UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

UNIVERSITETI I MJEKSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKSISË

FAKULTETI I EKONOMISË
Universiteti i Tiranës

PERMBLEDHJE PER STUDENTET

MASTER PROFESIONAL NË MENAXHIM SHËNDETËSOR

SHTATOR 2018



Ekonomi shëndeti

Me mbështetjen e

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC

HAP
health for all project

PËRMBAJTJA E LËNDËS

1. Zbatimi i koncepteve instrumentave bazë te shkencës së ekonomiksit në shëndetësi. Konteksti i shëndetit dhe kujdesit shëndetësor.
2. Mikroekonomia dhe dështimi i tregut në mjekësi, tregjet dhe dështimi i tregut , karakteristikat e kujdesit shëndetësor. Ndërhyrja në determinantët socialë të shëndetit.
3. Financimi i shërbimeve shëndetësore. Opsione për financimin e kujdesit shëndetësor.
4. Vlerësimi ekonomik i kujdesit shëndetësor. Blerje e kujdesit shëndetësor.
5. Metodat e pagesës së afruesve të kujdesit shëndetësor. Planifikimi i ofruesit dhe kostoja. Kontaktimi.
6. Sektori privat dhe privatizimi ne mjekësi. Reforma në sektorin shëndetësor.
7. Firmat në tregun shëndetësor dhe biznesi i tyre, organizimi i tregut shëndetësor. Prodhimi në shëndetësi dhe funksioni i tij , cilësia dhe rrugët e përsosjes së tij në shërbimin shëndetësor.
8. Konkurenca dhe strukturat monopoliste në sektorin shëndetësor. Shëndeti i popullatës dhe sistemet e kujdesit shëndetësor. Evolucioni historik i shkencës së ekonomiksit të shëndetit. Kënaqja e klientit si model për matjen e efektivitetit të marrëdhënieve.
9. Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
10. Drejt ndryshimit në shëndetësi; një hipoteze për riorganizimin e sistemit shëndetësor. Një kërkim eksperimental për matjen e kënaqësisë së klientit.

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË

MIRATOI

Prof.Dr. Enver ROSHI

Përgjegjës i Departamentit të Shëndeti Publik

Programi i Studimit: **Master Profesional në Shëndet Publik**

Viti Akademik 2017-2018

Titulli i lëndës : "EKONOMI SHENDETI"						
Lloji i Lëndës	**ECTS**	**Orë mësimi në auditor**				**Totali**
		Leksion	**Seminar**	**Laborator**	**Ushtrime**	
B	**4**	**20**	**0**	**0**	**30**	**50**
Viti/Semestri kur zhvillohet lënda		Viti I, Semestri II				
Lektori/Pedagogu i lëndës		**Prof. Bajram HYSA**				
E detyruar/me zgjedhje						
Parakushte (t) për lëndën						

Përshkrimi i lëndës	Kjo lëndë synon të prezantojë funksionet e sektorit shëndetësor dhe dimensionet ekonomike të tij, të cilat influencojnë njëra tjetrën në mënyrë të tillë që të arrihet dhe mbahet kriteri i efektivitetit mjekësor, përdorimit efiçent të burimeve dhe drejtësisë sociale në aksesin dhe përdorimin e kujdesit shëndetësor.
Objektivat e lëndës	• Të njohin misionin e Ekonomisë së Shëndetit dhe kontributin e saj ne menaxhimin e shërbimeve shëndetësore dhe formimin e politikave shëndetësore. • Të interpretojnë dhe analizojnë marrëdhëniet midis shëndetit, ekonomisë dhe funksionimit të shërbimeve shëndetësore. • Të kuptojnë instrumentet e analizës ekonomike për aplikimin e tyre në vlerësimin e alternativave në politikat shëndetësore. • Të kuptojnë mënyrën se si shoqëria mund të ndërhyjë në determinantët socialë për të përmirësuar shëndetin. • Të kuptojnë mënyrën se si mund të financohet kujdesi shëndetësor • Të kuptojnë mënyrën se si mund të paguhen ofruesit e shërbimit shëndetësor • Të kuptojnë mënyrën e vlerësimit të programeve të kujdesit shëndetësor.
Rezultatet e pritshme	Në përfundim të kësaj lënde studentët do të jenë të aftë që të njohin misionin dhe të kuptojnë mënyrën e financimit të sistemit të kujdesit shëndetësor.
Mënyra e vlerësimit	• **Vlerësimi i vazhduar** Përgatitja gjatë seminareve: 20% • **Provimi përfundimtar** 80%
Literatura e detyruar	1. "*Parimet bazë të Ekonomisë së Shëndetit*"- Prof. Bajram HYSA 2. Leksione të përgatitura nga përgjegjësi i lëndës

Literatura e rekomanduar	1. Guy Carrin, (Neë York University), U.S.A. – Economic Evaluation of Health Care in Developing Countries. 2. Alan Ëilliams – Health and Economics (University of York, U.k.) 3. Victor R. Fuchs, (Colorado – U.S.A.), - The Health Economy. 4. Kenneth Lee and Anne Mills – Developing countries, health and health economics. 5. European Observatory on Health Care Systems Vol. 4 No.6 2002 – "Health Care Systems in transition - Albania" 6. Douglas Coyle, (University of York, U.K.), – Increasing the impact of economic evaluations on Orvill Adams and Colette Kinnon health – care. 7. ËHO Task force on Helth Economics – 1997. 8. A.J. Culyer - The Economics of Health. 9. Gavin Mooney, (University of Aberdeen), – Key Issuess in Health) Economics. 10. Charles E. Phelps – Health economics (second edition). 11. B. Hysa, S. Haderi, Z. Shalari – Sigurimet shoqërore në tranzicion. 12. Èconomiè de la santé (1992) – Ariel Beresniak, Gerard Duru.

Java	Temat teorike: Leksione
1	Zbatimi i koncepteve instrumentave bazë te shkencës së ekonomiksit në shëndetësi. Konteksti i shëndetit dhe kujdesit shëndetësor.
2	Mikroekonomia dhe dështimi i tregut në mjekësi, tregjet dhe dështimi i tregut , karakteristikat e kujdesit shëndetësor. Ndërhyrja në determinantët socialë të shëndetit.
3	Financimi i shërbimeve shëndetësore. Opsione për financimin e kujdesit shëndetësor.
4	Vlerësimi ekonomik i kujdesit shëndetësor. Blerje e kujdesit shëndetësor.
5	Metodat e pagesës së afruesve të kujdesit shëndetësor. Planifikimi i ofruesit dhe kostoja. Kontaktimi.
6	Sektori privat dhe privatizimi ne mjekësi. Reforma në sektorin shëndetësor.
7	Firmat në tregun shëndetësor dhe biznesi i tyre, organizimi i tregut shëndetësor. Prodhimi në shëndetësi dhe funksioni i tij , cilësia dhe rrugët e përsosjes së tij në shërbimin shëndetësor.
8	Konkurenca dhe strukturat monopoliste në sektorin shëndetësor. Shëndeti i popullatës dhe sistemet e kujdesit shëndetësor. Evolucioni historik i shkencës së ekonomiksit të shëndetit. Kënaqja e klientit si model për matjen e efektivitetit të marrëdhënieve.
9	Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
10	Drejt ndryshimit në shëndetësi; një hipoteze për riorganizimin e sistemit shëndetësor. Një kërkim eksperimental për matjen e kënaqësisë së klientit.
Java	**Temat e ushtrimeve**
1	Zbatimi i koncepteve instrumentave bazë te shkencës së ekonomiksit në shëndetësi. Konteksti i shëndetit dhe kujdesit shëndetësor.
2	Mikroekonomia dhe dështimi i tregut në mjekësi, tregjet dhe dështimi i tregut , karakteristikat e kujdesit shëndetësor. Ndërhyrja në determinantët socialë të shëndetit.
3	Financimi i shërbimeve shëndetësore. Opsione për financimin e kujdesit shëndetësor.
4	Vlerësimi ekonomik i kujdesit shëndetësor. Blerje e kujdesit shëndetësor.
5	Metodat e pagesës së afruesve të kujdesit shëndetësor.
6	Planifikimi i ofruesit dhe kostoja. Kontaktimi.
7	Sektori privat dhe privatizimi ne mjekësi
8	Reforma në sektorin shëndetësor.
9	Firmat në tregun shëndetësor dhe biznesi i tyre, organizimi i tregut shëndetësor.
10	Prodhimi në shëndetësi dhe funksioni i tij , cilësia dhe rrugët e përsosjes së tij në shërbimin shëndetësor.

