimeve të rastit, nuk ka arsye për të besuar se ato janë zgjedhur nga kampione të ndryshme.

Për të bërë krahasimet e shumëfishta tek ANOVA shpesh përdoren edhe analizat krahasuese. Nëpërmjet analizave krahasuese ne mund të testojmë domethënien e diferencave të ndryshme të pjesëve të veçanta të modelit, si për shembull, testimi i diferencave midis dy mesatareve të veçanta apo krahasimin e mesatares së një kombinimi mesataresh të një mesatare të caktuar.

Në shumë situata të jetës së përditshme ne nuk mund ta përcaktojmë saktësisht vlerën e saktë të mesatares së popullimit. Shpesh na intereson të krahasojmë mesataret e dy popullimeve duke përdorur zgjedhjen e rastit për secilin prej tyre. Eksperimente të tilla, ku ne interesohemi për të përcaktuar dallimin midis mesatareve të dy popullimeve të pavarura janë quajtur teste të zgjedhjeve të pavarura. Multikolineariteti ndodh atëherë kur një variabël i pavarur ka korrelacion të lartë me një grup variablash të tjerë të pavarur (Gerald & Terziovski, 2003). Ekzistenca e tij mund të çojë në konkluzione jo plotësisht të sakta në lidhje me faktin se cili nga variablat e pavarur është statistikisht domethënës (Lind et al. 2002). Prandaj analizohet fillimisht ky korrelim midis tyre i cili nuk duhet të kalojë vlerat nga -0.7 deri në 0.7. Të dhënat e tabelës së mëposhtme tregojnë se vlerat e korrelimit të variablove të pavarur midis njëri-tjetrit janë brenda kufijve të lejuar dhe nuk përbëjnë problem në përfundimet e analizës së kësaj hipoteze. Madje, vlerat përkatëse të VIF (variance inflation factor) variojnë nga 1.119 deri në 3.798 kur dihet që kufiri është VIF=5, apo vlerat e Tolerancës janë të gjitha më të mëdha se 0.2.

Tabela 65. Korrelacioni midis variablove të pavarur

	Shërbimet menaxheriale	Shërbimet mjekësore	Shërbimet mjekësore mbështetëse	Shërbimet e mirëmbajtjes	Ndërveprimi me stafin e spitalit
Shërbimet menaxheriale	1				
Shërbimet mjekësore	.556**	1			
Shërbimet mjekësore mbështetëse	.477**	.510**	1		
Shërbimet e mirëmbajtjes	.307**	.634**	.272**	1	

Ndërveprimi me stafin e spitalit	.232**	.264**	.170**	.175**	1
----------------------------------	--------	--------	--------	--------	---

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Të siguruar nga vlerat e korrelimit midis variabëlës të pavarur me njëri-tjetrit vazhdojmë ndërtimin e ekuacionit të regresionit të shumëfishtë linear për të parë se si korrelojnë midis tyre variablat e pavarur me variabëlën e varur kënaqësia e pacientit. Nga analiza e të dhënave të mëposhtme vërehet se të gjithë elementët që matin cilësinë e shërbimeve shëndetësore janë element të kënaqësisë së përgjithshme të pacientëve pasi të gjitha vlerat e Sig për secilin prej tyre janë më të vogla se 0.05 (Tabela 23). Prandaj ekuacioni i regresionit ka formën si më poshtë.

$$(Kënaqësia\ e\ pacientëve)=0.228+0.195(Shërbimet\ menaxheriale)+0.221(Shërbimet\ mjekësore)+0.516(Shërbimet\ mjekësore\ mbështetëse)+0.446(Shërbimet\ e\ mirëmbajtjes)+0.644\ (Ndërveprimi\ me\ stafin\ e\ spitalit)$$

Tabela 66. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur dhe variabëlës të varur kënaqësia e pacientëve

Modeli	R ²	R ² i rregulluar	t	Sig.
<i>Konstantja</i>	.873	.871		
Shërbimet menaxheriale			4.104	.000
Shërbimet mjekësore			4.960	.000
Shërbimet mjekësore mbështetëse			15.138	.000
Shërbimet e mirëmbajtjes			9.750	.000
Ndërveprimi me stafin e spitalit			3.135	.002

Ekuacioni tregon se të gjithë variablat e pavarur janë faktor të rëndësishëm në vlerësimin e kënaqësisë që marrin pacientët nga shërbimet shëndetësore në spitalet që ata frekuentojnë. Vlera e koeficientit të përcaktueshmërisë $R^2 = 0.871$ ose 87.1% tregon

se ky ekuacion shpjegon 87.1% të ndryshimit të vlerave të variancës së kënaqësisë së pacientëve. Një vlerë kjo e lartë e duke pasur parasysh faktin se vlerat e këtij koeficienti variojnë nga [0;1]. Ky përfundim konfirmohet gjithashtu edhe nga vlera Sig. =0.000<0.05 në analizën ANOVA (Tabela 9 në ANEKS).

Por cili prej këtyre faktorëve ka peshën më të madhe të ndikimit tek kënaqësia e pacientëve? Kësaj pyetje i japin përgjigje koeficientit β -ta para secilit variabël të pavarur në ekuacion. Kështu ekuacioni i ndërtuar tregon se vlera e këtij koeficienti është më e lartë tek variabëli *Ndërveprimi me stafin e spitalit* pasi $\beta=0.644$ duke nënkuptuar faktin se pacientët e konsiderojnë shumë të rëndësishëm ndërveprimin me gjithë stafin mjekësor përfshirë këtu, mjekët, infermierët apo edhe stafin ndihmës ashtu sikurse edhe pritej pasi impakti i parë i marrjes së një shërbimi është element jo vetëm i rëndësishëm por edhe lehtëson shumë bashkëpunimin e staf-pacient aq më tepër kur ky shërbim zgjat në kohë. Më pas renditen *Shërbimet mjekësore mbështetëse* ku $\beta=0.516$ për faktin se komunikimi me këtë pjesë të stafit është më i shpeshtë përfshirë këtu infermierët, laborantët etj. Më tej renditen variablat e tjerë *Shërbimet e mirëmbajtjes*, *Shërbimet mjekësore* dhe në fund me $\beta=0.195$ renditen *Shërbimet menaxheriale* për faktin se kontakti me stafin menaxherial është më i ulët krahasuar me pjesën tjetër të stafit mjekësor. Theksojmë gjithashtu se të gjithë koeficientet β -ta janë pozitive që tregon se rritja e secilit prej faktorëve të cilësisë së shërbimit ndikon β -ta herë tek vlera e kënaqësisë së pacientëve. P.sh, Nëse *Ndërveprimi me stafin e spitalit* rritet me 1 njësi, vlera e kënaqësisë së pacientëve rritet 0.644 herë.

Pra, përfundimisht mund të themi se të gjithë faktorët e cilësisë së shërbimeve mjekësore ndikojnë pozitivisht në rritjen e kënaqësisë së pacientëve lidhur me shërbimet mjekësore ku ndikim më të madh ka ndërveprimi i tyre me stafin e

spitalit. Ky përfundim vërtetohet edhe nga të dhënat e publikuara në Dokumentin për veprim për shëndetësinë e Kosovës (UNDP, 2013) e cila gjithashtu, konstaton që niveli i kënaqshmërisë që kanë pacientët me institucionet e kujdesit shëndetësor në Kosovë është shumë i ndikuar edhe nga suksesi i trajtimit si dhe që trajtimi mund të jetë një kusht i rëndësishëm për kënaqshmërinë e pacientit me institucionin.

Analizojmë variabëlin tjetër të varur –cilësia e shërbimeve shëndetësore nëpërmjet hipotezës:

Hipoteza 2: “Variabëli moderues (teknologjia e aparaturave shëndetësore) ndikon në secilën nga këto dy variablat e varur a) kënaqësia e pacientëve dhe b) cilësia e shërbimeve shëndetësore ndërsa variabëli tjetër moderues (Ndërgjegjësimi i pacientëve) ndikon vetëm tek kënaqësia e pacientëve”

Analizojmë rëndësinë e gjithë faktorëve të pavarur dhe kënaqësisë së pacientëve nën ndikimin e dy variablave moderues duke ju referuar sërish ndërtimit të ekuacionit të shumëfishtë linear. Kështu sipas të dhënave të tabelës së mëposhtme vërehet se me përjashtim të variabëlilit shërbimet mjekësore gjithë të tjerë hyjnë në lidhje me variabëlin e varur – kënaqësia e pacientëve duke ndërtuar kështu formën e re të ekuacionit të regresionit të shumëfishtë linear si më poshtë:

$$(Kënaqësia\ e\ pacientëve)=0.407+0.260(Shërbimet\ menaxheriale)+0.557(Shërbimet\ mjekësore\ mbështetëse)+0.478(Shërbimet\ e\ mirëmbajtjes)+0.596(Ndërveprimi\ me\ stafin\ e\ spitalit)+0.114(Ndërgjegjësimi\ i\ pacienteve)+0.221(Teknologjia\ e\ aparaturave\ shëndetësore)$$

Tabela 67. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur dhe variabëlilit të varur kënaqësia e pacientëve nën ndikimin e dy variablave moderues

Modeli	R ²	R ² i rregulluar	t	Sig.
<i>Konstantja</i>	.880	.877		
Shërbimet menaxheriale			5.305	.000
Shërbimet mjekësore			1.782	.076
Shërbimet mjekësore mbështetëse			14.793	.000
Shërbimet e mirëmbajtjes			10.213	.000
Ndërveprimi me stafin e spitalit			2.932	.004
Ndërgjegjësimi i pacienteve			2.391	.017
Teknologjia e aparaturave shëndetësore			4.048	.000

Kjo trajtë e ekuacionit të ri tregon se nga të gjithë faktorët që u analizuan përfshirë këtu edhe dy variablat moderues, ndikimin më të madh e ka sërish variabëli i pavarur Ndërveprimi me stafin e spitalit pasi vlera e koeficientit $\beta=0.596$ më pas vjen *Shërbimet mjekësore mbështetëse*, *Shërbimet e mirëmbajtjes*, *Shërbimet menaxheriale* dhe në fund renditen *Teknologjia e aparaturave shëndetësore* dhe *Ndërgjegjësimi i pacienteve*. Ky përfundim konfirmohet gjithashtu nga fakti se vlera e Sig. sipas ANOVA është $0.000 < 0.05$ (Tabela 11 në ANEKS). Shtimi i dy variablave moderues në këtë korrelim ka rritur gjithashtu edhe vlerën e koeficientit të përcaktueshmërisë së këtij ekuacioni duke arritur vlerën $R^2=87.7\%$, pra që na lejon të themi se këta dy faktorë moderues kanë ndikim të dukshëm sa i takon vlerësimin të kënaqësisë së pacientëve. Ajo që vihet re është fakti se ndërgjegjësimi si një faktor moderues renditet në fund ashtu sikurse edhe pritej pasi shkalla e ndërgjegjësimin të popullatës përgjithësisht përfshirë këtu edhe atë të rajonit të Pejës në veçanti është e ulët.

Analizojmë tashmë lidhjen e variablave të pavarur dhe dy variablave moderues por me variabëlilit tjetër të varur cilësia e shërbimeve.

Analiza e ndërtimit të ekuacionit të shumëfishtë linear tregon se vlera e Sig. në Analizën ANOVA (Tabela 12 në ANEKS) është $0.012 < 0.05$, gjë që na lejon të themi se nga shtimi i dy variablave moderues në cilësinë që ofrojnë spitalet e këtij rajoni vetëm variabëli teknologjia hyn në këtë korrelim duke bërë që ekuacioni i regresionit të ketë trajtën:

$$(Cilësia\ e\ shërbimit\ shëndetësor) = 0.792 + 0.133(Shërbimet\ mjekësore) + 0.123(teknologjia\ e\ pajisjeve\ mjekësore)$$

Tabela 68. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur dhe variabëlilit të varur cilësia e shërbimeve shëndetësore nën ndikimin e dy variablave moderues

Modeli	R ²	R ² i rregulluar	t	Sig.
<i>Konstantja</i>	.368	.152		
Shërbimet menaxheriale			.851	.395
Shërbimet mjekësore			.123	0.02
Shërbimet mjekësore mbështetëse			.519	.604
Shërbimet e mirëmbajtjes			.285	.776
Ndërveprimi me stafin e spitalit			.348	.728
Ndërgjegjësimi i pacientëve			1.008	.314
Teknologjia e aparaturave shëndetësore			.025	0.00

Pra, përfundimisht mund të themi se **Hipoteza 2 vërtetohet**, pra dy variablat moderues *Ndërgjegjësimi i pacientëve* dhe *Teknologjia e aparaturave shëndetësore* ndikojnë më së shumti tek kënaqësia që marrin pacientët nga shërbimet shëndetësore të ofruara ndërsa lidhur me variabëlën tjetër të varur i vetmi variabël moderues që ndikon është teknologjia e përdorur në këto spitale.

Nga ana tjetër faktin që cilësia varet nga variabëli shërbimet mjekësore dhe teknologjia e konfirmojnë gjithashtu edhe dy testet e pavarësisë Chi square midis tyre. Testit të

pavarësisë Chi Square i cili përdoret për të testuar nëse dy variabla cilësore janë të pavarur apo jo nga njëri-tjetri. Thelbi i këtij testi është diferenca midis frekuencave të vërtetuara dhe atyre të pritura në secilën prej qelizave të tabelës.

Testi i Pavarësisë Chi Square përdoret kryesisht për të dhënat cilësore ashtu sikurse janë edhe variablat janë. Testi Chi Square (χ^2) është një nga metodat më të përhapura për testimin e hipotezave për të dhënat cilësore dhe koeficienti të cilit ne i referohemi është *Koeficienti Pearson Chi Square*.

Kështu të dhënat e këtij testi tregojnë se vlera e Asymp. Sig. (2-sided)=0.014<0.05 gjë që na lejon të themi se këto dy variabla varen nga njëri-tjetri (Tabela 13 në ANEKS). Madje vlera e korrelimit midis tyre Pearson Chi Square ka vlerë $r_{xy}=0.170$ kur dihet se vlerat e këtij koeficienti variojnë nga -1 në 1 ku :

-1	korrelim me kah të kundërt
0	nuk ka korrelim midis variablave
+1	korrelim me kah pozitiv

Njëlloj konfirmohet edhe fakti se vërtet teknologjia ndikon në përmirësimin e cilësisë së ofrimit të shërbimeve shëndetësore gjithashtu. Vlera e Asymp. Sig. (2-sided) në këtë test pavarësie e barabartë me 0.014 është sërish më e vogël se 0.05 duke treguar se këto dy variabla janë të varur midis tyre. Pra, përmirësimi i teknologjisë së aparaturave mjekësore rrit nivelin e cilësisë së ofrimit të këtyre shërbimeve (Tabela 14 në ANEKS). Vlera e korrelimit midis tyre $r_{xy}=0.130$, një vlerë e vogël dhe pozitive që tregon se përmirësimi i teknologjisë së aparaturave mjekësore rrit nivelin e cilësisë së shërbimeve.

Më lart kemi përcaktuar edhe variablat e kontrollit që janë: *Mosha e pacientëve* dhe *niveli arsimor i tyre*. Shohim tani si ndikojnë këta dy faktorë tek kënaqësia e

përgjithshme e pacientëve lidhur me shërbimet mjekësore dhe cilësia e këtyre shërbimeve.

Hipoteza 3: “Niveli arsimor nuk ka ndikim të rëndësishëm në kënaqësinë e pacientëve dhe vlerësimin lidhur me cilësinë e ofruar të shërbimeve mjekësore”

a) Shohim lidhjen midis variabëlës të varur kënaqësia dhe nivelit arsimor nëpërmjet analizës ANOVA pasi edhe niveli arsimor i pacientëve është ndarë në disa grupe. Kështu kjo analizë tregoi se vlera e Sig.=0.164>0.05 (Tabela 17 në ANEKS), gjë që na mundëson të themi se nuk ka kuptim të flitet për lidhje midis tyre. Testi Chi square e konfirmon këtë fakt pasi vlera e Asymp. Sig. (2-sided) =0.078>0.05. Pra, kënaqësia e pacientëve nuk lidhet me nivelin arsimor të tyre, për pacientët e rëndësishme mbetet marrja e shërbimeve cilësore pavarësisht nga niveli i edukimit të tyre, ndoshta kjo e ndikuar edhe me faktor kulture shëndetësore e pacientëve në përgjithësi.

b) Cili është ndikimi midis vlerësimit të cilësisë së shërbimeve të ofruara dhe nivelit arsimor të pacientëve? Përgjigjen sërish e analizojmë nëpërmjet ANOVA e cila në këtë rast tregon se vlera e Sig.=0.064>0.05 (Tabela 18 në ANEKS) duke arritur në përfundimin se nuk ka kuptim të flitet për ndikim të nivelit arsimor të pacientit sa i takon vlerësimit të cilësisë së shërbimeve të ofruara. Ky përfundim konfirmohet edhe nëpërmjet testit Chi Square ku vlera Asymp. Sig. (2-sided) =0.064>0.05.

Pra, vlerësimi i cilësisë së shërbimeve mjekësore të ofruara nuk ndikohet nga edukimi i tyre arsimor, ndoshta sepse kjo cilësi merret e mirëqenë nga çdo pacient pavarësisht edukimit të tyre. **Pra Hipoteza 3 nuk vërtetohet.**

Hipoteza 4. “Ekziston lidhje statistikore ndërmjet udhëheqjes (menaxhmentit) dhe vlerësimit të performancës”.

Për të analizuar këtë hipotezë, i referohemi Testit të pavarësisë Chi Square, vlera respektive e Sig në këtë rast është $0.000 < 0.005$ gjë e cila na lejon të themi se menaxhmenti dhe vlerësimi i performancës së punonjësve të institucioneve shëndetësore janë variabla të varur midis tyre. Pra ndryshe mund të themi se masat që merr menaxhimi i drejtuesve të institucioneve shëndetësore si dhe organizimi i realizimit të shërbimeve shëndetësorë ndikon drejtpërdrejt tek performanca e punonjësve të tyre (Tabela 69).

Madje duke ju referuar koeficientit Pearson të këtyre dy variablave vihet re se $r_{xy}=0.730$ një koeficient pozitiv dhe i lartë që tregon se *lidhja midis tyre është e fortë duke treguar pikërisht se ndikimi është vërtet i rëndësishëm.*

Tabela 69. Chi Square midis menaxhmentit të lartë dhe performancës së punonjësve të shërbimit shëndetësor

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	84.870 ^a	8	.000
Likelihood Ratio	90.888	8	.000
Linear-by-Linear Association	42.131	1	.000
N of Valid Cases	80		

Hipoteza 5. Sistemet organizative kanë efekt pozitiv në elementet e menaxhimit të çilësisë, procese lidhur me cilësinë e shërbimeve mjekësore.

Testi Chi square i pavarësisë i përdorur sërish në vërtetimin e kësaj hipoteze tregon se ajo është e vërtetë sepse sistemet organizative si dhe proceset të cilat lidhen me cilësinë e shërbimeve mjekësore të ofruara ndikojnë në MC pasi në të dy analizat e këtij testi vlerat përkatëse të Asymp. Sig. (2-sided) janë 0.000 (Tabela 70 dhe 71), pra më të vogla se 5% gjë që na lejon të arrijmë në përfundimin se midis këtyre dy variablave dhe MC ka lidhje statistikisht të rëndësishme dhe për më tepër këto lidhje kanë ndikim pozitiv pasi koeficienti i korrelimit midis tyre në rastin e sistemeve organizative ka vlerë $r_{xy} = 0.862$, një vlerë kjo e lartë korrelimi midis tyre dhe pozitive. Ndërsa sa i takon koeficientit të korrelimit midis MC dhe proceseve që lidhen me cilësinë e shërbimeve shëndetësore ky koeficient ka vlerën $r_{xy} = 0.699$, përsëri një vlerë e konsiderueshme dhe pozitive gjithashtu.

Tabela 70. Chi square midis MC dhe sistemit të organizimit

Chi-Square Test			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	101.184 ^a	6	.000
Likelihood Ratio	101.591	6	.000
Linear-by-Linear Association	58.642	1	.000
N of Valid Cases	80		

Tabela 71. Chi square midis MC dhe proceseve

Chi-Square Test			
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	50.315 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	60.888	4	.000
Linear-by-Linear Association	38.566	1	.000
N of Valid Cases	80		

Përfundimisht mund të themi se MC varet drejtpërdrejt nga sistemi i organizimit si dhe nga proceset që lidhen me cilësinë e shërbimit, madje ky ndikim është sërish pozitiv dhe i lartë gjithashtu. Pra, **Hipoteza 5 vërtetohet.**

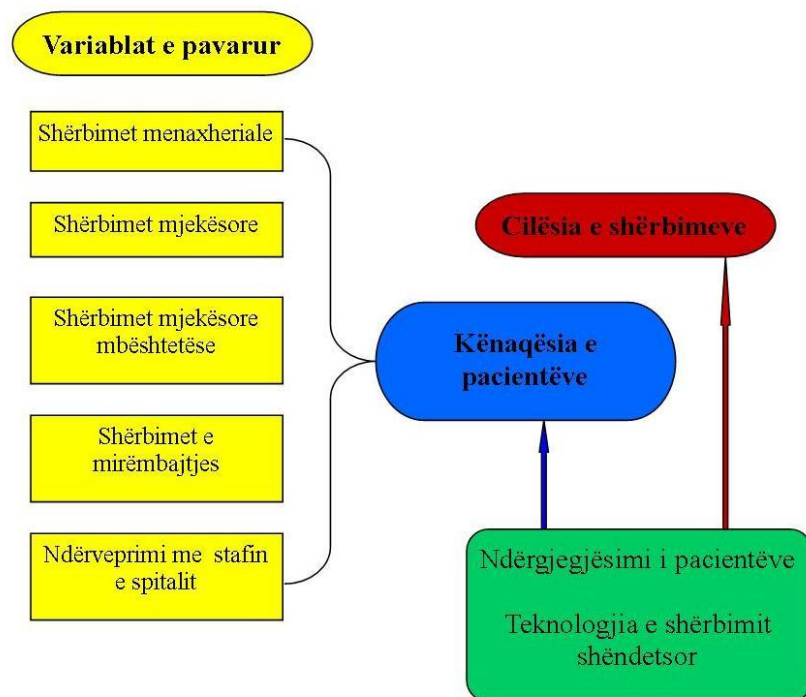


Figura. 8 Variabla e kontrollit nuk ka ndikuar tek variabla e varur

5.4.3 Analiza e pyetjeve kërkimore

Pyetje kërkimore 1: A kanë lidhje varësie të rëndësishme njohuritë organizative të udhëheqjes (menaxhmentit) me nivelin e vlerësimit të performancës?

Për të analizuar këtë pyetje kërkimore i referohemi Testit të pavarësisë Chi Square.

Të dhënat e tabelës më poshtë tregojnë se vlera e Asymp. Sig. (2-sided) = 0.000 < 0.05 fakt i cili na lejon të themi se njohuritë organizative të menaxhmentit në institucionet shëndetësore ndikojnë tek niveli i performancës. Madje tabela 71 tregon se koeficienti i korrelimit Pearson të këtyre dy variablave ka vlerë $r_{xy} = 0.413$ një vlerë kjo relativisht e mire duke pasur parasysh faktin se vlerat e tij variojnë në segmentin [-1, 1].

Tabela 72. Testi Chi square midis njohurive organizative të menaxhmentit dhe performancës

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.791 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	48.406	4	.000
Linear-by-Linear Association	13.502	1	.000
N of Valid Cases	80		

Tabela 73. Koeficienti i korrelimit

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Pearson's R	.413	.084	4.010	.000 ^c
Spearman Correlation	.514	.083	5.290	.000 ^c

Pyetje kërkimore 2 : A ndikon përshkrimi i saktë i MC dhe koordinimi i proceseve tek rritja e cilësisë së menaxhimit në institucionet shëndetësore?

Për tu përgjigjur kësaj pyetje shohin nëse ka lidhje statistikisht të rëndësishme midis tyre. Shohim fillimisht si është marrëdhënia midis MC dhe përshkrimit të proceseve duke ju referuar testit Chi Square. Të dhënat e tabelës 73 tregojnë se vlera e Asymp. Sig. (2-sided)=0.000<0.05 gjë që tregon se përshkrimi i saktë i proceseve ndikon tek cilësia e menaxhimit.

Tabela 74. Chi Square i proceseve dhe MC

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	58.141 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	51.916	4	.000
Linear-by-Linear Association	33.016	1	.000
N of Valid Cases	80		

Njëlloj tregohet se edhe koordinimi ndikon gjithashtu tek MC. Tabela 2 tregon pikërisht se vlera e Asymp. Sig. (2-sided) në testin e pavarësisë Chi Square është sërish 0.000, pra është më e vogël nga 0.05 , pra edhe në këtë rast themi se MC varet nga vetë procesi i koordinimit (Tabela 74)

Tabela 75. Chi Square midis koordinimit dhe MC

Chi-Square Tests			
I square midis m	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	112.742 ^a	8	.000
Likelihood Ratio	120.260	8	.000
Linear-by-Linear Association	43.651	1	.000
N of Valid Cases	80		

Pra përfundimisht mund të themi se MC varet nga përshkrimi i saktë i gjithë proceseve dhe koordinimi gjithashtu.

Pyetje kërkimore 3. A varet cilësia e shërbimeve nga lloji i spitalit dhe ku është më i dukshëm ky dallim në spitalet publike apo private?

Fillimisht shohim nëse kënaqësia e pacientëve varet apo jo nga lloji i spitalit duke ju referuar Testit Chi Square.

Analiza e testit të pavarësisë Chi Square tregon se vlera e Asymp. Sig. (2-sided) $=0.000 < 0.05$ (Tabela 20 në ANEKS) gjë e cila na tregon se kënaqësia e pacientëve që marrin shërbime mjekësore në rajonin e Pejës varet nga lloji i spitalit. Madje koeficienti i korrelimit midis tyre Pearson ka vlerë 0.614 një vlerë domethënëse kjo lidhur me korrelin midis tyre duke pasur parasysh edhe faktin e ekzistencës së shumë faktorëve të tjerë që kanë ndikimin e tyre në këtë marrëdhënie (Tabela 21 në ANEKS).

Faktin nëse ka dallime midis spitaleve na e jep Testi t i pavarësisë. Të dhënat e këtij testi tregojnë fillimisht se grupet e pacientëve të ndarë sipas llojit të spitalit (publik & privat) janë me varianca të ndryshme ose ndryshe nuk janë homogjene pasi vlera e Sig. $=0.000 < 0.05$ gjithashtu vlera e devijimeve standarde të tyre e tregojnë këtë pasi DSS.privat $=0.267$ ndërsa DSS.Publik $=0.635$. Bazuar në këtë përfundim i referohemi Testit të krahasimit të mesatareve të tyre nga ku vërehet se për $t(-24.867)$ dhe $df(116.945)$ kemi se vlera e Sig. (2-tailed) $=0.000 < 0.05$ gjë e cila na konfirmon se ka kuptim të flitet për dallime statistikisht të rëndësishme midis kënaqësisë që marrin pacientët nga spitalet (Tabela 22 në ANEKS). Po në cilin prej llojeve të spitaleve vërehet kënaqësia më e madhe? Tabela 28 tregon se MS.privat $=4.08$ ndërsa MS.Publik $=2.64$. Pra pacientët janë më të kënaqur nga shërbimet shëndetësore të mara në spitalet private.

Tabela 76. Vlerësimi i kënaqësisë së pacientëve në varësi të llojit të spitalit

Lloji i spitalit	Numri	Mesatarja
Spital Publik	280	2.66
Spital Privat	40	4.08

Pyetja kërkimore 4. Çfarë efekti ekziston në mes të sistemeve shëndetësore në elementet e menaxhimit të cilësisë dhe proceseve?

Për të analizuar këtë pyetje kërkimore i referohemi ndërtimit të ekuacionit të regresionit të shumëfishtë linear, ku fillimisht shohim koeficientet lidhur me multikolinearitetin e tyre. Të dhënat e saj tregojnë se vlerat e koeficienteve të korrelimit midis tyre janë brenda normave të lejuara prandaj vazhdojmë me ndërtimin e ekuacionit të regresionit.

Tabela 77. Korrelimi midis variablave

	Menaxhmenti	Përshkrimi	Koordinimi
Menaxhmenti	1	.646**	.643**
Përshkrimi	.646**	1	.593**
Koordinimi	.643**	.593**	1

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela e mëposhtme e analizës ANOVA tregon se ka kuptim të analizojmë lidhjen e elementeve të menaxhimit të cilësisë dhe proceseve pasi vlera e Sig.=0.000 për df(2,77) dhe F=62.226.