11	Konkurenca dhe strukturat monopoliste në sektorin shëndetësor. Shëndeti i popullatës dhe sistemet e kujdesit shëndetësor.
12	Evolucioni historik i shkencës së ekonomiksit të shëndetit. Kënaqja e klientit si model për matjen e efektivitetit të marrëdhënieve.
13	Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
14	Drejt ndryshimit në shëndetësi; një hipoteze për riorganizimin e sistemit shëndetësor.
15	Një kërkim eksperimental për matjen e kënaqësisë së klientit.

Titullari i Lëndës
Prof. Bajram HYSA

Pedagogu i Lëndës
Prof. Bajram HYSA

PARATHENIE

Në çdo sistem shëndetësor burimet financiare janë të kufizuara, prandaj sistemet e shëndetit duhet të përdorin në mënyrë sa më efiçiente burimet që kanë në dispozicion. Kjo merr rëndësi të veçantë sidomos për vendet e Europës Lindore të cilat kanë kaluar një tranzicion të vështirë pas përmbysjes së komunizmit në vitin 1991, dhe si pasojë dhe luftërave të gjata në rajon. Kriza e shëndetit publik që po përjetojnë këto vende reflekton traumat socio-ekonomike që pasuan prishjen e sistemit të çentralizuar dhe depërtimin e mekanizmave të tregut të lirë.

Për më tepër, ka mungesë të ekonomistëve dhe administratorëve shëndetësorë të aftë për të kuptuar dhe menaxhuar problemet që po përjetojnë këto vende. Këto probleme janë, veçanërisht, të dukshme në Shqipëri dhe Kosovë, ku pagat e ulëta, niveli i ulët i prodhimit dhe emigracioni kanë çuar gjithashtu në një krizë të fuqisë punëtorë në sektorin shëndetësor.

Prandaj, në këto vende ekziston një nevojë urgjente për trajnim dhe ritrajnim të punonjësve shëndetësorë lidhur me konceptet moderne të ekonomisë së shëndetit dhe të menaxhimit të shëndetit.

Nga ky këndvështrim, qëllimi ynë është paraqitja e koncepteve bazë, metodave dhe intrumenteve të Ekonomisë së shëndetit, si një nga disiplinat bazë të trajnimit modern në shëndet publik.

TEMA 1

HYRJE NË EKONOMINË E SHËNDETIT

Përkufizimi i ekonomisë dhe i ekonomisë së shëndetit

Natyra e ekonomisë së shëndetit shpjegohet më mirë, në qoftë se përkufizojmë më parë ekonominë në pëgjithësi:
"Ekonomia është shkenca se si njerëzit dhe shoqëria pëfundojnë së zgjedhuri, duke përdorur ose jo paratë, përdorimin e burimeve prodhuese të pakta që mund të kenë përdorime alternative, për të prodhuar komoditete të ndryshme dhe për t'i shpërndarë ato për konsum, tani ose në të ardhmen, ndërmjet personave dhe grupeve të ndryshme në shoqëri. Ajo analizon koston dhe përfitimet e përmirësimit të modeleve të shpërndarjes së burimeve".
Një përkufizim i tillë e thekson ekonominë si shkenca e mungesave dhe e zgjedhjeve; si të zgjedhim psh. kombinimin më të mirë të burimeve për kujdesin ndaj një pacienti ose se si të shpërndajmë një sasi të caktuar burimesh ndërmjet mënyrave alternative të përmirësimit të shëndetit. Përkufizimi nuk e lidh ekonominë vetëm me një aktivitet njerëzor, por me çdo aktivitet ku kemi mungesa dhe zgjedhje. Prandaj, rëndësia e saj për sektorët e shëndetësisë së vendeve në zhvillim, ku burimet janë jashtëzakonisht të pakta, është shumë e qartë.
Përkufizimi i mësipërm na përshkruan ekonominë "pozitive", që merret me çështje të tilla si "ç'është", "ishte" ose "do të jetë", mosmarrëveshje mbi përfundime pozitive, që kanë dalë nga ballafaqimi i fakteve. Për më shumë, ka një pjesë të ekonomisë që është "normative", që do të thotë se përpiqet të sqarojë se "çfarë duhet të jetë", jo vetëm çfarë është. Një proces i tillë kërkon të bëhet vlerësimi i vlerave të normave ose standarteve, që do të aplikohen dhe mosmarrëveshjet mbi përfundimet normative nuk mund të vendosen me vëzhgim empirik. Ekonomia pozitive përdor teorinë për të shpjeguar dhe parashikuar, ndërkohë që ekonomia normative shkon përtej shpjegimeve dhe parashikimeve në rekomandimin e mënyrave të veprimit, që në terma të vlerave që do të përdoren, do të pëmirësojnë mirëqënien e shoqërisë. Sidoqoftë, ekonomia pozitive nuk është e parëndësishme në planifikimin e strategjive, por nuk mund të diktojë çfarë objektivash duhet të arrihen, ajo vetëm mund të eksplorojë përfshirjen e objektivave të ndryshme dhe opsioneve të politikave të ndryshme.
Ekonomia e shëndetit mund të përkufizohet më gjerësisht si aplikimi i teorive, koncepteve dhe teknikave të ekonomisë në sektorin e shëndetësisë. Ajo merret me çështje të tilla si shpërndarja e burimeve ndërmjet aktiviteteve të ndryshme të promocionit shëndetësor; sasinë e burimeve të përdorura në shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore; organizimin dhe financimin e institucioneve të shërbimeve shëndetësore; efektivitetin me të cilin burimet shpërndahen dhe përdoren për qëllime shëndetësore dhe efektet parandaluese, kuruese dhe rehabilituese të shërbimeve shëndetësore mbi individin dhe shoqërinë.
Ka një numër disiplinash dhe profesionesh të tjera, që janë të interesuara në të njëjtën mënyrë për të tilla çështje dhe që luajnë një rol të dobishëm dhe të rëndësishëm në sektorin e kërkimeve shëndetësore dhe në analizën e strategjive. Kontributi i veçantë i ekonomistit në ekzaminimin e këtyre çështjeve qëndron në mënyrën e veçantë të punës, konceptet, teoritë dhe modelet e mendimit të ekonomisë. Mënyra e veçantë e punës së adoptuar nga ekonomisti është

përshkruar si: "*Dëshira për të specifikuar një ose disa objektiva jo të paqartë kundrejt të cilave të gjykojë dhe monitorojë strategjinë; dëshira për të identifikuar funksionin e prodhimit; njohja e rëndësisë së sjelljes njerëzore po aq sa e teknologjisë dhe mjedisit natyral në shkaktimin, parandalimin, kurimin dhe kujdesin ndaj sëmundjeve*".
Pikëpamja e ekonomistit domosdo që përfaqeson vetëm një input në planifikimin e politikave dhe prandaj planifikuesi i këtyre politikave do të marrë parasysh pikëpamje të ndryshme nga disa burime, përpara se ai të marre vendimet e tij.
Para se të vazhdojmë, do të ishte e udhës të bënim tre dallime të tjera kryesore: ndërmjet ekonomisë së shëndetit dhe asaj të shërbimeve shëndetësore, ndërmjet formave të analizave ekonomike dhe ndërmjet ekonomistëve dhe ekonomisë. Së pari, ndërkohë që në të kaluarën etiketa e ekonomisë së shëndetit i vihej vetëm ekonomisë së shërbimeve shëndetësore, sot pranohet nga të gjithë që ekonomia e shëndetit futet në të gjitha fushat që lidhen me shëndetin; çdo paqartësi e kufinjve të ekonomisë së shëndetit vjen pra si rrjedhim i paqartësive në vetë sektorin e shëndetësisë. Së dyti, ekonomia shëndetësore përfshin edhe ekonominë teorike edhe atë të aplikuar, teorinë më të fundit për të shpjeguar problemet praktike dhe për të eksploruar implikimin e mënyrave të veçanta të punës. Ndërkohë që një punë e tillë mund të zhvillohet dhe zgjerohet brenda mureve të universitetit, ajo mund të kryhet edhe në rethana më të zgjeruara, në qeveri, zyrat e administratës shëndetësore ose shërbimeve shëndetësore. Pra një ekonomist mund të nënkuptohet si një shkencëtar ose akademik, një analist i politikave shëndetësore ose këshilltar ose zgjidhës i problemeve. Së fundmi, ndërkohë që ekonomia është malli që tregton ekonomisti, që është specialisti në ekonomi, ajo vetë nuk është ekskluizivitet i tij. Klinicisti, punonjësit e tjerë të shëndetësisë dhe planifikuesit shëndetësorë mund të aplikojnë principet dhe mësimet e ekonomisë së shëndetit, prandaj atyre do t'u nevojitej një njohje bazë e kësaj disipline.

Zhvillimi i ekonomisë së shëndetit

Ekonomia e shëndetit është një produkt i dy dekadave të fundit, por ka arritur një stad zhvillimi ku disa specialistë e ndiejnë veten të aftë të shikojnë zhvillimin e saj historik dhe të rishikojnë edhe një herë arritjet e saj. Madje, ka pasur nderin e të qenit nën vëzhgimin e një historiani baskëkohor. Praktika e zakonshme e ekonomistëve të shëndetit, kur ata justifikojnë interesin e tyre për shëndetësinë, ka qenë referimi tek paraardhësit e tyre dhe veçanërisht tek Sir William Petty në shek. XVII dhe Sir Edwin Chadwick në shek. XIX. Ekonomistët britanikë u janë borxhlinj kërkimeve të kohëve të fundit të një ekonomisti amerikan të shëndetit, që mori përsipër shqetësimin e analizimit në detaje të disa ideve të këtyre dy burrave. Këto ide janë shumë të rëndësishme për temën, që trajtohet në këtë kapitull sepse ato u formuluan në një kohë kur Anglia mund të konsiderohej si "në zhvillim". Në sistemin e sotëm të klasifikimit të zhvillimit ekonomik ato aplikohen në një kontekst historik.
Petty, i cili jetoi nga viti 1623 deri në vitin 1687, ishte një ekonomist dhe statisticien, puna e të cilit kujtohet nga ekonomistët e shëndetit për përpjekjet për të vlerësuar jetën e njeriut. Këndvështrimi i tij do të jetë i pranishëm për ekonomistët në vendet në zhvillim, për arsye se ai e vlerëson njeriun me kontributin, që ky i fundit i jep prodhimit kombëtar. Kjo e çoi atë të llogariste, se shpenzimet që shpëtonin jetë njerëzish, psh. duke përmirësuar mjekësinë apo duke evakuuar njerëzit nga Londra gjatë një epidemie murtaje, mund të konsideroheshin një investim i mirë në qoftë se përfitimet ishin të mëdha. Prej këtyre llogaritjeve ai doli në konkluzionin se:
"Nuk është në interes të shtetit të lerë mjekët dhe pacientët mënjanë (pa përkrahje)".

Ide të ngjashme u hodhën dhe nga Chadwick (1800-1890), një nga dishepujt e lëvizjes angleze të njohur si bentamitë ose si ata që kërkonin dobinë para luksit. Ata influencuan legjislacionin e shërbimit shëndetësor publik në gjysmën e parë të shek. XIX:
"*Ashtu si artisti, për qëllimet e tij, e sheh qenien njerëzore si një subjekt për kultivimin e të bukurës-ashtu si fiziologu, për kultivimin e artit të tij, e sheh atë vetëm si një organizëm material, ashtu edhe ekonomisti për avancimin e shkencës së tij duhet ta trajtojë njeriun thjesht si një investim kapitali në forcën prodhuese*".
Chadwick argumentoi se përmirësimi i higjienës ishte një investim i mirë dhe se parandalimi i sëmundjeve mund të sillte më shumë avantazhe se ndërtimi i spitaleve për kurimin e tyre.
Këto ide kanë ngjashmëri të dukshme me idetë bashkëkohore mbi strategjitë e shëndetit dhe me rëndësinë e përmirësimit të tij në vendet në zhvillim. Madje, më shumë atëherë se tani pranohej se vlerat dhe vendimet e politikanëve dhe ligjvënësve nuk duhet të ishin ngushtësisht të bazuara mbi arsyetime financiare, por se argumentet ekonomikë mund të përdoreshin në mbështetje të gjykimit moral se shëndeti i popullsisë duhej përmirësuar.
Megjithatë, argumente të tilla mbi vlerën produktive të njeriut, të njohura si vlerësimi i njeriut si kapital në ekonomi nuk u aplikuan deri vonë në vitet 1940 dhe 1950, por disa përpjekje për të aplikuar këtë politikë vazhduan, veçanërisht në uljen e kostos ekonomike të sëmundjes. Prescott (1979) citon disa shembuj më të hershëm studimesh të tilla: një përpjekje për të matur numrin e ditëve të invaliditetit si pasojë e malaries dhe për të vlerësuar implikimet mbi prodhimin bujqësor të plantacioneve të Luizianës, ShBA (Van Dine 1916); vlerat mesatare të ndikimit të malaries mbi ekonominë e Indisë, në terma të humbjes së prodhimit, si pasojë e vdekshmërisë, invaliditetit dhe dobësisë (Sinton 1935; Sinton 1936); dhe një vëzhgim i detajuar i fshatrave indianë për të parë ndikimin e malaries mbi punën dhe fitimet prej saj (Rusell dhe Menon 1942).
Ndërkohë, punime të tjera të këtij lloji po zhvilloheshin në vendet e zhvilluara. Në më të shumtën ishin punime mbi ekonominë, e lidhur kjo me mjekësinë dhe përfshinin mbledhjen e informacionit financiar dhe social mbi përdorimin e modeleve të ndryshme të kujdesit mjekësor, vlerësimin e efiçencës së spitaleve, vlerësimin e dëshirës për t'u siguruar (në sigurimet shëndetësore) dhe të parin e anës afariste të praktikës mjekësore (Fox 1979). Megjithëse këto kishin pak lidhje me disiplinën e ekonomisë, ato nuk kërkonin ndihmën e saj për të sqaruar përfundimet e tyre. Në të vërtetë, dalja e ekonomisë së shëndetit si një subdisiplinë e ekonomisë mund të datohet vetëm në vitet 50 (në ShBA) dhe në vitet 60 (në Britaninë e Madhe) kur disa ekonomistë profesionistë filluan të aplikonin konceptet e tyre në fushën e shëndetit.
Rosenthal (1979) ka identifikuar 3 rrethana në të cilat pikëpamjet e tij kontribuan në rritjen e interesit të ekonomistëve amerikanë për shëndetin dhe kujdesin mjekësor:

1. U pa se aplikimi i teknikave të analizës ekonomike po ndihmonte në mënyrë të konsiderueshme agjencitë federale në marrjen e vendimeve;
2. U bë e qartë për të gjithë se burimet ekonomike që përdoreshin për prodhimin dhe shpërndarjen e kujdesit mjekësor ishin të mëdha dhe në rritje;
3. Disiplina e ekonomisë po zhvillonte teori më komplekse dhe më të përpunuara mbi sjelljen njerëzore, që ishin më të prekshme nga eksperimentimi dhe modifikimi.

Një rezultat i këtij interesi në rritje në vendet e zhvilluara ka qenë dalja e bibliografive të dokumentuara të ekonomisë së shëndetit (Culyer, Wiseman dhe Walker 1977; Griffiths, Rigoni, Tacier dhe Prescott 1980) dhe introduksioni i mësimdhënies akademike dhe programeve kërkimore të Ekonomisë së shëndetit (Lee dhe Mills 1979*b*). Një tendencë tjetër ishte se më shumë ekonomistë e kthyen vëmendjen e tyre nga aspektet e ekonomisë së aplikuar, të tilla si planifikimi shëndetësor, menaxhimi dhe sjellja klinike, si duke punuar jashtë bazave të tyre

tradicionale të departamenteve ekonomike, në shkollat mjekësore, agjencitë kombëtare të shëndetit dhe autoritetet lokale shëndetësore edhe duke promovuar pranimin e ideve dhe teknikave ekonomike nga grupe të tjera profesionale si p.sh. klinicistët dhe planifikuesit shëndetësorë, menaxherët dhe administratorët (Lee dhe Mills 1979*a*).