Tabela 78. ANOVA

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	25.669	2	12.834	62.226	.000 ^a
Residual	15.881	77	.206		
Total	41.550	79			

Të dhënat e tabelës më poshtë tregojnë të dy variablat që matin proceset pra edhe përshkrimi edhe koordinimi ndikojnë tek menaxhimi, prandaj ekuacioni i regresionit në këtë rast ka formën:

$$(elementet\ e\ menaxhimit\ te\ cilësisë) = 0.858 + 0.496(përshkrimi) + 0.347 (koordinimi)$$

Tabela 79. Analiza e regresionit të shumëfishtë midis variablave të pavarur të proceseve dhe variabëlilit të menaxhimit

Modeli	R ²	R ² i rregulluar	t	Sig.
<i>Konstantja</i>	.618	.608	1.798	.076
Përshkrimi			3.625	.001
Koordinimi			6.345	.000

Pra arrijmë në përfundimin se edhe përshkrimi i proceseve ashtu sikurse edhe koordinimi i tyre ndikojnë pozitivisht tek elementët e menaxhimit cilësor të shërbimeve shëndetësore.

Pyetja kërkimore 5: A ndikon faktori i nivelit arsimor tek cilësia e shërbimeve mjekësore që ofrojnë institucionet shëndetësore?

Përgjigjen sërish e analizojmë nëpërmjet ANOVA e cila në këtë rast tregon se vlera e Sig.=0.064>0.05 (Tabela 23 në ANEKS) duke arritur në përfundimin se nuk ka kuptim të flitet për ndikim të nivelit arsimor të pacientit sa i takon vlerësimit të cilësisë së shërbimeve të ofruara. Ky përfundim konfirmohet edhe nëpërmjet testit Chi Square ku vlera Asymp. Sig. (2-sided) =0.064>0.05.

Pra, vlerësimi i cilësisë së shërbimeve mjekësore të ofruara nuk ndikohet nga edukimi i tyre arsimor, ndoshta sepse kjo cilësi merret e mirëqenë nga çdo pacient pavarësisht edukimit të tyre.

KAPITULLI VI

KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

5.1 KONKLUZIONE

Në ditët e sotme ne jemi dëshmitarë se cilësia e shërbimeve shëndetësore kërkohet në çdo hallkë të sistemit shëndetësor duke mos e parë atë vetëm si një harmoni me kërkesa specifike, por si përsosmëri në përmirësimin e kënaqësisë së klientit (pacientit). Pra, sot cilësia e shërbimit shëndetësor po kthehet në kusht themelor për shëndetin dhe kënaqësinë e pacientëve. Gjatë trajtimit të këtij punimi mbi ndikimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë në institucionet shëndetësore publike është parë se në këtë drejtim, hapat e ndërmarra deri tani janë të paktë sa i takon procesit të fillimit të implementimit të sistemit të menaxhimit të cilësisë në institucionet shëndetësore publike me qëllim në përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve si dhe rishikimin dhe publikimin e standardeve të cilësisë dhe njëheri akreditimin e institucioneve shëndetësor. Edhe pse roli i cilësisë së shërbimeve në përgjithësi dhe atyre publike në veçanti në të gjitha fushat shoqërore është i padiskutueshëm, kujdesi shëndetësor konsiderohet si një kategori e veçantë në të cilën përparësitë shtohen gjithnjë e më shumë. Pjesë e rëndësishme e studimit dhe e analizës së gjetjeve janë edhe evidentimi i disa përfundimeve të cilat rrjedhin pikërisht nga këto gjetje.

Kështu, një element mjaft i rëndësishëm gjatë hulumtimit është lidhja e kënaqësisë së pacientëve me gjininë e tyre, pasi në pamje të parë ofrimi i shërbimeve shëndetësor është i rëndësishëm për të dy gjinitë, mirëpo perceptimi i tyre ndryshon, varësisht edhe nga faktorët tjerë. Vihet re se në kënaqësinë e pacientëve, vlerësimin më

ndikues dhe më të madh ka gjinia mashkullore, e cila për dallim nga gjinia femërore ka një dimension më shumë dallues tek kënaqësia, sa i takon shërbimeve shëndetësore.

Nëse flitet për llojin e spitalit dhe ndikimin e tij në kënaqësinë e perceptuar nga pacientët, padyshim se rezultatet tregojnë, që ky faktor ka një ndikim mjaft të fortë dhe korrelativ. Kënaqësia e pacientëve që marrin shërbime mjekësore varet nga lloji i spitalit, ku dimensionin e tillë korrelativ varet nga ekzistenca e shumë faktorëve të tjerë që kanë ndikim në këtë marrëdhënie. Struktura e faktorëve ndikues ndryshon varësisht nga lloji i shërbimit mjekësor dhe forma e saj, mirëpo faktori që ka vlerë tek një pacient, padyshim është ofrimi sa më cilësor dhe në kohë i shërbimeve mjekësore përfshirë këtu edhe kualifikimin e stafit mjekësor. Lloji i spitalit mund të kategorizohet edhe nga nivelet e ndryshme të shërbimeve shëndetësore që ato ofrojnë, ku rajoni i Pejës ofron nivelin primar dhe sekondar shëndetësor, ndërkohë që kënaqësia e pacientëve varet edhe nga niveli i spitalit duke arritur në përfundimin se lloji i spitalit ndikon në kënaqësinë e pacientëve. Institucionet shëndetësore dhe stafi i tyre në përgjithësi ende nuk i konsiderojnë pacientët e tyre si klientë, edhe pse pacientët konsiderohen si konsumatorë të kujdesit shëndetësor.

Spitalet publike dhe ato private kanë disa elemente dalluese njëri me tjetrin, sa i takon kënaqësisë së pacientëve me faktin e sigurisë së shërbimeve cilësore, e cila më së shumti lidhet me aftësitë dhe njohuritë teorike dhe teknike të stafit, vendosja e saktë e diagnozës, saktësia e rezultateve laboratorike dhe dhënia e menjëhershme e shërbimeve emergjente, të cilat nëse i mbledhin bashkërisht ndikojnë në përzgjedhjen e spitalit nga pacientët por edhe në nivelin e kënaqësisë që ata përfitojnë nga shërbimet e ofruara prej tyre. Në rajonin e Pejës pacientët kanë kënaqësinë më të madhe tek institucionet shëndetësore private, pasi pacientët besojnë që shërbimet e spitaleve

private, në krahasim me spitalet publike janë më cilësore dhe kanë një siguri më të madhe profesionale, duke ndikuar kështu në përzgjedhjen e tyre.

Nga analiza e kryer është konstatuar se variablat moderuese *Ndërgjegjësimi i pacientëve* dhe *Teknologjia e aparaturave shëndetësore* ndikojnë më së shumti tek kënaqësia që marrin pacientët nga shërbimet shëndetësore të ofruara ndërsa lidhur me variabël tjetër të varur - cilësia e shërbimeve i vetmi variabël moderues që ndikon është teknologjia e përdorur në këto spitale. Kjo do thotë se përmirësimi i teknologjisë së aparaturave mjekësore nga ana e institucioneve shëndetësore rrit nivelin e cilësisë së ofrimit të këtyre shërbimeve.

Rezultatet e hulumtimit treguan se masat e ndërmarra nga ana e administratës shtetërore, të cilat kishin për qëllim rritjen e cilësisë së sistemit shëndetësor kanë qenë të frytshme vetëm pjesërisht. Është dëshpëruese fakti që pjesa më e madhe e tyre vetëm deklarativisht bëjnë përpjekje për të përmirësuar cilësinë e output-it përfundimtar. Madje mungesa e mjeteve financiare nuk ka qenë pengesa kryesore e implementimit të sistemit të menaxhimit të cilësisë dhe akreditimit të institucioneve shëndetësore gjithashtu, sepse, ende nuk është realizuar implementimi i një sistemi të përshtatshëm shëndetësor, prandaj del e nevojshme trajnimi i personelit për një të ardhme më të mirë. Hulumtimi ka konfirmuar dallimet në kuptimin dhe zbatimin e sistemeve të menaxhimit të cilësisë në lidhje me nivelet e ndryshme të aktivitetit të kujdesit shëndetësor. Menaxherët e kujdesit shëndetësor primar kanë pasur më pak njohuri për Sistemet e menaxhimit të cilësisë, ndërsa diçka më të mirë është në institucionet të nivelit sekondar.

Si konkluzion përfundimtar i këtij punimi, mund të thuhet se ofrimi i shërbimeve cilësore, padyshim është dimension mjaft i rëndësishëm i pacientëve, pasi përmes cilësisë së shërbimeve shëndetësore rritet perceptimi pozitiv dhe lidhja midis pacientëve dhe stafit mjekësor dhe kjo lidhje i kontribuon efikasitetit dhe eficiencës së shërbimeve mjekësore. Rezultatet e hulumtimit tregojnë që në rajonin e Pejës, pacientët kanë perceptim të njëjtë, kur flasim për cilësinë që ofrojnë spitalet publike dhe spitalet private, duke pasur parasysh faktin se stafi mjekësor është pothuaj i njëjtë në të dy llojet e spitaleve, mirëpo ajo që e dallon njërin nga tjetra janë kushtet më cilësore dhe më efikase në ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Niveli jo i kënaqshëm i pajisjeve shëndetësore në institucionet shëndetësore publike, ka pasur një efekt ndikues në përzgjedhjen nga pacientët për spitalet private, ngase kushtet dhe pajisjet e ofruar kanë ndikuar në të. Përgjithësisht mund të konkludojmë që siguria dhe cilësia janë elemente kryesore në kënaqësinë e pacientëve dhe cilësia e institucioneve shëndetësore publike dhe private, varet nga pajisjet dhe shërbimet efikase dhe në kohë.

Ngritja e një sistemi të menaxhimit të cilësisë është proces i cili kërkon përkushtim të plotë dhe përfshirjen e menaxhmentit dhe të gjithë punonjësve në institucionin të kujdesit shëndetësor. Pretendojmë të jemi një vend me shërbime kompetente dhe konkurruese shëndetësore karshi fqinjëve dhe më gjerë dhe përdorues të kënaqur me shërbimeve shëndetësore, atëherë kërkohet zhvillim dhe zbatim i mëtejshëm i normave të cilësisë në drejtimin e institucioneve shëndetësore, si dhe një ndryshim thelbësor në paradigmen e qëndrimit aktual dhe ndërgjegjësimit për rëndësinë e cilësisë të atyre të cilët do duhej të përkrahin dhe zbatojnë aplikimin e sistemit të cilësisë. Prandaj, rritja e njohurive, trajnimit dhe krijimit të një mjedisi të favorshëm për zhvillimin dhe përmirësimin e sistemit të cilësisë është një parakusht themelor për

funkcionimin e mirë të sistemit shëndetësor. Sigurimi i cilësisë është bërë një parakusht i domosdoshëm për suksesin në kujdesin shëndetësor. Synohet në rritjen e cilësisë të shërbimeve shëndetësore duke bërë të detyrueshëm sistemin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe njëheri duke futur sisteme të certifikuara të menaxhimit të cilësisë. Standardi ISO 9001 është bërë sinonim i njohur ndërkombëtar për cilësinë, qëndrueshmërinë dhe zbatimin në praktikë dhe i aplikueshëm për çdo organizatë që dëshiron të aplikojë, mirëmbajë dhe të përmirësojë vazhdimisht sistemin e vet të sigurimit të cilësisë. Për sistemin shëndetësor ISO 9001:2015 do të thotë njohja e pjesëve kyçe në praktikat klinike dhe jo klinike që kontribuojnë në rezultatet e dëshiruara, përmirësimin e shëndetit apo shërimin duke zvogëluar rrezikun e një ngjarjeje të padëshiruar në minimum.

Sistemi i lartpërmendur kërkon një sekuencë të dokumentuar sistemit dhe ndërveprim të veçantë në procesin e zbatimit të kontrolleve të brendshme për të përcaktuar veprimet korrigjuese dhe parandaluese me qëllim të përmirësimit dhe mbikëqyrjen e vazhdueshme. Me anë të veprimeve korrigjuese dhe parandaluese standardizimi i procedurave (ekzistenca e udhëzimeve të përdorimit), mirëmbajtjen më të mirë dhe kalibrimin e pajisjeve (në të rregullt, intervale të caktuara pavarësisht nga përdorimi) dhe zbatimin e rregullt të kontrollit të brendshëm (auditimin) siguron mirëmbajtjen e sistem. Certifikimi është detyrimin i imponuar i monitorimit të vazhdueshëm i rezultateve dhe njëkohësisht në mënyrë konsekuente të udhëheqë me dokumentacionin e plotë mjekësor. Me aplikimin e standardeve ISO, inkurajojmë punën ekipore, kreativitetin, iniciativën dhe përgjegjësinë e të gjithë punonjësve. Institucionet mund të kenë të ngritur sistemin e menaxhimit të cilësisë bazuar në kërkesat e normave dhe treguesve të matshëm (ulje të pacientëve të shtrirur, mortalitetin në operacione të

caktuara, sondazhe që shqyrtojnë kënaqësinë e pacientëve, kënaqësinë e të punësuarve etj), por vetëm pas procesit të certifikimit vërtetojnë se me sukses janë duke zbatuar sistemin e menaxhimit të cilësisë në organizatën e tyre.

Në përfundim të analizës, u rishikua edhe njëherë se nga vlerësimi i pacientëve është e dukshme se pacientët më mirë vlerësojnë cilësinë e shërbimit të ofruar dhe sjelljen e mjekut ndaj tyre se sa organizimin e kujdesit. Ky rezultat është në përputhje me rezultatet e studimit pilot të kryera në Kroaci (Ljubičić et al., 2006). Po ashtu analiza e të dhënave konfirmoi supozimet teorike rreth efekteve pozitive të aplikimit të Sistemit të menaxhimit të cilësisë në kujdesin shëndetësor për kënaqësinë e pacientit. Fokusi ndaj përdoruesve, dmth. pacientëve është një përcaktues kyç i suksesit të sistemit të cilësisë të institucioneve shëndetësore, në kushtet e sotme (Kumaraswamy, 2012; Abu-Kharmeh, 2012).

5.2 REKOMANDIME

Analiza e kryer dhe përfundimet e përfutuara, na tregojnë se identifikimi i problematikave, matja e kënaqësisë së pacientëve në lidhje me shërbimin e ofruar dhe gjetja e rrugëve për përmirësimin e këtij shërbimi, bën që matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit të jetë kusht i detyrueshëm për sistemin shëndetësor spitalor. Pra mund të themi se pacientët janë indikator kryesor për të matur suksesin e shërbimeve që institucionet shëndetësore ofrojnë.