Ndërkohë që puna e bërë ka qenë mjaft koherente, po aq sa aplikimi i ekonomisë në shëndetësi, ekonomistët debatojnë ndërmjet tyre në qoftë se ata duhet të vendosin për mënyrën e aplikimit të kujdesit shëndetësor, apo të kufizohen vetëm në analizimin e mënyrës me të cilën sektori punon në praktikë, ose me dhënien e mënyrave alternative për të shpërndarë burimet e kufizuara dhe me implikimin e politikave të ndryshme: dmth. kjo është dhe do të mund të ishte. Këto diferenca mbi përcaktimin e rolit dalin më të qarta në ndarjen midis atyre ekonomistëve, që i japin përparësi në punën e tyre përfitimit të *efiçencës* në sektorin e shëndetësisë, duke theksuar nevojën e një tregu të kujdesit shëndetësor dhe përfitimeve nga konkurrenca dhe atyre, që i japin prioritet *barazisë*, që do të thotë një akses më i barabartë dhe më i drejtë tek kujdesi shëndetësor, dhe, nëse është nevoja duke rritur ndërhyrjen e qeverisë (Fein 1980). Lexuesi i interesuar do t'i vë re këto ndryshime në brendi të këtij libri.

Në vendet në zhvillim është vënë re një rritje e dukshme si në numrin e ekonomistëve, që punojnë mbi çështjet e shëndetit, ashtu edhe në literaturën, që i përket kësaj fushe, megjithëse në një shkallë më të vogël se në Europën Perëndimore dhe në Amerikën e Veriut. Vende të ndryshme janë përpjekur të zgjerojnë njohuritë e tyre mbi ekonominë e shëndetit, ku ka qenë e nevojshme edhe me ndihmë e nga jashtë, dhe ato janë nxitur dhe ndihmuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Banka Botërore. Agjencitë ndërkombëtare kanë rekrutuar ekonomistë të shëndetit si për qëllimet e tyre dhe për të punuar mbi detyra të ndryshme për vendet në zhvillim. Gjithashtu, janë hedhur bazat për një literaturë të ekonomisë së shëndetit, që u përshtatet më mirë rrethanave të vendeve në zhvillim (OBSh. 1975; Sorkin 1976; Abel-Smith 1976; Griffiths dhe Bankowski 1980) dhe për një studim, që ia aplikon konceptet dhe teknikat e ekonomisë fushës së shëndetësisë (Djukanovic dhe Mach 1975; Abel-Smith dhe Leiserson 1978; O.B.Sh. 1978). Vendet në zhvillim kanë nxjerrë deri tani pak ekonomistë të shëndetit nga ana e tyre. Pak janë duke punuar mbi çështjet e shëndetit në departamentet akademike të ekonomisë, pak në shkollat e mjekësisë dhe në institutet kërkimore të shëndetësisë dhe pak punojnë si planifikues shëndetësorë në ministritë e shëndetësisë dhe në programet e zhvillimit. Vetëm pak ekonomistë të shëndetit, nga ose në vendet e zhvilluara, punojnë mbi çështje të shëndetit të vendeve në zhvillim.

Disa tipare të punës, që është bërë nga ana e ekonomistëve në vendet në zhvillim për ekonominë e shëndetit, dallojnë nga të njëjtat çështje në vendet e zhvilluara dhe ja vlejnë të përmenden këtu. Së pari, lidhjet e saj janë si me ekonominë e zhvillimit ashtu dhe me ekonominë-bazë dhe kjo i jep asaj disa karakteristika. Për shembull, idetë e ekonomisë së zhvillimit kanë influencuar ekonominë e shëndetetit: modelet e rritjes ekonomike kanë theksuar në të kaluarën mungesën e kapitaleve dhe nevojën e rritjes së prodhimit të të mirave materiale, duke lënë pas dore shpenzimet për qëllimet sociale të tilla si shëndeti. Si kundërpërgjigje, ekonomia e shëndetit, duke nxjerrë konkluzione sipas traditës së saj, theksonte lidhjen ndërmjet përmirësimit të shëndetit dhe rritjes së prodhimit, megjithëse e paaftë për ta provuar këtë, përveçse në disa raste të veçanta. Kohët e fundit, ide të marra nga strategjitë më të mira për zhvillim kanë theksuar mendimin se të ardhurat dhe vëmendja duhet tu drejtohen atyre grupeve, që kanë më shumë nevojë (Livingstone 1981). Ide të tilla kanë ndihmuar në pranimin nga të gjithë të idesë se shpenzimet për shëndetin justifikohen nga kontributi i tyre direkt mbi mirëqënien e njerëzve dhe jo nga kontributi i tyre indirekt mbi prodhim. I nënkuptuar është nocioni se përmirësimet në shëndet nuk janë domosdoshmërisht të varura nga mirëqënia

ekonomike, si psh. e matur me anë të GNP (Prodhimi Kombëtar Bruto) për frymë (Cumper 1982). Tani po theksohet gjithnjë e më shumë qëllimi për të zhvendosur burimet në drejtim të sektorit shëndetësor dhe për të rritur efiçenën e këtij sektori, psh. nëpërmjet ndryshimeve organizative, sociale dhe adoptimit të teknologjive të ndryshme.
Kjo pikë nxjerr në pah edhe një trashëgimi tjetër nga ekonomia e zhvillimit, theksimin e pjesës së aplikuar të disiplinës. Ekonomistët e shëndetit i kanë kushtuar vëmendje të veçantë nevojës së mjekëve dhe drejtuesve të institucioneve për këshillim dhe një numër ekonomistësh nuk punojnë vetëm si akademikë, por edhe si këshilltarë, planifikues dhe zbatues. Madje, për disa kohë ekonomia e shëndetit e aplikuar ishte e lidhur me planifikimin shëndetësor, psh. me metodën *paho/endes* të planifikimit shëndetësor dhe Programimin Kombëtar të Shëndetit dhe me anë të ekonomistëve të shëndetit, që punonin si planifikues shëndetësor (Gish 1975; Mills 1975). Rallë ka pasur përpjekje sporadike për të zgjeruar pjesën teorike të njohurive.
Një veçori e dytë e ekonomisë së shëndetit në vendet në zhvillim qëndron në lidhjet e saj me agjencitë ndërkombëtare dhe bilaterale, veçanërisht me ato që merren me ndihma. Ekonomistët e shëndetit janë gjithnjë e më shumë të konsultuar dhe të punësuar nga ana e organizatave ndërkombëtare edhe si këshilltarë, edhe si asistentë për vendet e interesuara. Kjo lloj pune mund të nxjerrë në pah dilema morale për ekonomistët. Ekonomistët e shëndetit mund të rrezikojnë të përdoren nga donatorët ose riçeventët për të siguruar një fasadë respektabiliteti për projekte të formuluara dhe vendime të marra, pa marrë parasysh këshillimin ekonomik, ashtu siç kanë pasur eksperiencë ekonomistët e zhvillimit (Giles 1979). Për më tepër, varësia e disa vendeve nga ndihmat dhe produktet shëndetësore të importuara i jep një dimension ndërkombëtar ekonomisë së shëndetit dhe formulimit të strategjive mbi shëndetin.
Një veçori finale që e dallon ekonominë e shëndetit në vendet në zhvillim, mbase nuk është e papritur: përqëndrimi i saj në ato çështje dhe probleme shëndetësore me interes më të madh për këto vende. Një literaturë e gjerë ekziston, psh. mbi koston ekonomike të disa sëmundjeve të veçanta dhe mbi koston e kontrollit dhe çrrënjosjes së tyre. Kohët e fundit ekonomistët janë përfshirë më shumë në çështje të financimit të kujdesit shëndetësor, kujdesit shëndetësor parësor dhe teknologjive të duhura. Këto strategji kanë detyruar ekonomistët të shikojnë kontekstin social-ekonomik brenda të cilit duhet të futen ndryshimet në promovimin shëndetësor (Cumper 1982), duke u kërkuar atyre të kuptojnë influencat lokale mbi sjelljen shëndetësore, duke përfshirë këtu faktorët kulturalë dhe rolin e mjekësisë tradicionale, pa lënë mënjanë strukturat sociale dhe mënyrën e punës së institucioneve.