Duhet theksuar se sektori shëndetësor publik në Kosovë përkatësisht ai në rajonin e Pejës, porsa i përket cilësisë së shërbimeve të ofruara, me shumë vështirësi po arrin të përmbushë pritëshmëritë e pacientëve. Për këtë arsye ndjehet e nevojshme të bëhen këto rekomandime:

1. Përmirësimi i shërbimeve mjekësore mbështetëse në përgjithësi, veçanërisht shërbimi laboratorik, urgjenca dhe radiologjia;
2. Një pikë tepër e rëndësishme, që ka impakt në perceptimin e kënaqësisë së pacientëve janë ato shërbime mjekësore që lidhen kryesisht me përcaktimin e diagnozës-trajtimin dhe përdorimit të metodave parandaluese të sëmundjeve të pacientëve;
3. Institucionet qeveritare dhe shoqatat e pacientëve duhet të bëjnë më shumë përpjekje në programet edukative, kryesisht në programet që afirmojnë të drejtat e pacientëve;
4. Ngritja dhe forcimi i departamenteve të Menaxhimit të Cilësisë në institucionet shëndetësore të Kosovës.

5. Menaxhmenti i institucioneve shëndetësore në periudha të ndryshme kohore të kryejë hulumtime me metoda të ndryshme përfshirë këtu edhe përdorimin e pyetësorëve të ndryshëm, për vlerësimin e cilësisë së shërbimeve të ofruara me qëllim përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve të ofruara;
6. Të kryhet sa më shpejt akreditimi i institucioneve shëndetësore si dhe aplikimi i kërkesave të SMC-së sipas standardeve ndërkombëtare dhe certifikimi i tyre duke pasur mbështetje më të madhe nga ana e menaxhmentit të lartë të institucioneve shëndetësore publike;
7. Vijimi i Programeve për Zhvillimin e Vazhdueshëm Profesional për mjekë dhe infermierë por edhe në lidhje me menaxhimin e institucioneve shëndetësore, duke siguruar mundësinë për të zhvilluar programe të reja me fokusin kryesor në marrëdhëniet mjek/infermier – pacient ;
8. Menaxhmenti i institucioneve të kujdesit shëndetësor i mbështetur edhe nga Ministria e Shëndetësisë duhet të shqyrtojnë mundësitë për ridizajnimin e referimit të pacientëve dhe procesit të kujdesit në mënyrë që të ofrojnë shërbime transparente, efektive, të qasshme, më të shpejta dhe më të mira për pacientët ose thënë ndryshe përmirësimi i sistemit menaxherial në të gjithë elementët e tij;
9. Institucionet qeveritare dhe shoqatat e pacientëve duhet të bëjnë më shumë përpjekje në programet edukative, kryesisht në programet që afirmojnë të drejtat e pacientëve;
10. Ministria e Shëndetësisë dhe menaxhmenti i institucioneve të kujdesit shëndetësor duhet të marrin parasysh mundësitë për të përmirësuar aspektet teknike të spitaleve (strukturën dhe procesin e kujdesit) dhe të krijojnë kushte më të mira pune për mjekët si dhe për pacientët lidhur me trajtimin e tyre, pra

përmirësimi i infrastrukturës së spitaleve dhe pajisjeve dhe aparaturave spitalore;

11. Në fund por jo më pak i rëndësishëm, kërkesa e përgjithshme për harmonizim me legjislacionin e BE-së, e cila është parakusht për Republikën e Kosovës për të hyrë në rrugën e integritit evropian.

Pra përfundimisht është e duhur ngritja e një sistemi efektiv i rregullimit dhe inspektimit të sigurisë dhe cilësisë për të siguruar standarde të cilat do ishin në mbrojtjen e pacientëve dhe personelit nga praktikat e rrezikshme dhe njëherë të realizohet akreditimi i institucioneve shëndetësore në Kosovë.

BIBLIOGRAFIA

- Abdurrahman Coskun (2010),“ *Quality Management and Six Sigma* ”, Published by: Sciyo
- Abu-Kharmeh, S. S. (2012). “ *Evaluating the Quality of Health Care Services in the Hashemite Kingdom of Jordan* ”, International Journal of Business and Management, Vol. 7, No. 4, pp. 195-205.
- Agjencia e Statistikave të Kosovës (Statistikat e Shëndetësisë 2015)
- ***Amal Mohammed Sheikh Damanhour, (2002).“Considering Total Quality Management in Ministry of Health Hospitals in Jeddah City in Saudi Arabia”***
- Abdal Kareem A, Aday LA, Walker GMJr.(1996),” *Patient satisfaction in government health facilities in the state Qatar*”. J Community Health; 21(5): 349-58.
- Aizpuru BF. (1993) “ *Barriers to verbal communication and consumer satisfaction with consultations in general medicine* ”. Gac Sanit; 7(34): 27-31
- Andaleeb, S. S., 1998,” *Determinants of customer satisfaction with hospitals: A managerial mode* ”. International Journal of Health Care Quality Assurance, 11(6),pp. 181–187.
- Antero Ollila, (2012) “ *Proposals for the implementation and improvement of ISO 900 1*”, Global Journal of Business Research, Volume 6, number 2
- Anthony Staines (2000) “ *Benefits of an ISO 9001 certification ± the case of a Swiss regional hospital* ”,International Journal of Health Care Quality Assurance 13/1/ pp.27-33
- Anwar El-TAwil (2015) “ *Standards and Quality* ”Published by: World Scientific Publishing Co.
- ASQ , http://www.asq.org/about-asq/who-we-are/bio_shewhart.html
- Assaf F. Al-Assaf, Mubashar Sheikh (2004).” *Quality improvement in primary health care: a practical guide*”, Published by: World Health Organization
- Asubonteng, P., McCleary, K. J., and Swan, J. E., 1996, SERVQUAL revisited: “ *A critical review of service quality* ”. Journal of Services Marketing, 10(6), pp. 62–81.

- Atoosa Forough, Changiz Valmohammadi (2015) “A comparative study between the performance of ISO 9001certified and non-certified hospitals and health care centers: The case of Tehran province”, European Online Journal of Natural and Social Sciences ; www.european-science.com Vol.4, No.3 pp. 596-610
- B. Purushothama,(2010) “Effective implementation of quality management systems”, Published by: Woodhead Publishing India
- Baird, K. (2013). “Raising the bar on service excellence”: Archieboy Holdings, LLC.
- Baltussen, R., Yé, Y., Haddad, S., and Sauerborn, R. S., 2002, “Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso”. *Health Policy and Planning*, 17(1), pp. 42–48.
- Barrie G. Dalle (2003) “Managing Quality”, Published by: Blackwell
- Bloom, D. E., D. Canning, et al. (2004). "The Effect of Improvements in Health ", NBER Working Paper No. 10919.
- Bosk, C. L., 1986, “Professional responsibility and medical error”, In L. H. Aiken and D. Mechanic (Eds.), Applications of social science to clinical medicine and health policy. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, pp. 460–477.
- Brigitte Domittner, Eva-Maria Kernstock, Peter Nowak (2013),“Quality Management” , Published by :BIQG Austri
- Buwa, D., & Vuori, H. (2006). “Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo”. *European Journal of Public Health*. 17(2), 226-230.
- C.R.Kothari, (2004) ”Research methodology“,New Age International (P) Ltd Higginbottom, G. M. A. (2004). Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*, 12(1), 7-19.
- Campbell, J.L., Ramsay, J. & Green, J. (2001). “Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care”. *Quality in Health Care*, 10, 90-95.
- Carlo Guidotti (2001),“Regional Differences in Public Health Quality management” , <http://economicswebinstitute.org>

- Cassell, C., and G. Symon, eds. (1994). *“Qualitative methods in organizational research: A practical guide”*. London: Sage.
- Cheraghi-Sohi, S., Hole, A.R., Mead, N., McDonald, R., Whalley,D., Bower, P. i Roland, M. (2008). *“What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities”*. Annals of Family Medicine, 6, 107-115.
- Cooper, Donald R., and Pamela S. Schindler. 2006. *“Marketing Research”*. New York: McGraw– Hill.
- Coulter, A. i Elwyn, G. (2002).”*What do patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement?*” British Journal of General Practice, 52, 22-26.
- Creswell,J.,&Plano Clark,V.(2007). *”Design and Conducting Mixed Research”*.Thousand Oaks,CA.Sage
- Czepiel, John A., Michael R. Solomon, Carol F. Surprenant, and Evelyn G. Gutman *“Service Encounters: An Overview,”* in John A. Czepiel, Michael R. Solomon, and Carol F. Surprenant, eds., *The Service Encouter: Managing Employee/Customer Interaction in Service Businesses*, Lexington, MA: Lexington Books, 1986, 3-15.
- Dalrymple, J., and E. Drew. 2000. *“Quality: On the Threshold or the Brink?”* Total Quality Management 11 (4–6): 697–703.
- Daniel Collins , Melissa Mannon , (2015) *“Quality Management in a Lean Health Care Environment”* , Published by: Business Expert Press,
- Daniel Garcia (2009), *“ Quality Management in the Hospitality Industry”*, Published by: Global Media
- David Hoyle, John Thompson, (2002) *“QMS Conversion: A Process Approach”* , Published by: An imprint of Elsevier Science
- Davis Yellen, G.C & Ricard,R. (2002). *“The measurement of patient satisfaction”*. Journal of Nursing Care Quality. 16(4),23-29.
- Deming, W. E., (1986), *“Out of the crisis: Quality, productivity and competitive position”*. Published by: Cambridge University Press
- Diane L. Kelly ,(2003) *“Applying Quality Management in Healthcare”*, Published by: Health Administration Press

- Dick, Alan S & Basu, Kunal. (1994). “*Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework*”. Journal of the Academy of Marketing Science 22(2), 99-113.
- Dwayne D. Gremler , Stephen W. Brown (1998) “*The loyalty ripple effect Appreciating the full value of customers*”, International Journal of Service Industry Management, Vol. 10 No. 3, pp. 271-291.
- Edwards. W. Deming, <https://deming.org/management-system/fourteenpoints> , vizituar më 01.02.2017.
- Ellie Scrivens (2005) ,“*Quality, risk and control in health care*”, Published by: Open University Press
- Erick C. Jones (2014) “*Quality Managementfor Organizations Using Lean Six Sigma Techniques*”, Published by: CRC PressTaylor & Francis Group
- Esmail, A., 2006, “*Clinical perspectives on patient safety*”, In K. Walshe and R. Boaden (Eds.), “*Patient safety: Research into practice*”. Maidenhead: Open University Press, pp. 9–18.
- Evelyn, John J., and Neil J. DeCarlo "Customer Focus Helps Utility See The Light" The Journal of Business Strategy, 1992, JanuaryFebruary, p. 8-12
- Field, A. (2005). “*Discovering statistics using SPSS*” (2nd ed.). London: Sage. for Standardization
- Frederic Taylor and Scientific Management, NetMBA Business Knowledge Center, vizituar më 03.02.2017 ., <http://www.netmba.com/mgmt/scientific/>
- Garvin, D.A. (1988). “*Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*”. New York: Free Press.
- Gilson L , (2003) “*Trust and the development of health care as a social institution*”, *Soc Sci Med.* Apr;56(7):1453-68.
- Graeme Knowles (2011), “ *Quality Management* ” ,Published by: Bookboon
- Grol, R. & Wensing, M. (2000). “*Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument*”. Nijmegen: World Organisation of Family Doctors - WONCA/European Association for Quality in Family Practice.

- Grönroos, C., (2007), *“Service management and marketing: Customer management in service competition”*, third edition. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gronroos, Christian: *"Service Quality and the Consumer Relation of Service Firms and Institutions,"* in Christian Gronroos, eds., *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, 1982, p.20-35.
- Gutierrez Alcantara, Flor Monica (2013) *“Building a performance measurement internal auditing framework for the ISO 9001 quality management system”* University of Nottingham
- Hair, J.F. Jr. , Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998). *“Multivariate Data Analysis”*, (5th Edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hall, M. C., Elliott, K. M., and Stiles, G. W., 1993, *“Hospital patient satisfaction: Correlates, dimensionality, and determinants”*. *Journal of Hospital Marketing*, 7(2), pp. 77–90.
- Hallowell.R.(1996). *“The relationship of customer satisfaction, customer loyalty, and profitability: an empirical study”*. *International Journal of Science Industry Management*, 7(4): pp. 27-42
- Hanae Ibn El Haj, Mohamed Lamrini (2013) ,*“Quality of care between Donabedian model and ISO 9001V2008”*, *International Journal for Quality Research* 7(1) 17–30
- Higginbottom, G.M.A. (2004),” *Sampling Issues in Qualitative Research ”*. *Nurse Researcher*, 12, 7-19
- Hinkin, T. R. (1995). *“A review of scale development in the study of behavior in organizations”*. *Journal of Management*, 21,967-988.
- International Standards Office, (2015), *ISO 9001 - Quality management systems. Requirements*. Geneva
- International Standards Office, ISO 9004:2000 / revision 2009, *Quality Management Systems – Guidelines for performance improvement*, ISO, Geneva
- ISO (2014), *“Economic benefits of standards”*, *Published by: International Organization*

- ISO 10004:2012 / *Quality management – Customer satisfaction – Guidelines for monitoring and measuring*
- ISO 17025 / *General requirements for the competence of testing and calibration laboratories*, ISO, Geneva
- ISO: IWA 1:2005 / *Quality Management System - Guidelines for process improvement in health service organization*, ISO, Geneva
- ISQua: *International standards for Quality in the health*
- Iwona Łopacińska, Zbigniew Tokarski,(2015) “*Implementation of quality management system by ISO and feeling of work safety in hospital workers*”,
- J. M. Juran, (1988), “*Quality and the National Culture*”, Jurans Quality Control Hand-book, Fourth Edition
- Jaafariipooyan, E., 2011, “*Contextual approach to the performance analysis of Iran’s National Accreditation Programme for healthcare organisations*”. Unpublished PhD thesis, University of Southampton, School of Management, Southampton.
- Jaap van den Heuvel (2005),“*An ISO 9001 quality management system in a hospital*”, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 18 No. 5, pp. 361-369
- James M. Levett, Robert G. Burney,(2011) “*Using ISO 9001 in Healthcare*” Applications for Quality Systems, Performance Improvement, Clinical Integration, and Accreditation . Published by :ASQ Quality Press
- James O. Westgard, Sten A. Westgard, (2014),“*Basic Quality Management Systems/ Essentials for Quality Management in the Medical Laboratory*” Published by: Westgard
- Javier M. Moguerza ,Mariano Prieto Corcoba (2015) “*Quality control with R / An ISO Standards Approach*”, Published by :Springer International Publishing Switzerland
- Jay J Schlickman, (2003) *ISO 9001: 2000 Quality Management System*

- Jay Schlickman, (2003), *ISO 9001:2000 Design Quality Management*
- John Grocock, (2000) "The impact of powerful and weak customers on quality assurance systems and quality improvement programs", The MTC Magazine, Vol. 12 Issue: 6, pp.372-388,
- Juran, J.M. (1989). "*Juran on Leadership for Quality. An Executive Handbook*" ,New York, London: The Free Press.
- Juran, J.M. (1992). "*Juran on Quality by Design. The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*". New York, Oxford, Singapore, Sydney: The Free Press.
- Juran, J.M.(1986), "*The Quality Trilogy - Quality Progress*" , ASQ 10, No. 8, 1986, pp.19-24.
- Kathleen N. Lohr, ed., (1990) "*Medicare: A Strategy for Quality Assurance*" Washington, DC: National Academy Press, 21.
- Kazan, H.; Ozer, G.; and Cetin, A. (2006), "*Insight from research: the effect of manufacturing strategies on financial performance*", Measuring Business Excellence, Vol. 10 No. pp. 14-26.
- Khandwalla,Pradip N. (1976). "*The techno-economic ecology of corporate strategy*", Journal of Management Studies, Volume 13, Issue 1 ,Pages 62–75
- Kim-Soon Ng (2012),"*Quality Management and Practices*", Published by: InTech
- Koerber, A., & McMichael, L. (2008). "*Qualitative sampling methods: A primer for technical communicators*". Journal of Business and Technical Communication, 22(4), 454–473.
- Kombo, D. K., & Tromp, D. L. (2006). "*Proposal and thesis writing: An introduction. Nairobi*" :Paulines Publications Africa
- Kotler, P. (2003). "*Marketing Management* ", Prentice Hall/Pearson Education International.
- Kumaraswamy, S. (2012). "*Service Quality in Health Care Centres: An Empirical Study* ", International Journal of Business and Social Sciences, Vol. 3, No. 16, pp. 141-150.