Justifikimi për ekonominë e shëndetit

Duke eksploruar zhvillimin historik të nëndisiplinës së ekonomisë së shëndetit, janë përmendur edhe disa nga arsyet përse ekonomia e shëndetit është bërë kaq popullore ndërmjet qeverive të vendeve në zhvillim. Si mund të justifikohet mendimi se ajo mund të bëhet një fushë e rëndësishme studimi në vendet në zhvillim?
Konceptet ekonomike luajnë një rol kyç në çdo aspekt të jetës: në bujqësi, shtëpi, industri, tregti dhe në shëndetësi. Për më tepër natyra dhe niveli i zhvillimit ekonomik të një vendi është treguar të jetë një faktor determinant në profilin epidemiologjik të tij dhe është qartësisht i lidhur me nivelin e shërbimeve shëndetësore dhe të aktiviteteve të liidhura me shëndetin, që mund të mbështesë një vend. Angazhimi i tij ideologjik, filozofia ekonomike dhe struktura organizative do të vendosin sa dhe ku do të sigurohen këto shërbime. Si pasojë, politikat shëndetësore dhe zbatimi i tyre janë fortësisht të influencuara nga aspektet makroekonomike.

Në të njëjtën kohë shëndeti i një popullate mund të influencojë progresin ekonomik, prandaj programet shëndetësore janë bërë pjesë e një strategjie, që ka për qëllim përmirësimin e mirëqënies sociale dhe ekonomike të popullatës. Kjo strategji kërkon seleksionimin e atyre programeve, që e përmirësojnë shëndetin në mënyrë sa më efiçente: shërbime shëndetësore ose sigurimi i infrastrukturave të tjera, të tilla si uji dhe higjiena ose veprimtari, që synojnë përmirësimin e ushqimit.
Rivlerësimi i politikave shëndetësore në disa vende në zhvillim ka marrë parasysh meritat e shumë formave ekzistuese të kujdesit shëndetësor, të strategjive dhe përparësive të së kaluarës. Çdo vend duhet të zgjedhë mënyrën më të mirë për të përmirësuar shëndetin, por kjo zgjedhje në vendet e varfra është edhe e rëndësishme edhe e vështirë. Prandaj, përpjekjet për zgjerimin e mundësisë së zjedhjes në shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore dhe për nxitjen e promovimit shëndetësor janë me rëndësi të madhe.
Ato janë veçanërisht të rëndësishme në kontekstin ekonomik të vendeve të varfra. Shërbimet shëndetësore thithin një pjesë të madhe si të shpenzimeve qeveritare, ashtu edhe të buxhetit familjar. Ato kërkojnë shkëmbime më të pakta të barnave, pajisjeve dhe transportit dhe shumë vende po përballen me kosto gjithnjë e më të larta mjekësore. Qeveritë kërkojnë në mënnyrë të vazhdueshme mënyra për uljen e kostove dhe rritjen e efiçencës. Ekonomia e shëndetit është e pëlqyeshme për qeveritë, në qoftë se mund t'i ndihmojë ato në përmirësimin e shpërndarjes së burimeve shëndetësore, në rritjen e efiçencës së tyre, në identifikimin e teknologjive kosto-efektive dhe në uljen e humbjeve.
Këto elemente të ndryshme mund të mblidhen bashkë për të treguar përse ekonomia e shëndetit ka mundësi që në të ardhmen të ketë shumë rëndësi në vendet në zhvillim:

1. Një klimë ekonomike ku burimet janë jashtëzakonisht të pakta dhe vendimet mbi përparësitë janë të rëndësishme, por të vështira;
2. Një vlerësim më i madh nga ana e profesionistëve të shëndetit dhe të hartuesve të politikave shëndetësore të ndihmës, që mund t'u japin atyre ekonomistët në formulimin e politikave dhe në marrjen e vendimeve;
3. Maturimi i mëtejshëm i nëndisiplinës së ekonomisë së shëndetit,
4. Rritja e interesit nga ana e ekonomistëve dhe e të tjerëve në aplikimin e teknikave të tyre ekonomike në çështjet e shëndetit.

Megjithatë, ka shpesh një mungesë njohurish nga ana e politikanëve, zyrtarëve qeveritarë, administratorëve shëndetësorë dhe profesionistëve të shëndetit mbi atë se çfarë është ekonomia e shëndetit dhe se çfarë mundet dhe çfarë nuk mundet të bëjë ajo. Shumë ekonomistë kanë pasur rastin të merren për llogaritarë të rëndomtë, kalkulatorë të raportit kosto-përfitim ose stampues projektesh. Si grup, ekonomistët mund të shihen si të "dashuruar" pas tregut ose si revolucionarë, që kërkojnë të vendosin rregullat në ekonomi. Prandaj nevojitet një paraqitje më e mirë e kontributit të tyre në sektorin e shëndetësisë.

Komponentët bazë të sistemeve ekonomike

Tre janë komponentët bazë të çdo sistemi ekonomik:

- Firmat/kompanitë prodhuese;
- Familjet/individët;
- Qeveria/shteti.

Marrëdhëniet ekonomike mes qeverisë/shtetit dhe familjeve/ individëve reflektohen në tre elementet e meposhtëm:

- Taksat;

- Tregu i punës (për ata individë të cilët punojnë në shtet);
- Ofrimi i shërbimeve shtetërore apo publike në fushën e edukimit, shëndetësisë, si dhe transportit në dobi të invividëve/familjeve.

Marrëdhëniet ekonomike mes qeverisë/shtetit dhe firmave/ kompanive prodhuese reflektohen në tre elementet e mëposhtëm:

- Të mirat materiale të hedhura në treg nga kompanitë/firmat prodhuese dhe të shfrytëzuara/blera nga shteti;
- Taksat;
- Subvencionet dhe kreditë shtetërore.

Marrëdhëniet ekonomike mes firmave/kompanive prodhuese dhe familjeve/individëve reflektohen në dy elementet e meposhtëm:

- Të mirat materiale të hedhura në treg nga kompanitë/firmat prodhuese dhe të shfrytëzuara/blera nga familjet/individët;
- Tregu i punës (për ata individë të cilët punojnë në ndërmarrje apo kompani private).

Tri dilemat e mëdha ekonomike

Tri janë pyetjet kryesore të cilave duhet t'u përgjigjet çdo sistem ekonomik:

- Çfarë duhet të *prodhohet* dhe në çfarë *sasie* duhet të prodhohet? (kjo vlen edhe për shërbime të caktuara që mund të ofrohen nga kompani/firma të ndryshme);
- Si duhet të *kryhet* prodhimi? Kjo ka të bëjë me teknologjinë prodhuese (ose të ofrimit të shërbimeve të caktuara). Dilema që shtrohet për zgjidhje është kjo: a duhet investuar më shumë në teknologji duke reduktuar për rrjedhojë punën e individit, apo duhet investuar sa më pak në teknologji duke rritur punën e individit?
- Si duhet të *shpërndahen* të mirat materiale (apo shërbimet) e ofruara nga kompanitë/firmat e ndryshme?

Dy pyetjet e para kanë të bëjnë me *efiçiencën* e një sistemi ekonomik të caktuar.

Efiçienca është barazimi i kostos marzhinale të prodhimit me përfitimin (dobinë) që rezulton nga ai produkt. Në gjuhë monetare, efiçiencë do të thotë shpenzimi i njësisë monetare të fundit që barazon përfitimin (dobinë) e sjellë (marrë) nga ai produkt.

Pyetja e tretë (shpërndarja e të mirave materiale/shërbimeve) ka të bëjë me *ekuitetin* apo drejtësinë e sistemit ekonomik.