- Lam, S.-Y., Lee, V.-H., Ooi, K.-B. & Lin, B. (2011). “*The relationship between MTC, learning orientation and market performance in service organisations: an empirical analysis*”. *Total Quality Management & Business Excellence* 22:12, 1277–1297.
- Larry Alton, (2016) ” 5 Strategies for Higher Customer Loyalty in a Healthcare Setting”, vizituar më 07.03.2017 <http://customerthink.com/5-strategies-for-higher-customer-loyalty-in-a-healthcare-setting/>
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., and Glinos, I. A., (2008), “*Assuring the quality of health care in the European Union – A case for action*”. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series. Cornwall, UK: MPG Books Ltd.
- Lehtinen, Uolevi, Jarmo R. Lehtinen: "Two Approaches to Service Quality Dimensions", *Services Industries Journal*, 1 1 (3), 2001, 287-303.
- Leslie Burnett (2002), “*Applications of quality management in pathology laboratories*” , Published by: Southern Cross University
- Levine, David I., Toffel, Michael W., (2008) , “ *Quality Management and Job Quality: How the ISO 9001 Standard for Quality Management Systems Affects Employees and Employers* ”, <http://escholarship.org/uc/item/4p91h717>
- Ljubičić, N., Baklaić, Ž., Stevanović, R. i Pristaš, I. (2006) “*Istraživanje kvalitete i zadovoljstva zdravstvenom zaštitom korisnika djelatnosti opće/obiteljske medicine*”. Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Manu, M. (2011). “*Quality and Customer Satisfaction Perspective in Organisations by Gap and Total Quality Improvement Methods*”. *Acta Wasaensia* No 237. *Industrial Management* 21. University of Vaasa.
- Marcus P. Kennedy, Neil W. Boyce and Maria E. Logan (1999) “*Quality management in Australian emergency medicine: translation of theory into practice*”, *International Journal for Quality in Health Care* , Volume 11, Number 4: pp. 329–336
- Maritta Siloaho (2006) , “ *Utilization of Quality Management Systemes in Finnish Medical Laboratories*” , University of Kuopio

- Mark Graban,(2012), “*Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*”, 2nd ed. (Boca Raton, FL: CRC Press), 34
- Marleen de Mul (2009) “*Managing Quality in Health Care*” ,Published by: M. de Mul
- Matilde Rodrí'guez-Cerrillo, Eddita Ferná'ndez-Dí'az, (2011)“*Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit*”, International Journal of Health Care Quality Assurance
- Maxwell, J. A. (2005). “*Qualitative research design: An interactive approach*” (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Michael E. Porter, (2010), “*What Is Value in Health Care?*” New England Journal of Medicine 363(26): 2477–2481.
- Michel Jaccard (2013), “*The Objective is Quality- Introduction to Quality, Performance and Sustainability Management Systems*” ,Published by: EPFL Press
- Mile Terziovski, Jose-Luis Guerrero. (2014) “*ISO 9000 quality system certification and its impact on product and process innovation performance*” , Int. J. Production Economics 158 ,pp 197–207
- Mohammad Alharbi (2012) “*Leadership Styles, and Their Relationship with Quality Management Practices in Public Hospitals in Saudi Arabia*”, International Journal of Economics and Management Sciences, Vol.1,No.10,pp.59-67
- Mugenda, A. (2008). “*Social Science Research: Theory and Principles*”. Nairobi: Applied Research & Training Services.
- Murray H, Locker D, Mock D.(1997),” *Patient satisfaction with a consultation at a craniofacial pain unit*”. Community Dent Health; 14(2): 69-73.
- Nelsen D. & Daniels S.E. (2007). “*Quality glossary- Quality Progress* 40:6 (Jun). Milwaukee.
- Neuman, W.L. (2006). “*Social Research Methods: Qualitative and Quantiative Approaches*”. Toronto: Pearson.
- Nick Goodwin, Reinhold Gruen and Valerie Iles (2006), “*Managing Health Services*” , Published by: London School of Hygiene and Tropical Medicine

- Nwabueze, U. (2001). "The implementation of MTC for the NHS manager". *Total Quality Management* 12:5, 657–675.
- Nwabueze, U. (2011). "Implementing MTC in healthcare: The critical leadership traits". *Total Quality Management & Business Excellence* 22:3, 331–343.
- Oliver, J. (2009). "Continuous improvement: role of organizational learning mechanisms". *International Journal of Quality & Reliability Management* 26:6, 546–563.
- Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. T. (2007). "A typology of mixed methods sampling designs in social science research". *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316. Retrieved Aug. 31, 2007, nga <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR12-2/onwuegbuzie2.pdf>
- Palangkaraya A, Yong J. (2009), "Population ageing and its implications on aggregate health care demand: empirical evidence from 22 OECD countries", *Int J Health Care Finance Econ.*;9(4):391-402.
- Patrice Spath (2009), "Introduction to healthcare quality management", Published by: Foundation of the American College of Healthcare Executives
- Percival, V., & Sondorp, E. (2010). "A case study of health sector reform in Kosovo". *Conflict and Health*. 4(7), 1-14.
- Ph.Crosby (1979), "Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain - How to Manage Quality", New York: McGraw-Hill,
- Piligrimiene, Z. i Buciuniene, I. (2008). "Different perspectives on health care quality: is the consensus possible?", *Engineering economics*, 1(56), 104-111.
- Porter, E. Michael (2010), "What Is Value in Health Care?", *The New England Journal of Medicine*, <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1011024>
- PP&S White Paper, "Quality Management - Then, Now and Toward the Future", www.pp-s.com (vizituar 01.02.2017)
- Prathibha Varkey (2005), "Medical Quality Management - Theory and Practice", Published by: American College of Medical Quality
- Rajko Šofranac, (2011). "Primjena Standarda ISO 9001:2008 u Zdravstvenim Ustanovama", Kvalitet 2011, Neum,

- Ratko Ostojic, Vlatka Bilas, Sanja Franc, (2012).“*Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske Unije i Republike Hrvatske*”, <http://hrcak.srce.hr/96827>
- Robert E. Carter, Subhash C. Lonial, and P.S. Raju (2010) “*Impact of Quality Management on Hospital Performance: An Empirical Examination*”, University of Louisville
- Roger Ruiz-Moral ,(2006). “*Physician–patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them*”, International Association for Communication in Healthcare Volume 64, Issues 1-3, Pages 242–248
- Roosje van den Heuvel (2001) ,“*The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*” , Published by : Beaumont Quality Publications
- Ruiz – Moral, R., Perez Rodriguez, E., Perula de Torres, L.A. i de la Torre, J. (2005). “*Physician–patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them*”. Patient Education and Counseling, 64, 242–248.
- Salah Alolayan, (2014),“*An assessment of quality management system indicators for the ISO 9001: 2008 certified work organizations in Kuwait*”, School of Mechanical and Manufacturing Engineering Dublin City University
- Salgaonkar, Pradeep B. (2006).”*Marketing of Healthcare Services*”, Abhijeet Publications, Delhi. India.
- Sankar Sen & C. B. Bhattacharya (2003) “ *Consumer-Company Identification: A Framework for Understanding Consumers Relationships with Companies*”, Journal of Marketing.Vol. 67, No. 2, pp. 76-88
- Sara Melo and Matthias Beck (2014),“*Quality Management and Managerialism in Healthcare*”, Published by: Palgrave Macmillan
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009) ”*Research methods for business students*”, 5th ed., Harlow, Pearson Education.
- Schimmel, E. M., 1964, “*The hazards of hospitalization*”. Annals of Internal Medicine, 60, pp. 100–110.
- Shaw,C , Kalo,I (2002).”*A background for national quality policies in health systems*”,WHO Regional Office for Europe

- Sibila Žabica, Tonči Laziba, Ines Dužević “*Implementacija sustava upravljanja kvalitetom na različitim razinama zdravstvene djelatnosti*”, <http://hrcak.srce.hr/file/182538>
- Singleton, Royce, and Bruce C. Straits. “*Approaches to Social Research*”. New York: Oxford University Press, 2010.
- Sinisa Varga (2010) “*Sustav kvaliteta u zdravstvu*”, http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2012/11/Varga_Sinisa.pdf
- Stefan Kunkel (2008), “*Quality Management in Hospital Departments*”, Uppsala University
- Steffie Marijke van Schoten (2015) “*Hospital Quality Systems - unraveling working mechanisms*”, Published by :NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, the Netherlands
- Strauss, Anselm and Juliet Corbin. (1990), “*Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*”. Newbury Park, CA: Sage Publications,
- Suresh Patel (2016) “*The Global Quality Management System - Improvement Through Systems Thinking*”, Published by: CRC PressTaylor & Francis Group
- Sven Engström (2004) “*Quality, costs and the role of primary health care*” Department of Health and Society Linköping University, Sweden
- Thomas, Alfred B.(1929). “*An eighteenth century comanche document*”, American anthropologist, Blackwell publishing ltd
- Trevor L.Strome (2010), “*Healthcare Analytics for quality and performance improvement*”, Published by:Wiley
- Ulises Ruiz and Jose Simon (2004)“*Quality management in health care: a 20-year journey*”, International Journal of Health Care Quality Assurance Volume 17, Number 6 . pp. 323-333
- Veronda MF. (2001),“*Patient satisfaction in managed care: Department of Public Administration*”, University of Nevada, Las Vegas.
- Ville Tuomi (2012) “*Quality Management in Public Sector*”, Universitas Wasaensis
- Vincent, C., 2006, “*Patient safety*” . Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Walter A. Shewhart. " ASQ: The Global Voice of Quality", Web.vizituar 25.03.2017,
https://www.pp-s.com/Files/PPSWP_QMSbeyondprod.pdf
- Wendy Nicklin (2015) "*The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review*", Published by: Accreditation Canada
- Wensing, M. (2006). *Europep 2006 – Revised Europep instrument and user manual*. Centre for Quality Research,
: http://www.equip.ch/files/25/europep_2006rapport.pdf. qasja : 18.12.2015.
- Wensing, M., Jung, H.P., Mainz, J., Olesen, F. i Grol, R. (1998). "A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care". *Social Science and Medicine*, 47(10), 1573-1588.
- WHO (2003): *Quality and accreditation in health care services. A global review*. World Health Organization, Geneva
- William J. Miller, Andrew T. Sumner and Richard H. Deane (2009) "*Assessment of Quality Management Practices Within the Healthcare Industry*" Published by: AJEBA
- World Health Organisation, 2003, *Quality and accreditation in health care services: A global review*. Geneva: Department of Health Service Provision.
- World Health Organization (2006) "*Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*" , Published by: WHO
- World Health Organization. (2011), "*Laboratory quality management system*", Published by :WHO
- Yin, Robert K. (2003). "*Case study research, design and methods*" (3rd ed., vol. 5). Thousand Oaks: Sage.
- Yves Eggli, Patricia Haefon (2016) "*A conceptual framework for hospital quality management*", Helath Economy and Management Institute of the University of Lausanne
- Zineldin, M., 2006, "*The quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics*". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), pp. 60–92.

ANEKSE

PYETËSORË PËR PUNONJËSIT E INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

Unë quhem Samir Lleshi dhe po përgatit temën e doktoraturës me titull “ Vlerësimi i standarteve të menaxhimit të cilësisë tek institucionet shëndetsore publike në Kosovë ”. Ju jeni zgjedhur rastësisht për të plotësuar këtë pyetësor. Përgjigjet e këtij pyetësori do të jenë konfidenciale dhe do të përdoren vetëm për këtë studim. Faleminderit!

SEKSIONI I INFORMACION I PËRGJITHSHËM

P1. Emri i spitalit ku ju punoni aktualisht.

P2. Cili është pozicioni juaj në këtë spital? 1. Mjek, 2.Infermier/e, 3.Teknik shëndeti në përjashtim të infermierisë, 4.Staf manaxherial, 5.Tjetër (specifiko) _____ (1)(2)(3)(4)(5)

P3. Sa vite eksperiencë keni në këtë profesion? _____ vite

P4. Ju lutem jepni opinionin tuaj lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore për secilën nga alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Diagnozën e saktë dhe trajtimin e duhur	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Arti i kujdesit mjekësor (aspekti human p.sh. respekti)	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Disponueshmërinë e shërbimeve luksoze në spital	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Përdorimi i teknologjis moderne në ofrimin e shërbimeve shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Njohja e informacioneve të ndryshme të rëndësishme nga ofruesit e shërbimeve për punën e tyre	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Disponueshmërinë e shërbimeve adekuate teknike	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion	(1) (2) (3) (4) (5)

8	Ulja e përqindjes së sëmundjeve, vdekshmërisë dhe invaliditetit brenda shoqërisë	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Ofrim i shërbimeve për numrin maksimal të pacientëve brenda mundësive	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Përshtatshmëria e shërbimeve shëndetësore për mjedisin (zakonet, traditat dhe kulturat)	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P5. Ekzistojnë sisteme të ndryshme për menaxhim cilësorë, secili me karakteristikat e tij dalluese. Alternativat e mëposhtme bëjnë krahasimin e tipareve të këtyre sistemeve. Ju lutem zgjidhni alternativën që përshkruan më saktë sistemin e menaxhimit cilësorë të apikuar në spitalin tuaj për çdo element të krahasimit duke zgjedhur me *Po* ose *Jo*.

Nr	Elementët e krahasimit		1.Po, 2.Jo		1.Po, 2.Jo
1	Përkufizimi i konsumatorëve	1.Klientët janë vetëm pacientët	(1)(2)	2.Klientët janë përdoruesit dhe ofruesit	(1)(2)
		3. Komunikimi me ta kur ka pasur ankesë apo problem	(1)(2)	4.Komunikimi i vazhdueshëm me ta për të ditur nevojat dhe pritshmëritë e tyre	(1)(2)
2	Proceset	1.Vetëm shërbimet klinike	(1)(2)	2.Të gjitha shërbimet klinike dhe jo-klinike	(1)(2)
3	Zgjidhja e problemeve	1. Shmangia nga kërkimi dhe gjetja e problemeve	(1)(2)	2.Kërkoni dhe gjeni probleme për të përmirësimit	(1)(2)
		3. Duke përdorur metodën reactive dhe sistemin e inspektimit	(1)(2)	4. Duke përdorur metodën proaktive dhe sistemin parandalues për	(1)(2)
4	Shkaku i problemit	1.Stafi	(1)(2)	2.Sistemi manaxherial, porcesi dhe procedurat	(1)(2)

5	Gabimet	1.Pranimi i gabimeve ne masë te kufizuar	(1)(2)	2.Shmangiu gabimeve dhe parandaloi para se të ndodhin	(1)(2)
6	Planifikimi	1.Afat-shkurtër	(1)(2)	2.Strategji, afat-gjate	(1)(2)
7	Përmirësimet	1.Kur ka probleme dhe nevojë	(1)(2)	2.Përmisim I vazhdueshëm	(1)(2)
8	Shprehjet e performancës	1.Rezultate afat-shkurter	(1)(2)	2. Procese dhe rezultate afat-gjate	(1)(2)
9	Metodat	1.Shumë si metodat statistikore, treguesit e cilësisë të kontrollit	(1)(2)	2. Më shumë zhvillim dhe metoda të të kuptuarit	(1)(2)
10	Përgjegjësi për cilësinë	1.Punëtorët	(1)(2)	2. Menaxhmenti dhe sistemi	(1)(2)
11	Realizimin e cilësisë	1. Inspektorët dhe specialistët	(1)(2)	2. Pjesmarrje dhe bashkëpunim I të gjithë punëtorve	(1)(2)
		3. Komitete cilësore që përfshijnë anëtarë mjekë	(1)(2)	4. Komitete cilësore që përfshijnë anëtarët mjekë dhe menaxhuesit	(1)(2)
12	Pozicioni i autoritetit	1.I centralizuar	(1)(2)	2.Delegimi i kompetencave	(1)(2)
		3.Vendimmarrja varet nga dijenia e menaxherëve të lartë	(1)(2)	4. Vendimmarrja varet nga faktet dhe nga pjesëmarrja e plotë	(1)(2)
13	Shërbimet e projektimit	1. Përcaktohen nga departamentet e specializuara	(1)(2)	2.Të percaktuara nga puna në ekip	(1)(2)
		3.Varet nga njohuria e ekspertëve	(1)(2)	4.Varet nga faktet e mbledhura nga konsumatorët	(1)(2)
14	Menaxherët	1.Dinë me shumë se	(1)(2)	2.Punëtorët dinë më shumë se sa	(1)(2)

		vartësit		menaxherët për punën e tyre	
		3.Punëtorët vetëm dëgjojnë dhe ekzekutojnë	(1)(2)	4.Punëtorët marrin pjesë në përmisimin e sistemit	(1)(2)
15	Produktiviteti dhe kualiteti	1.Qëllimet kontradiktore	(1)(2)	2.Përmisimi i kualitetit të çonë në produktivitet	(1)(2)
16	Struktura e organizimit	1. Hierarkia	(1)(2)	2. I drejtë	(1)(2)
		3.Statike	(1)(2)	4. I ndryshueshëm	(1)(2)
		5. Departamente të izoluar	(1)(2)	6. Thyerje e barrierave ndërmjet departamenteve	(1)(2)
		7.Komunikim vertikal	(1)(2)	8. Komunikim horizontal	(1)(2)

P6. Ju lutem jepni opinionin tuaj lidhur me objektivat e sistemit menaxherial cilësorë në punën tua të matura me objektivat e mëposhtëm.

Nr	Alternativat	1.Nuk jam dakort, 2.Dakort, 3. Plotësisht dakort
1	Vlerësimi i cilësisë	(1) (2) (3)
2	Sigurimi i cilësisë	(1) (2) (3)
3	Përmirësimi i cilësisë	(1) (2) (3)
4	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3)

P7. Ju lutem përcaktoni shkallën e pajtimit në lidhje me planet e cilësisë që i takojnë fushës tuaj.

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Marrjen e mbështetjes nga menaxherët e lartë për	(1) (2) (3) (4) (5)

	programe cilësore	
2	Përmisimin e procesit të punës (Hapat e punës, metoda dhe sistemi)	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Përmbushja (kënaqja) e konsumatorëve të jashtëm	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Përmbushja (kënaqja) e konsumatorëve të brendshëm	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Disponueshmëria e ambientit të përshtatshëm kulturor për realizimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Përmirësimin e menaxhimit të burimeve njerëzore	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Përdorimi i metodave më të avancuara për realizim cilësorë	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Marrjen e objekteve të nevojshme për realizimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Përmisimi i performancës së punëtorëve	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Përdorimi i teknologjisë moderne në vend të pajisjeve të përdorura	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P8. Ka shumë përkufizime të MC. A është përkufizimi juaj për MC i bazuar në njërin prej frazave në vazhdim? – Ju lutem përcaktoni shkallën e pajtimit me formulimet e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Shuma totale për të gjitha shërbimet e ofruara (mjekësore, ndihmëse klinike dhe administrative)	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Pamje të plotë (hollësishme) për ofruesit dhe përfituesit e shërbimeve shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Pamje të integruar të shërbimeve shëndetësore të ofruara në bazë të bashkëpunimit ndërmjet të gjithë	(1) (2) (3) (4) (5)

	punëtorëve	
4	Varet nga inspektimi	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Korigjimi i devijimeve nga standarti i vendosur	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Përshtatje të shërbimeve të standarteve cilësore	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Bërja e gjësë së duhur herën e parë dhe gjatë gjithë kohës	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Përmirësimin e vazhdueshëm të proceseve	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Përmirësimin e vazhdueshëm të mjedisit të punës	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Përmirësimin e vazhdueshëm të gjithë performancës në punë	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Kënaqja (përmbushja) e kërkesave të pacientit	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Kënaqja (përmbushja) e kërkesave të stafit	(1) (2) (3) (4) (5)
13	Kostoja e shërbimeve	(1) (2) (3) (4) (5)
14	Përputhje me ndryshimin e kultures	(1) (2)(3)(4)(5)
15	Zbatimi i parimeve të MC	(1) (2) (3) (4) (5)
16	Përdorimin e MC mjeteve të përshtatshme	(1) (2) (3) (4) (5)
17	Ndryshimi i kulturës së cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
18	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P9. Kjo pyetje përfshin shumë elemente të MC, ju lutem tregoni shkallën e pajtimit tuaj me formulimet në vijim: Sistemi i një menaxhimi cilësorë në një spital ka nevojë për:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Një sistem gjithëpërfshirës për realizimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore të ofruara	(1) (2) (3) (4) (5)

3	Menaxhimi i lartë mbështet aplikimin MC	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Përmirësimi i procesit	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Të kuptuarit mbi satisfakcionin e pacientëve	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Të kuptuarit mbi satisfakcionin e punëtorve	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Të përmirësuarit e mjedisit kulturor	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Të përmirësuarit e menaxhmentit të resurseve humane	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Shfrytëzimin maksimal të burimeve në dispozicion	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Përdorimi i mjeteve të ndryshme për përmirësimin e kualitetit	(1) (2) (3) (4) (5)

Menaxhmenti i lartë në spital:

P10. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Është i angazhuar për të siguruar burimet e nevojshme për përmirësimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Kupton se konceptet e MC janë të përkryera	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Janë në gjendje të aplikojnë në MC	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Janë të interesuar ne menaxhimin e resurseve humane në konkurrencë me MC	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Janë të interesuar në procesin e përmisimit	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Janë të interesuar në fitimin e satisfakcionit të pacientit	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Janë të interesuar në fitimin e satisfakcionit të punëtorit	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Janë të interesuar në mbajtjen e kualitetit të nevojshëm mjedisor	(1) (2) (3) (4) (5)

9	Janë të interesuar në përodrimin e mjeteve MC	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Janë të interesuar për përmbajtjen e kostos	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Pajtohet se planifikimi strategjik për cilësinë është i shkëlqyer	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Pajtohet se puna juaj ka plane të shkëlqyera të MC	(1) (2) (3) (4) (5)
13	Pajtohet se puna juaj ka një paqym të shkëlqyer mbi misionin e MC	(1) (2) (3) (4) (5)
14	Pajtohet se puna juaj ka një paqym të shkëlqyer mbi vizionin e MC	(1) (2) (3) (4) (5)
15	Pajtohet se puna juaj ka një paqym të shkëlqyer mbi vlerat e MC	(1) (2) (3) (4) (5)
16	Pajtohet se objektivat tuaja të punës mbi MC janë të qarta	(1) (2) (3) (4) (5)

Konsumatorët

P11. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali është i interesuar në njohejen e nevojave	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Spitali është i interesuar për njohjen e pritshmërive tua	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Spitali është i angazhuar për të realizuar nevojat e punonjësve të saj	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Spitali është i prirur për të bashkëvepruar me punonjësit e saj	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Spitali është i angazhuar për të kuptuar nevojat e punonjësve të saj	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Spitali bën përpjekje për të realizuar pritjet e	(1) (2) (3) (4) (5)

	punonjësve të saj	
7	Menaxhmenti i spitalit inkurajon fokusimin e vëmendjes në pacientët	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Ju preokuponi veten me përmbushjen e dëshirave të konsumatorëve në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Ekziston një sistem efektiv për zgjidhjen e problemeve së pacientave	(1) (2) (3) (4) (5)

Proceset- hapat, metodat dhe sistemi i punës- në spital

Përshkrimi

P12. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Ka hapa të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Ka metoda të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Ka politika të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë	(1) (2) (3) (4) (5)

Koordinimi

P13. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali ka nevojë për të lehtësuar procedurat e punës	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Spitali ka nevojë për të ndaluar përsëritjen e punës	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Spitali ka nevojë për tu koordinuar në mes të proceseve të ndryshme	(1) (2) (3) (4) (5)

4	Spitali ka nevojë për tu koordinuar mes hapave në kuadër të proceseve	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Spitali ka nevojë për të përjashtuar aktivitetet jo produktive	(1) (2) (3) (4) (5)

Elemente të MC

P14. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali nuk ishte i interesuar në përmbushjen e kërkesave së pacientit kur përcaktohen proceset	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Spitali nuk ishte i interesuar në përmbushjen e kërkesave së punonjësve kur përcaktohen proceset	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Proceset duhen për të përmirësuar mjedisin organizativ	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Proceset duhet të japin llogari për përmirësimin e menaxhimit të burimeve njerëzore	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Proceset duhet të kuptojnë përdorimin maksimal (optimal) të burimeve në dispozicion	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Proceset duhet të përdorin instruksione të MC	(1) (2) (3) (4) (5)

Vazhdimësi e përmisimit të procesit

P15. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Menaxhimi i spitalit lejon pjesëmarrjen e punonjësve në proceset e projektimit	(1) (2) (3) (4) (5)

2	Ka takime të vazhdueshme për të diskutuar proceset që rrisin përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Ju jeni të interesuar në përmirësimin e vazhdueshëm të proceseve në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Puna e ekipore është një element i rëndësishëm në vlerësimin e proceseve	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Realizimi i cilësisë është një element i rëndësishëm në vlerësimin e proceseve	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve kryhet përmes progresit gradual të përmirësimit	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve fillonë me veprimtaritë më të rëndësishme në avancimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Përmirësimi i vazhdueshëm i proceseve të kryera përmes punës ekipore	(1) (2) (3) (4) (5)

Sistemi

P16. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Ekziston një delegim i autoriteve në spital	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Spitali përdorë metoda moderne menaxheriale	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Spitali përdor vlerësimin e performancës për të përcaktuar trendin efektiv të përmirësimit të cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Sistemi i vlerësimit të performancës shërben drejtimin MC	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Ka një sistem të integruar të stimujve të pranueshme nga të punësuarit	(1) (2) (3) (4) (5)

6	Sistemi i nxitjes (stimuj) fokusohet në punë ekipore pa shikuar dallimet ne performancat individuale	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Sistemi i nxitjes është e lidhur me një sistem të mire për vlerësimin e performances	(1) (2) (3) (4) (5)

Mjedisi kulturor në spital

P17. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali përfshin të gjithë punonjësit në aktivitetet të lidhur me cilësinë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Nuk ka një konflikt midis stafit mjekësor dhe administrativ	(1) (2) (3) (4) (5)

Njohuri

P18. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali nuk ka nevojë për një ndryshim në kulturën e cilësisë të të punësuarve	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Kuptimi juaj për rëndësinë e MC është adekuat	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Nevoja për përmirësimin e cilësisë, jo domosdoshmërisht, rrit burimet financiare	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Niveli i ulët i shërbimeve cilësore të çonë në rritjen e kostove	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Ju jeni të durueshëm në marrjen e rezultateve	(1) (2) (3) (4) (5)

	të aplikimit për vendimmarrje MC	
6	Vendimi i juaj është i bazuar në fakte	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Vendimet tua janë të bazuara në zvogëlimin e riskut	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Vendimet tua janë të bazuara në krijimin e mundësive për përmissim	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Vendimet tua bazohen në informacione të freskëta	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Vendimet tua bazohen në analiza shkencore të informacionit	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Ju bëni gjënë e duhur që në herën e parë dhe çdo here	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Ju keni të kuptuar perfekt të hapave në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)

Parandalimi

P19. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Ju vareni nga parimi i mbrojtjes në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Ju përdorni metodat e përshtatshme të mbrojtjes	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Ju kërkoni për mundësi në përmissimin e punës suaj	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Ju korektoni gabimet në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Ju evitoni gabimet në të ardhmen	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Menaxhmenti i spitalit rrënjës në nocionin e mbrojtjes në mendjet e të gjithë punonjësve	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Ju nuk përsëritni disa nga punët të bëra nga stafi tjetër	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Ju nuk përsëritni disa nga punët që keni bërë	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Ju nuk vononi disa nga punët	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Menaxhmenti spitalor nuk pranon disa gabime në	(1) (2) (3) (4) (5)

	punë	
11	Menaxhimi spitalor përcakton vendet e mundësisë për gabime	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Menaxhimi i spitalit largon arsyet e gabimeve para shfaqjes së tyre	(1) (2) (3) (4) (5)
13	Menaxhimi i spitalit zgjidh problemet pas shfaqjes së tyre	(1) (2) (3) (4) (5)
14	Spitali konsideron përkufizimin e problemeve si një mundësi për përmirësim	(1) (2) (3) (4) (5)

Informacioni

P20. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali ka një sistem të shkëlqyer të informacionit	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Spitali ka një bazë të dhënash të shkëlqyer	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Spitali përdor teknologjinë moderne në sistemin e informacionit	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Spitali ju ofron informacion të plotë	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Spitali siguron informatat e reja për ju	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Spitali siguron informacionin që ju nevojitet në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Spitali siguron informacionin e kërkuar për përmirësimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Spitali siguron informacionin e duhur për të aplikuar MC	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Spitali ju trajnon se si të përdorni informacionin	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Informacioni është konsideruar si një burim i madh që mund t'ju ndihmojnë në realizimin e cilësisë në	(1) (2) (3) (4) (5)

	punën tuaj	
--	------------	--

Elementet e mjedisit

P21. Disa pacientë janë duke marrë shërbime shtesë për shkak të favorizimit?