Dy alternativat madhore të zgjidhjeve ekonomike

Një sistem ekonomik i caktuar u përgjigjet tri pyetjeve të mësipërme, në njërën nga dy mënyrat e mëposhtme:

- Alternativa e ***tregut të lirë***: sipas së cilës përgjigjja e tri pyetjeve madhore ekonomike përftohet në treg të lirë; sisteme ekonomike të tilla quhen "sisteme të tregut të lirë". Tregu i lirë përgjithësisht është sistemi ekonomik më efiçient, por shpeshherë dështon të shpërnndajë në mënyrë të drejtë të mirat materiale të prodhuara.
- Alternativa ***shtetërore***: sipas së cilës qeveria/shteti është përgjegjës për zgjidhjen e tre problemeve/dilemave të mëdha ekonomike; sisteme ekonomike të tilla quhen "sisteme të komanduara" (një shembull tipik do të ishin planet ekonomike 5-vjeçare të Partisë së Punës së Shqipërisë të). Sistemet ekonomike të komanduara mundësojnë qeverinë/shtetin të ndërhyjë dhe të përcaktojë çfarë dhe sa duhet prodhuar, të përcaktojë tregun e punës si dhe shpërndarjen e të mirave materiale (shërbimeve të ofruara). Në sistemet ekonomike të

komanduara tregjet ekzistojnë, por janë të paaftë për t'u dhënë zgjidhje tri dilemave madhore ekonomike.

Dështimi i alternativës së tregut të lirë

Në shumë sisteme shoqërore është e papranueshme që të mirat materiale/ shërbimet të shpërndahen në varësi të tregut të lirë. d.m.th. të aftësisë blerëse të individëve/familjeve. Argumentimi që bëhet në këto raste është që një sistem i tregut të lirë dështon të ofrojë zgjidhje të kënaqshme të dilemës së tretë ekonomike (drejtësisë apo *ekuitetit* në shpërndarjen e të mirave materiale). Prandaj, shoqëri të tilla preferojnë që shteti/qeveria të ndërhyjë për të siguruar një shpërndarje sa më të *drejtë* të të mirave materiale apo shërbimeve të ofruara nga kompanitë/firmat e ndryshme prodhuese.

Përveç dilemës së tretë ekonomike (ekuitetit), në disa raste sistemi i tregut të lirë është i paaftë t'u japë zgjidhje të kënaqshme edhe dy dilemave ekonomike të lidhura me *efiçiencën* e sistemit (të mirat materiale që duhet të prodhohen dhe sasia e tyre, si dhe teknologjia e prodhimit). Ky fenomen quhet *dështim i tregut të lirë*. Në këto raste shteti/qeveria është i detyruar të ndërhyjë për t'u dhënë zgjidhje të drejtë edhe dy problemeve të lidhura me efiçiencën e sistemit ekonomik. Dështimi i tregut të lirë vihet re kryesisht në tri rrethanat e mëposhtme:

1. Rrethana që lidhen me praninë e *eksternaliteteve* të një malli të caktuar. Eksternalitetet kanë të bëjnë me efektet e jashtme të mallit që shfaqen përtej nivelit të prodhuesit (apo konsumatorit). Më poshtë jepen dy shembuj të dështimit të tregut të lirë si pasojë e eksternaliteteve:
   - Një shembull tipik do të ishte ndotja e mjedisit ajror që rezulton nga prodhimi i një malli të caktuar (p.sh. prodhimi i çelikut në kombinatin metalurgjik të Elbasanit). Ndotja e ajrit në këtë rast do të shfaqte efekte të jashtme përtej nivelit të prodhuesit (frimës/kompanisë prodhuese), e cila ndryshe do të quhej "kosto shoqërore" e mallit. Pra, përveç kostos së mirëfilltë të prodhimit të mallit, ka raste ku duhet të merret parasysh edhe një kosto shtesë, e cila ka të bëjë me praninë e efekteve të jashtme të mallit në fjalë. Nëse prodhuesi nuk merr parasysh praninë e eksternaliteteve, atëherë çmimi i mallit në treg mund të jetë më i ulët se kostoja reale e mallit (e cila duhet të marre parasysh efektet negative shoqërore të prodhimit të mallit). Në këtë rast bëhet fjalë për çmim të mallit në nivel individi dhe jo shoqërie. Por, përfitimi në nivel shoqëror nga një mall i caktuar do të ishte më i vogël se kostoja e mallit (siç është ndotja e ajrit e shoqëruar nga prodhimi i çelikut). Si rrjedhim, do të kishim mungesë efiçience të sistemit ekonomik të tregut të lirë. Prandaj, në këto raste qeveria/shteti është e detyruar të ndërhyjë për të korrigjuar inefiçiencën e tregut të lirë nëpërmjet, p.sh, rritjes së taksave për prodhimin apo shitjen e një malli të caktuar i cili shoqërohet me prani të efekteve negative në nivel shoqërie. Rritja e taksave do të çonte në rritje të çmimit në treg të mallit, i cili do të kishte si qëllim të fundit uljen e konsumit të atij malli.
   - Një shembull tjetër do të ishte vaksinimi i popullatës ndaj një agjenti infeksioz të caktuar, p.sh. imunizimi i fëmijëve 0-5 vjeç kundër virusit të fruthit. Edhe në këtë rast një sistem i tregut të lirë në shpërndarjen e vaksinës do të ishte *inefiçient* sepse individët (në këtë rast prindërit e fëmijëve 0-5 vjeç) kur vendosin të blejnë ose jo vaksinën marrin parasysh vetëm përfitimet (ose dëmet) e tyre personale (në këtë rast të fëmijëve të tyre) dhe jo përfitimet apo dëmet shtesë në rang apo nivel shoqërie. P.sh. mos-vaksinimi i fëmijëve do të kishte efekt negativ edhe ndaj fëmijëve të tjerë pjesëtarë të së njëjtës shoqëri dhe anasjelltas, vaksinimi i një fëmije do të kishte efekte pozitive

edhe në fëmijët e tjerë. Në këto raste, qeveria/shteti duhet të ndërhyjë p.sh. duke shpërndarë vaksinat falas në të gjithë popullatën.

2. Të mirat materiale *publike* dhe të mirat materiale "*shoqërisht të vlefshme*". Të mira materiale publike konsiderohen ato të mira materiale për të cilat nuk mund të gjykohet apo të thuhet se cili nga individët e shoqërisë i përdor (shfrytëzon) këto të mira materiale dhe sa shpesh i përdor/shfrytëzon ato. Të gjithë individët e shoqërisë përfitojnë nga të mirat publike dhe asnjë individ nuk mund të privohet nga përfitimi/dobia e të mirave të tilla materiale. Shembuj tipikë do të ishin parqet shlodhëse publike, policia e shtetit, ushtria, etj. Të mira materiale "shoqërisht të vlefshme" konsiderohen ato të mira materiale për të cilat shoqëria është e interesuar që të shfrytëzohen/përdoren nga të gjithë individët. Shembull tipik është sistemi i edukimit ku p.sh. e gjithë shoqëria do të ishte e interesuar që çdo individ të ketë një minimum arsimimi në mënyrë që të shmangen sa më shumë problemet sociale të lidhura me mungesën e edukimit si papunësia, kriminaliteti, përdorimi i drogës, etj.
3. Mungesa dhe/ose asimetria e informacionit. Është rrethana e tretë ku shpeshherë vihet re dështim i tregut të lirë. Shteti duhet të ndërhyjë edhe në rastet kur bëhet fjalë për mungesë informacioni ndaj mallrave (apo shërbimeve) të caktuara. Shembuj tipikë janë shërbimet e shëndetit ku shumica e individëve nuk kanë njohuri të mjaftueshme për të gjykuar mbi dobinë (ose dëmet) e proçedurave apo medikamenteve të caktuara mbi shëndetin. Sistemi i tregut të lirë nuk mund ta zgjidhë këtë konflikt për nga vetë karakteri dhe specifikat që e vënë në lëvizje (mekanizmi kërkesë-ofertë). Shteti duhet të ndërhyjë në raste të tilla për të "korrigjuar" mungesën apo asimetrinë e informacionit.

Analiza kosto-dobi

Kosto/DALY (*disability adjusted life-years*): është raporti i shpenzimeve mbi DALY të fituara. Me fjalë të tjera, është raporti i shpenzimeve mbi përfitimet (dobitë) shëndetësore që burojnë nga një aktivitet/program i caktuar shëndetësor (kurativ dhe/ose parandalues). Ky koncept (kosto/DALY) është parimi bazë i vlerësimit ekonomik në shëndetësi, i cili shënoi një kthesë nga analiza e kosto-efektivitetit në analizën e kosto-utilitetit (dobisë, përfitimit). Në këtë lloj analize (kosto-dobi) merren parasysh nivele të ndryshme të paaftësisë fizike të individëve përfitime apo dobi (utilitete) të ndryshme shëndetësore. Sa më e vogël vlera e këtij raporti (kosto/DALY), aq më efektiv konsiderohet aktiviteti/programi/procedura e shëndetit në uljen e ngarkesës së sëmundshmërisë në popullatë (e shprehur kjo si total i DALY).