1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort

(1) (2) (3) (4) (5)

Resurse humane

Kompetencat e punonjësve

P22. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Spitali është i interesuar në punësimin e njerëzve të kompetencës së lartë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Spitali ju inkurajon që të marrni pjesë në vazhdimin e edukimit në fushën tuaj të specializimit	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Spitali është i interesuar në trajnimin për të gjithë stafin	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Spitali ofron lehtësira adekuate për trajnim	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Kurset e trajnimit janë të vazhdueshme	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Kurset e trajnimit kanë kontribuar në përmirësimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Kurse trajnimi që plotësojnë nevojat tuaja janë ofruar	(1) (2) (3) (4) (5)

Pjesëmarrja

P23. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Ju jeni të inkurajuar të merrni pjesë në marrjen e vendimeve që kanë të bëjnë me cilësinë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Takimet janë mbajtur në mesin e punonjësve për shkëmbimin e mendimeve në lidhje me cilësinë	(1) (2) (3) (4) (5)

Punë ekipore

P24. Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Politika për të përmirësuar cilësinë kryhet përmes punës ekipore	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Të punësuarit në punën tuaj punojnë si një ekip	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Puna realizohet në mënyrë të koordinuar në mes të punonjësve të departamenteve të ndryshme	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Sugjerimet e punonjësve të departamentit tuaj trajtohen me besim	(1) (2) (3) (4) (5)

P25. Komunikimi

Ju lutem jepni opinionin tuaj idhur me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Sistemi i komunikimit është i karakterizuar me komunikimin e informacionit në kohën e duhur	(1) (2) (3) (4) (5)

2	Spitali i kushton vëmendje komunikimit efektiv midis të gjithë stafit te saj	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Ekziston një koordinim në komunikimin e informacionit	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Ka procedura të qarta për procesin e komunikimit	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Spitali është duke përdorur teknologjinë moderne në sistemin e komunikimit	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Ju rregullisht përmirësoni pikëpamjet tuaja mbi cilësinë si rezultat i dëgjimit të pikëpamjeve të pacientit	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Ju aplikoni përmirësime më cilësore të shërbimeve duke marrë për bazë sygjërimet e stafit tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)

P26. A ka departament për MC-je në spital? 1. Po, 2. Jo (1) (2)

P27. Në qoftë se përgjigja juaj është Po, ju lutem tregoni shkallën e pajtimit tuaj me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Program në zbatimin e kërkesave të SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Informacione të duhura mbi konceptin e SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Informacione të mjaftueshëm mbi parimet e SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Informacione për procedurat e SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Asistencë në implementimin e SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Koordinim në implementimin e SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P28. Si do ti përshkruanit ekipet e përmirësimit të cilësisë në spital tuaj?

1.Absolutisht të padisponueshëm, 2.Pjesërisht të disponueshëm, 3.Vazhdimisht në dispozicion (1) (2) (3)

P29. Në qoftë se ka ekipe përkohësisht jo në dispozicion ose vazhdimisht në dispozicion, ju lutem përcaktoni shkallën e pajtimit tuaj me formulimet e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Ju gjithmonë merrni pjesë në një nga këto ekipe	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Anëtarët e ekipit kanë interes të vërtetë në përmirësimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Anëtarët e ekipit kanë aftësi për përmirësime cilësore	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Këto ekipe kanë autoritetin për të ndikuar në rritjen e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Ekipet kanë kapacitete për përmirësimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Ekipet kontribojnë në gjetjen e mundësive për përmirësimin e cilësisë	(1) (2) (3) (4) (5)

P30. A ju jeni bashkuar kurseve të trajnimit në lidhje me cilësinë në spital?

1.Më shumë se një herë, 2.Vetëm një herë, 3.Nuk u bashkova
(1) (2) (3)

P31. Nëse përgjigjja është më shumë se njëherë ose vetëm një herë, a të ofronin këto kurse me elementet në vijim:- , ju lutem përcaktoni shkallën e pajtimit tuaj me formulimet e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Koncepti i cilësisë në shërbimet shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Dimensioni i cilësisë që ju keni aplikuar në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Rëndësia e realizimit të cilësisë në spital	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Sistemet e cilësisë të aplikuara në spital	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Si të zbatojmë cilësinë në punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P32. A keni vijuar kurseve të trajnimit në lidhje me SMC në spital? 1. Më shumë se një herë, 2. Vetëm një herë, 3. Nuk u bashkova
(1) (2) (3)

P33. Nëse përgjigjja është më shumë se njëherë ose vetëm një herë, a ju ofrohen këto kurse me elementet në vijim?

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Koncepti i SMC në shërbimet shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Rëndësia e SMC në shërbimet shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Objektivat e SMC në spitalin tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Planet e SMC në spitalin tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Parimet e SMC në shërbimet shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Mjetet e SMC janë të përshtatshme për punën tuaj	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P34. Problemet që pengojnë zbatimin e MC në spital janë: - ju lutem përcaktoni shkallën e pajtimit tuaj me formulimet e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1.Aspak dakort, 2.Pjesërisht dakort, 3.Neutral, 4.Dakort, 5. Plotësisht dakort
1	Rezistenca e punonjësve ndaj ndryshimeve	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Menaxhmenti i lartë nuk mbështet programet SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Sistemet e aplikuara tradicionale menaxheriale	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Modelet e përdorura administrative	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Jo-disponueshmërinë e mjedisit për zbatimin	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Metodat tradicionale administrative të përdorura nga administrata	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Keqkuptim të parimeve të SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Matja e pamjaftueshme e kualitetit	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Mos përfshirja e gjithë stafit në programet e SMC	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Buxhet i reduktuar	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Duke punësuar staf të pakualifikuar	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

Faleminderit!

PYETËSORI PËR PACIENTË

Unë quhem Samir Lleshi dhe po përgatit temën e doktoraturës me titull “ **Vlerësimi i standarteve të menaxhimit të cilësisë tek institucionet shëndetsore publike në Kosovë** ”. Ju jeni zgjedhur rastësisht për të plotësuar këtë pyetësor. Përgjigjet e këtij pyetësori do të jenë konfidenciale dhe do të përdoren vetëm për këtë studim. Faleminderit!

SEKSIONI I INFORMACION I PËRGJITHSHËM

P1. Institucioni shëndetsor- Spitali

P2. Gjinia: 1.Mashkull, 2.Femër

(1) (2)

P3. Niveli juaj arsimor 1.Arsim fillor, 2.Arsim i mesëm, 3. Arsim i lartë, 4.Tjetër(specifiko)_____

(1) (2) (3) (4)

P4. Mosha juaj: 1.Më pak se 20 vjeç, 2.[21-30] vjeç, 3.[31-40] vjeç, 4.Më shumë se 41 vjeç.

SEKSIONI II CILËSIA E SHËRBIMIT SHËNDETËSOR

A. P5. Ju lutem jepni opinionin tuaj për cilësinë e shërbimit nëpërmjet alternativave të mëposhtme në lidhje me:

Nr	Alternativat	1.Shumë e mirë, 2.E mirë, 3. Mesatare, 4. E dobët, 5. Shumë e dobët
1	Ofrimin e kujdesit shëndetësor profesional (diagnoza dhe trajtimi)	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Përmirësimi i cilësisë në shërbimet shëndetësore	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Përmbushjen e objektivave të spitalit	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Kënaqësia e pacientëve për përmbushjen e nevojave të tyre	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Marrja e shërbimeve shëndetësore sipas një sistemi të mirë integruar	(1) (2) (3) (4) (5)

6	Përmirësimin e vazhdueshëm të performances	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Ofrimin e shërbimeve shëndetësore me kosto të ulët	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Ofrimin e shërbimit të duhur me kosto të ulët	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Tjetër (specifiko) _____	(1) (2) (3) (4) (5)

B. SHËRBIMET MENAXHERIALE:

P6. Ju lutemi përcaktoni nivelin e cilësisë për secilën nga këto alternativa:

Nr	Alternativat	1.Shumë e mirë, 2.E mirë, 3. Mesatare, 4. E dobët, 5. Shumë e dobët
1	Procedurat lehta të pranimit për pacientin e ri	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Gjetja e shpejtë të dosjes tuaj mjekësore	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Menaxhimi i saktë i të dhënave tuaja mjekësore	(1) (2) (3) (4) (5)

C. SHËRBIMET MJEKËSORE:

P7. Ju lutemi përcaktoni nivelin e cilësisë për secilën nga këto alternativa:

Nr	Alternativat	1.Shumë e mirë, 2.E mirë, 3. Mesatare, 4. E dobët, 5. Shumë e dobët
1	Diagnoza	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Trajtimi	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Ndjekjen në rastin tuaj ndaj sëmundjeve	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Përdorimi i metodave parandaluese në ekzaminimin mjekësor më qëllim të përhapjes së infeksioneve	(1) (2) (3) (4) (5)

D. SHËRBIMET MJEKËSORE MBËSHTETËSE**P8. Ju lutemi përcaktoni nivelin e cilësisë në lidhje me:**

Nr	Alternativat	1.Shumë e mirë, 2.E mirë, 3. Mesatare, 4. E dobët, 5. Shumë e dobët
1	Shërbimet e infermierisë	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Shërbimet laboratorike	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Shërbimet radiologjike	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Shërbimi i urgjencës	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Shërbimet e departamentit të kujdesit social	(1) (2) (3) (4) (5)

E. SHËRBIMET E MIRËMBAJTJES**P9. Ju lutemi përcaktoni nivelin e cilësisë për secilën nga këto alternativa:**

Nr	Alternativat	1.Shumë e mirë, 2.E mirë, 3. Mesatare, 4. E dobët, 5. Shumë e dobët
1	Pastërtia e institucionit shëndetsor – spitalit	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Organizimi i institucionit shëndetsor – spitalit	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Shërbimet e ushqimit	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Perspektiva dhe ambjentet e brendëshme	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Rregullimi i dhomave	(1) (2) (3) (4) (5)

P10. A ka kërkuar menaxhmenti i institucionit shëndetsor – spitalit nga ju të:

Nr	Alternativat	1.Po, 2.Jo
1	Zgjidhni mjekun i cili do t'ju shërojë	(1) (2)
2	Zgjidhni dhomën që do të qëndroni	(1) (2)
3	Zgjidhni llojin e ushqimit që shërbehet për ju	(1) (2)

4	Shpjegoni pritshmëritë tuaja	(1) (2)
5	Shpjegoni problemet e tua lidhur me institucionin shëndetsor – spitalin	(1) (2)
6	Specifikoni për shërbimet e kërkuara	(1) (2)
7	Vlerësoni shërbimet shëndetësore që ofrohen nga institucioni shëndetsor – spitali	(1) (2)
8	Tjetër (specifiko)	(1) (2)

P11. Menaxhimi i institucionit shëndetësor-spitalor ndihmon për të zgjidhur ose lehtësuar atë? 1.Po, 2. Jo, 3. Nuk e di
(1) (2) (3)

P12. Sipas mendimit tuaj, shërbimet shëndetësore në institucionin shëndetësor - spital janë:

Nr	Alternativat	1. Plotësisht dakort, 2.Dakort, 3. Neutral, 4. Pjesërisht dakort, 5. Aspak dakort
1	Shërbime shëndetësore profesionale	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Në përputhje me nevojat tuaja	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Në përputhje me pritshmëritë tuaja sipas një sistemi të mirëintegruar	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Shërbimet kryhen ashtu siç duhet që nga fillimi	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P13. Sa dakort jeni me alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1. Plotësisht dakort, 2.Dakort, 3. Neutral, 4. Pjesërisht dakort, 5. Aspak dakort
1	Sistemet spitalore janë të vjetra dhe duhen të zhvillohen	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Rregullat e spitalit nuk janë në përputhje me kërkesat e pacientëve	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Nuk mund të keni qasje në nivelin e lartë menaxherial për të zgjidhur problemet tuaja	(1) (2) (3) (4) (5)

4	Metodat e punës dallohen sipas individit	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Procedurat e menaxhimit mundësojnë rritjen e nivelit të përfitimit nga shërbimet spitalore por ato janë të gjata	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Procedurat e kërkuara kanë nevojë për rivlerësim	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Performanca e punonjësve është e shkelqyeshme	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Ju gjeni informacionin e kërkuar nga punonjësit	(1) (2) (3) (4) (5)
9	Ekziston komunikim i mirë midis të punësuarve në spital	(1) (2) (3) (4) (5)
10	Ka komunikim të mirë midis të punësuarve dhe pacientëve	(1) (2) (3) (4) (5)
11	Në spital mungon puna në ekip	(1) (2) (3) (4) (5)
12	Specialitet e të punësuarve janë të përshtatshme	(1) (2) (3) (4) (5)
13	Duhet të ndryshojë sistemi i cilësisë në spital	(1) (2) (3) (4) (5)
14	Cilësia nënkupton kosto të lartë	(1) (2) (3) (4) (5)

P14. Ndërgjegjësimi i pacientëve është një element i rëndësishëm lidhur me cilësinë e shërbimit mjekësor. Ju lutem jepni opinionin tuaj lidhur me dakortësinë për alternativat e mëposhtme:

Nr	Alternativat	1. Plotësisht dakort, 2.Dakort, 3. Neutral, 4. Pjesërisht dakort, 5. Aspak dakort
1	Mbrojtja prej sëmundjeve	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Duke ndjekur udhëzimet e mjekut	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Bëjnë kontrolle mjekësore për parandalimin e sëmundjes	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Stafi i spitali duhet të ndryshojë shprehjet e tyre shëndetësore dhe sjelljen	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

P15. Teknologjia moderne është e rëndësishme që të aplikohet në mënyrë që të rritet cilësia e shërbimeve shëndetësore. Ju lutem jepni opinionin tuaj nëse e keni hasur këtë gjë në spital lidhur me ndikimin e saj në:

Nr	Alternativat	1. Plotësisht dakort, 2.Dakort, 3. Neutral, 4. Pjesërisht dakort, 5. Aspak dakort
1	Pajisjet mjekësore	(1) (2) (3) (4) (5)
2	Përcaktimin e Diagnozës	(1) (2) (3) (4) (5)
3	Trajtimin	(1) (2) (3) (4) (5)
4	Shërbimin mjekësor	(1) (2) (3) (4) (5)
5	Performancën e të punësuarve	(1) (2) (3) (4) (5)
6	Procedurat e punës	(1) (2) (3) (4) (5)
7	Metodat e punës	(1) (2) (3) (4) (5)
8	Tjetër (specifiko)	(1) (2) (3) (4) (5)

Faleminderit

ANEKSI PËR PYETËSORIN E PUNONJËSVE

Tabela 1. Njohja e informacionit nga ofruesit e shërbimeve mjekësore sipas pozicionit të punës në spital

Cili është pozicioni juaj në këtë spital?	Njohja e informacioneve të ndryshme të rëndësishme nga ofruesit e shërbimeve për punën e tyre			Total
	Neutral	Dakort	Plotësisht dakort	
Mjek	11	4	12	27
%	18.0%	57.1%	100.0%	33.8%
Infermjer	28	3	0	31
%	45.9%	42.9%	.0%	38.8%
Teknik shëndeti në përjashtim të infermierisë	15	0	0	15
%	24.6%	.0%	.0%	18.8%
Staf manaxherial	7	0	0	7
%	11.5%	.0%	.0%	8.8%
Total	61	7	12	80
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 2. Marrja e mbështetjes nga menaxherët e lartë për programe cilësore sipas opininit të kategorive të punonjësve

Cili është pozicioni juaj në këtë spital?	Marrjen e mbështetjes nga menaxherët e lartë për programe cilësore			Total
	Neutral	Dakort	Plotësisht dakort	
Mjek	10	1	16	27
%	100.0%	9.1%	27.1%	33.8%
Infermjer	0	10	21	31
%	.0%	90.9%	35.6%	38.8%
Teknik shëndeti në përjashtim të infermierisë	0	0	15	15
%	.0%	.0%	25.4%	18.8%
Staf menaxherial	0	0	7	7
%	.0%	.0%	11.9%	8.8%
Total	10	11	59	80
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 3. Vlerësimi lidhur me metodat e punës në ndihmë të përmirësimit të cilësisë sipas kategorisë së punonjësve

Cili është pozicioni juaj në këtë spital?	Ka metoda të qarta të punës për të ndihmuar ju për të realizuar cilësinë					Total
	Aspak dakort	Pjesërisht dakort	Neutral	Dakort	Plotësisht dakort	
Mjek	4	5	2	7	9	27
%	100.0%	100.0%	18.2%	13.7%	100.0%	33.8%
Infermjer	0	0	9	22	0	31
%	.0%	.0%	81.8%	43.1%	.0%	38.8%
Teknik shëndeti në përjashtim të infermierisë	0	0	0	15	0	15
%	.0%	.0%	.0%	29.4%	.0%	18.8%
Staf menaxherial	0	0	0	7	0	7
%	.0%	.0%	.0%	13.7%	.0%	8.8%
Total	4	5	11	51	9	80
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 4. Shërbimet shtesë për shkak të favorizimit në opinionin e punonjësve

Cili është pozicioni juaj në këtë spital?	Disa pacientë janë duke marrë shërbime shtesë për shkak të favorizimit?					Total
	Aspak dakort	Pjesërisht dakort	Neutral,	Dakort	Plotësisht dakort	
Mjek	11	0	0	0	16	27
%	100.0%	.0%	.0%	.0%	61.5%	33.8%
Infermjer	0	14	2	5	10	31
%	.0%	100.0%	100.0%	18.5%	38.5%	38.8%
Teknik shëndeti në përjashtim të infermierisë	0	0	0	15	0	15
%	.0%	.0%	.0%	55.6%	.0%	18.8%
Staf menaxherial	0	0	0	7	0	7
%	.0%	.0%	.0%	25.9%	.0%	8.8%
Total	11	14	2	27	26	80
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 5. Përshkruani i ekipit të përmirësimit të cilësisë në spital sipas opinionit të punonjësve

Cili është pozicioni juaj në këtë spital?	Si do ti përshkruanit ekipet e përmirësimit të cilësisë në spital tuaj?			Total
	Absolutisht të padisponueshëm	Pjesërisht të disponueshëm	Vazhdimisht në dispozicion	
Mjek	11	11	5	27
%	20.4%	52.4%	100.0%	33.8%
Infermjer	21	10	0	31
%	38.9%	47.6%	.0%	38.8%
Teknik shëndeti në përjashtim të infermierisë	15	0	0	15
%	27.8%	.0%	.0%	18.8%
Staf menaxherial	7	0	0	7
%	13.0%	.0%	.0%	8.8%
Total	54	21	5	80
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 6. Departamenti i MC sipas spitaleve

Emri i spitalit ku ju punoni aktualisht	A ka departament për MC-je në spital?		Total
	Po	Jo	
Qendra e Mjekesise familjare	25	0	25
%	35.2%	.0%	31.3%
Spitali i pergjithshem	35	0	35
%	49.3%	.0%	43.8%
Spitali Special Për Rehabilitim	11	9	20
%	15.5%	100.0%	25.0%
Total	71	9	80
%	100.0%	100.0%	100.0%

ANEKSI PËR PYETËSORIN E PACIENTËVE

Tabela 7. Vlerësimi i Ofrimin e shërbimit të duhur me kosto të ulët sipas institucioneve

Institucioni shëndetësor- Spitali	Ofrimin e shërbimit të duhur me kosto të ulët			Total
	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	
IMP	16	4	1	21
%	6.7%	6.3%	5.6%	6.6%
IR	14	4	1	19
%	5.9%	6.3%	5.6%	5.9%
QMFP	71	14	3	88
%	29.7%	22.2%	16.7%	27.5%
Spitali Rajonal	138	41	13	192
%	57.7%	65.1%	72.2%	60.0%
Total	239	63	18	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 8. Vlerësimi lidhur me gjetjen e dosjes së pacientit në varësi të institucionit

Institucioni shëndetësor- Spitali	Gjetja e shpejtë e dosjes tuaj mjekësore				Total
	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	
IMP	0	0	0	21	21
%	.0%	.0%	.0%	12.7%	6.6%
IR	0	0	0	19	19
%	.0%	.0%	.0%	11.4%	5.9%
QMFP	0	0	0	88	88
%	.0%	.0%	.0%	53.0%	27.5%
Spitali Rajonal	21	21	112	38	192
%	100.0%	100.0%	100.0%	22.9%	60.0%
Total	21	21	112	166	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 9. Vlerësimi lidhur me saktësinë e përcaktimit të diagnozës sipas institucionit shëndetësor

Institucioni shëndetësor- Spitali	Diagnoza					Total
	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	
IMP	0	0	0	0	21	21
%	.0%	.0%	.0%	.0%	16.5%	6.6%

IR	0	0	0	0	19	19
%	.0%	.0%	.0%	.0%	15.0%	5.9%
QMFP	0	0	0	1	87	88
%	.0%	.0%	.0%	.6%	68.5%	27.5%
Spitali Rajonal	1	9	25	157	0	192
%	100.0%	100.0%	100.0%	99.4%	.0%	60.0%
Total	1	9	25	158	127	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 10. Vlerësimi i trajtimit në varësi të gjinisë së pacientëve

Gjinia	Trajtimi				Total
	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	
Mashkull	3	13	97	65	178
%	37.5%	46.4%	54.5%	61.3%	55.6%
Femër	5	15	81	41	142
%	62.5%	53.6%	45.5%	38.7%	44.4%
Total	8	28	178	106	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 11. Vlerësimi për shërbimet laboratorike

Institucioni shëndetësor-Spitali	Shërbimet laboratorike				Total
	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	
IMP	0	0	0	21	21
%	.0%	.0%	.0%	9.6%	6.6%
IR	0	0	0	19	19
%	.0%	.0%	.0%	8.7%	5.9%
QMFP	0	0	0	88	88
%	.0%	.0%	.0%	40.4%	27.5%
Spitali Rajonal	3	48	51	90	192
%	100.0%	100.0%	100.0%	41.3%	60.0%
Total	3	48	51	218	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 12. Vlerësimi i nivelit të pastërtisë në opinionin e pacientëve të ndarë sipas gjinisë

Gjinia	Pastërtia e institucionit shëndetsor – spitalit					Total
	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	
Mashkull	0	13	63	59	43	178
%	.0%	48.1%	56.3%	49.6%	71.7%	55.6%
Femër	2	14	49	60	17	142
%	100.0%	51.9%	43.8%	50.4%	28.3%	44.4%
Total	2	27	112	119	60	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 13. Vlerësimi për ambientet e brendshme të institucionit shëndetësor

Institucioni shëndetësor-Spitali	Ambientet e brendshme te spitalit					Total
	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E dobët	Shumë e dobët	
IMP	0	0	0	21	0	21
%	.0%	.0%	.0%	26.9%	.0%	6.6%
IR	0	0	0	15	4	19
%	.0%	.0%	.0%	19.2%	100.0%	5.9%
QMFP	0	0	46	42	0	88
%	.0%	.0%	36.2%	53.8%	.0%	27.5%
Spitali Rajonal	17	94	81	0	0	192
%	100.0%	100.0%	63.8%	.0%	.0%	60.0%
Total	17	94	127	78	4	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 14. Niveli arsimor dhe vlerësimi i kryerjes së kontrolleve mjekësore për parandalimin e sëmundjeve

Niveli arsimor	Bëjnë kontrolle mjekësore për parandalimin e sëmundjes				Total
	Plotësisht dakord	Dakord	Neutral	Pjesërisht dakord	
Arsim fillor	27	24	3	2	56
%	17.9%	15.1%	50.0%	50.0%	17.5%
Arsim i mesëm	85	96	1	2	184
%	56.3%	60.4%	16.7%	50.0%	57.5%

Arsim i lartë,	39	39	2	0	80
%	25.8%	24.5%	33.3%	.0%	25.0%
Total	151	159	6	4	320
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 15. ANOVA e regresionit të shumëfishtë linear me variabëlën e varur kënaqësia e pacientëve

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	161.363	5	32.273	431.062	.000 ^a
Residual	23.508	314	.075		
Total	184.872	319			

a. Predictors: (Constant), Nderveprimi, Shërbimet mjek mbështetëse, Shërbimet menaxheriale, Shërbimet mjekësore, Shërbimet mirëmbajtjes

b. Dependent Variable: Kënaqësia

Tabela 16. ANOVA e regresionit të shumëfishtë linear me variabëlën e varur cilësia e shërbimeve shëndetësore

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1.800	5	.360	2.160	.048 ^a
Residual	52.322	314	.167		
Total	54.122	319			

a. Predictors: (Constant), Nderveprimi, Shërbimet mjek mbështetëse, Shërbimet menaxheriale, Shërbimet mjekësore, Shërbimet mirëmbajtjes

b. Dependent Variable: Cilësia e shërbimeve shëndetësore

Tabela 17. Chi Square midis cilësisë dhe shërbimeve mjekësore

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.583 ^a	3	.014
Likelihood Ratio	16.303	3	.001
Linear-by-Linear Association	9.178	1	.002
N of Valid Cases	320		

Tabela 18. Chi Square midis cilësisë dhe teknologjisë

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.580 ^a	3	.014
Likelihood Ratio	16.051	3	.001
Linear-by-Linear Association	5.401	1	.020
N of Valid Cases	320		

Tabela 19. ANOVA midis moshës dhe kënaqësisë së pacientëve

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.172	3	.057	.098	.961
Within Groups	184.700	316	.584		
Total	184.872	319			

Tabela 20. ANOVA midis moshës dhe vlerësimit të cilësisë së shërbimeve

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.128	3	.043	.250	.861
Within Groups	53.994	316	.171		
Total	54.122	319			

Tabela 21. ANOVA midis kënaqësisë dhe nivelit arsimor të pacientëve

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2.095	2	1.047	1.816	.164
Within Groups	182.777	317	.577		
Total	184.872	319			

Tabela 22. ANOVA midis cilësisë së shërbimeve mjekësore të ofruara dhe nivelit arsimor të pacientëve

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.931	2	.465	2.774	.064
Within Groups	53.191	317	.168		
Total	54.122	319			

Tabela 23. Testi t i pavarësisë midis kënaqësisë së pacientëve dhe gjinisë së tyre

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	.044	.834	2.438	318	.015	.207	.085	.040	.374
Equal variances not assumed			2.445	305.430	.015	.207	.085	.040	.374

Tabela 24. Chi Square midis kënaqësisë së pacientëve dhe llojit të spitalit

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	197.517 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	165.199	4	.000
Linear-by-Linear Association	120.189	1	.000
N of Valid Cases	320		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

Tabela 25. Koeficienti Pearson

	Value
Pearson's R	.614

Tabela 26. Testi t i kënaqësisë së pacientëve dhe llojit të spitalit

Kënaqësia	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	68.659	.000	-13.865	318	.000	-1.411	.102	-1.611	-1.211
Equal variances not assumed			-24.867	116.945	.000	-1.411	.057	-1.523	-1.298

Tabela 27. Testi i cilësisë së shërbimeve dhe llojit të spitalit

Cilësia	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	1.144	.286	-.564	318	.573	-.039	.070	-.176	.098
Equal variances not assumed			-.534	49.165	.595	-.039	.074	-.187	.108