Llogaritja e DALY

Llogaritja e DALY merr parasysh si vdekjen e individëve ashtu edhe paaftësinë fizike apo mendore që shoqëron individët e popullatës gjatë jetës.

Për llogaritjen e vdekjeve duhet të njihet informacioni i mëposhtëm:

- Vdekshmëria specifike (nga sëmundje ose gjendje shëndetësore të caktuara) sipas moshës;
- Jeta e pritshme në moshën e vdekjes së individit;
- Vlera relative e viteve (mosha 15 dhe 50 vjeç janë vitet më të "çmueshme");
- Faktori reduktues, i cili zakonisht merret 3%.

Për llogaritjen e pa-aftësisë fizike dhe/ose mendore të individëve shfrytëzohet informacioni i mëposhtëm:

- Incidenca specifike (nga sëmundje ose gjendje shëndetësore të caktuara) sipas moshës;
- Jeta e pritshme sipas moshës së individëve me një sëmundje apo ngjarje shëndetësore të caktuar;

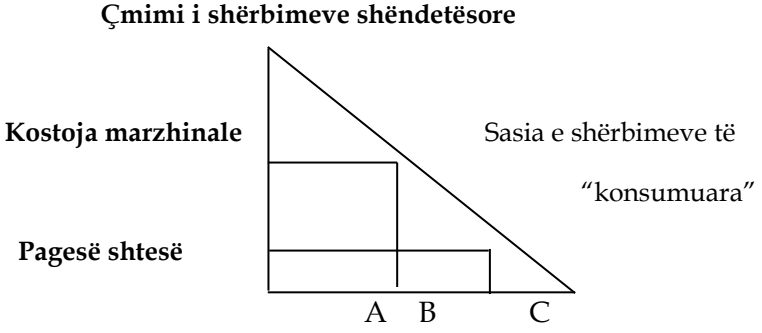
- Niveli apo shkalla e paaftësisë e shkaktuar nga një sëmundje apo ngjarje shëndetësore e caktuar. Shkalla e paaftësisë i referohet një segmenti ku në dy ekstremet janë shëndeti perfekt i individit dhe vdekja, kurse në mes identifikohen 6 nivele të paaftësisë fizike dhe/ose mendore.
- Faktori reduktues (3%).

Dështimi i tregut të lirë nga sigurimet shëndetësore private

Rëndom vihen re dy fenomenet e mëposhtme:

- ***Kompromentimi moral***

Kompromentimi moral lidhet me ndryshimin e sjelljeve dhe qëndrimeve ndaj ngjarjeve shëndetësore të subjekteve të siguruara (që paguajnë sigurimet e shëndetit). Në praktikë shpesh ndodh që individët e siguruar të ndryshojnë sjelljet shëndetësore duke tentuar të jenë më pak të kujdesshëm në drejtim të parandalimit të sëmundjeve apo ngjarjeve shëndetësore për të cilat janë të siguruar. Nga pikëpamja ekonomike, kjo do të çonte në mbipërdorim të shërbimeve shëndetësore nga ana e individëve të siguruar. (Dobia, apo përfitimi) si dhe tendenca për të paguar për shërbimet shëndetësore në këtë rast do të uleshin ndjeshëm. Zgjidhja përmes së cilës kompanitë private të sigurimeve shëndetësore përpiqen të minimizojnë këtë fenomen është pagesa shtesë për shërbime shëndetësore të caktuara. Qëllimi është që të rritet dobia, apo përfitimi nga shërbimet e ofruara përmes uljes së sasisë së shërbimeve shëndetësore të ofruara apo të "konsumuara" nga individët e siguruar. Grafikisht, ky fenomen mund të përshkruhet si më poshtë:



A : Të pasiguruar
B : Të siguruar + pagesë shtesë
C : Të siguruar pa pagesë shtesë

- ***Përzgjedhja konveniente***

Përzgjedhja konveniente ka të bëjë me mënyrën dhe preferencat e përzgjedhjes së individëve nga ana e kompanive private të sigurimeve shëndetësore. Subjektet me sëmundje kronike tentojnë të sigurohen për ngjarjet shëndetësore nga të cilat vuajnë ose që parashikojnë të vuajnë në të ardhmen si rezultat i komplikacioneve të sëmundjes bazë. Për kompanitë private të cilat si qëllim final kanë fitimin ky fakt është i papranueshëm. Prandaj, kompanitë private të sigurimeve shëndetësore tentojnë të përzgjedhin në klientelën e tyre subjekte të shëndosha, sepse, sa më të shëndoshe të jenë individët e siguruar aq më pak ato do të përdorin apo konsumojnë shërbimet shëndetësore. Ky fenomen i përzgjedhjes konveniente të klientelës quhet

"**përzgjedhje në varësi të shanseve**" (për përdorim të shërbimeve shëndetësore). Pra, kompanitë private tentojnë të përjashtojnë nga skema e sigurimeve shëndetësore subjekte të cilët janë të sëmurë kronikë dhe/ose individë për të cilët është e lehtë të parashikohet që do të jenë përdorues apo konsumatorë të shpeshtë të shërbimeve shëndetësore (p.sh. subjektet e thyera në moshë). Një zgjidhje tjetër që kompanitë private ofrojnë në këto raste është pagesa diferenciale në varësi të gjendjes shëndetësore dhe moshës së individëve që duan të sigurohen. Pra, subjektet e sëmura apo të thyera në moshë duhet të paguajnë më shumë për t'u siguruar, në krahasim me individët e shëndoshë dhe të rinj. Mirëpo, rritja e pagesës së sigurimeve shëndetësore mund të mos përballohet nga subjektet e sëmura dhe/ose të plakur gjë e cila do të çonte në ulje të numrit të subjekteve të tilla që janë të siguruara. Në këtë rast do të kishim dështim të tregut të lirë të lidhur me sigurimet shëndetësore private qoftë përsa i takon efiçiencës ashtu edhe ekuitetit (drejtësisë). Zgjidhja e vetme në këto raste do të ishin sigurimet shëndetësore shtetërore apo publike.

Pagesa e përdoruesit (konsumatorit) për shërbimet shëndetësore

I referohet pagesës së përdoruesit (konsumatorit) të shërbimeve shëndetësore në momentin e marrjes (kryerjes) së një shërbimi të caktuar. Kjo pagesë është zakonisht më e vogël se kostoja marzhinale e shërbimit të marrë. Praktika pagesash të tilla janë shumë të përhapura në vendet në zhvillim (ndërsa në vendet e zhvilluara ekzistojnë "ko-sigurimet", apo pagesat shtesë për sigurime shëndetësore). Diferenca mes kostos marzhinale dhe pagesës së përdoruesit quhet *subsidim*. Në vendet në zhvillim, pagesa e përdoruesit synon që:

1) Të arrijë efiçiencë të shërbimeve shëndetësore nëpërmjet uljes së kërkesës për shërbimet shëndetësore;
2) Të gjenerojë fonde, gjë e cila është shumë e rëndësishme për vendet në zhvillim me buxhet të kufizuar për shëndetësinë.

Pagesa e përdoruesit justifikohet për shërbime me elasticitet të lartë të çmimit. Në këto raste, aplikimi i pagesës së përdoruesit do të ulte kërkesën për këto shërbime shëndetësore duke rritur dobinë, apo përfitimin. Nga kjo pikëpamje, aplikimi i pagesës së përdoruesit për shërbime shëndetësore me elasticitet të ulët të çmimit do të ishte pa kuptim. Gjithsesi, pagesa e përdoruesit është shpeshherë e papërballueshme për shtresat e varfra të popullsisë. Prandaj, problemi kryesor me pagesat e përdoruesit është çështja e drejtësisë. Nga ky këndvështrim, pagesa e përdoruesit për shërbimet shëndetësore konsiderohet si metodë *regresive* e financimit në shëndetësi, d.m.th. e njëjta pagesë kryhet nga përdorues me të ardhura ekonomike të ndryshme. Kjo do të thotë që në terma relativë, shtresa e pasur e popullatës preket shumë herë më pak në krahasim me shtresën e varfër për të njëjtën pagesë absolute për shërbime shëndetësore të caktuara.

Problemi i ekuitetit i lidhur me pagesat e përdoruesve mund të zgjidhej nëpërmjet aplikimit të metodave *progresive* të pagesës, d.m.th. pagesave në varësi të të ardhurave materiale të secilit individ (përdorues apo konsumator i shërbimeve shëndetësore). Kjo metodë quhet ndryshe edhe "solidarizim", d.m.th. shtresat e pasura të popullatës paguajnë më shumë për të njëjtin shërbim në krahasim me shtresat e varfra. Gjithsesi, metoda progresive në pagesat e shërbimeve shëndetësore është shumë e vështirë për t'u aplikuar në praktikë (sidomos në vendet në zhvillim) për një sërë arsyesh administrative (vështirësia në veçimin e pjesës së pasur nga ajo e varfër në popullatë p.sh. mos deklarimi i të ardhurave ekonomike, vështirësia në vjeljen e pagesave, etj.).

A është mall shëndeti[1]...

Dy thënie.... "*Ajo çfarë është e pazakontë për shëndetin: është një aset i veçantë. Ju nuk mund ta shisni, ju nuk mund ta dhuroni, ju nuk mund të merrni pjesë këmbimi për të. Kur organizmi ndodhet në spital, ju nuk mund të merrni hua një tjetër, siç mund të veproni kur makina e juaj është në servis...*". Filip Musgrove (1941-2011)* **Ekonomist me karrierë të gjatë në forcimin e sistemeve globale shëndetësore, në Institutin Brookings, Bankën Botërore dhe më së fundi në revistën prestigjioze të ekonomisë shëndetësore, "Health Affairs".**

"*A është ende gjallë ëndrra e një Rruge të Tretë midis kapitalizmit global të sotëm dhe socializmit të diskreditуar të djeshëm*?" Joseph E. Stiglitz, **Profesor në Universitetin Columbia, çmim "Nobel" në Ekonomi 2001**

Iniciativa private, tregu i lirë, konkurrenca, privatizimet, shpesh paraqiten si "çelësi i artë" për zgjidhjen e problemeve të sistemit shëndetësor. Sigurisht që është një kundërpërgjigje radikale ndaj super-centralizimit të sistemit që lamë pas apo ndryshimeve mbresëlënëse të sektorëve të tjerë, në sajë të forcave të tregut. Por a janë forcat e tregut mekanizmi i vetëm rregullues i sistemit shëndetësor? Të gjithë të pakënaqur, të gjithë në reformë... Të gjitha vendet janë të pakënaqura me sistemin shëndetësor. Dikush kërkon më shumë mekanizma tregu, dikush më shumë solidaritet social. Dikush thotë sistemi vuan nga mungesa e konkurrencës, dikush konkurrenca e tepërt e dëmton. Ndryshe mendojnë ekonomistët, që e shohin kujdesin shëndetësor si një industri shërbimesh dhe fokusohen në aspektin "industri", duke nënkuptuar treg, konkurrencë, por dhe pabarazi. Ndryshe politikëbërësit dhe qytetarët, që fokusohen në aspektin "shërbim", duke nënkuptuar nevojë, detyrë, drejtësi sociale. Duke u përballur nga njëra anë me presionin e financimit të sistemit shëndetësor, nga ana tjetër me dështimin në shpërndarjen e tij, politikëbërësit kërkojnë zgjidhje radikale.

Revolucioni dhe kundër-revolucioni Në librin "E ardhmja e politikave shëndetësore" më tërhoqën vëmendjen dy kapituj, renditur njëri pas tjetrit. "Revolucioni i konkurrencës i viteve '80" dhe "Kundërrevolucioni i financimit të kujdesit shëndetësor". Në kapitullin e parë flitej për "revolucionin" e sistemit shëndetësor të viteve '80, funksionimin e tij sipas koncepteve të industrisë, ligjeve të tregut të lirë, konkurrencës. Në të dytin, 20 vjet më pas, bëhej fjalë, tashmë për nevojën e një "kundërrevolucion", mbasi "revolucioni"... kish dështuar!!! Po le të kthehemi në vitet '80. Ishte koha kur në vendet e zhvilluara mjekësia shkencore, pa zhurmë po zhvendoste funksionin social dhe "apostolik" të mjekësisë, rolin ngushëllues, këshillues, me pak fjalë efektin placebo apo "ilaçin doktor". Ishte koha kur si pasojë e shpërthimit të dijeve mjekësore, komercializimit të praktikës mjekësore, sistemi shëndetësor doli jashtë kontrollit. U bë më i pabarabartë dhe shumë më i shtrenjtë... Ishte koha kur Regani në Amerikë dhe Theçeri në Britani adoptuan ideologjinë ekonomike sipas së cilës kontrolli dhe drejtimi i gjithë aspekteve të jetës mund të realizohej nëpërmjet e forcave të tregut, të cilat mund të kontrollonin rezultatin, shpërblenin apo penalizonin ekonomikisht individët për arritjet apo dështimet. Principet e tregut u konsideruan

[1] Shefqet Deliallisi, Gazeta Panorama 6 qershor 2013, http://www.panorama.com.al/a-eshte-mall-shendeti/

universale. Madje u shkua deri aty sa, nëse diçka ishte gabim, “ishte jomjaftueshëm si tregu!!!”. Kjo ideologji ekonomike u aplikua edhe në sistemin shëndetësor. Avokati më i fuqishëm i saj ishte këshilltari i Reganit, sekretar i Shëndetit, Edukimit dhe Çështjeve Sociale (1977-1979) Joseph Califano, i cili idetë e tij i shprehu në librin “Revolucioni amerikan i kujdesit shëndetësor. Kush jeton? Kush vdes? Kush Paguan?” (1986). Califano impononte një set levash ekonomike si promovimi i fuqishëm i pagesave DRG, menaxhimin e kujdesit shëndetësor, kontrollin e mjekëve nëpërmjet incentivave ekonomike. Sipas tij, zgjidhja ishte: më shumë treg, më shumë konkurrentë dhe më shumë presion konkurrence. Califano u përpoq që “sëmundjen” e sistemit shëndetësor ta shëronte duke përdorur “ilaçin” treg. Por koha tregoi se ky “ilaç” nuk e përmirësoi gjendjen. Gabimi themelor ishte moskonsiderimi i shëndetit si një mall i veçantë.

Shëndeti mall, po edhe e drejtë njerëzore. Në sistemin kapitalist, shëndeti, si çdo gjë tjetër, kthehet në mall mbasi hyn në përdorim, furnizimi me të nuk është pa kufi, kërkesa për të është në raport të zhdrejtë me çmimin e tij. Duke u konsideruar mall, përdoruesi duhet të paguajë për të. Por, shëndeti, ndryshe nga mallrat e tjera, është më pak i qartë, është vështirë të tregtohet ndërmjet personave, në masë të madhe vetëprodhohet, kërkon bashkëpunimin njerëzor mjek-pacient, dhe jo marrëdhënie të ftohta komerciale shitës-blerës, ndikohet fuqishëm nga konsumimi i mallrave të tjera. Të gjitha këto vështirësojnë matjen, vlerësimin e shëndetit. Bëjnë që tregu i shëndetit të jetë jo një treg i rregullt konkurrence, sipas modelit tradicional të konkurrencës së pastër që përshkruhet në tekstet e ekonomisë. Në të njëjtën kohë, sipas shumicës, shëndeti konsiderohet një e drejtë njerëzore. Si e tillë, nuk duhet të alokohet si mallrat e tjera, në bazë të aftësisë për të paguar. Dhe, kur një shërbim shpërblehet si e drejtë, pa u siguruar në treg, demallizohet. Por ndërsa mallizimi i plotë i shëndetit në sistemin kapitalist është i mundur, demallizimi i plotë i tij jo. Konsiderimi i shëndetit si mall pa çmim (“i paçmuar” siç zakonisht thuhet), krijon probleme në prodhimin dhe furnizimin me të. Pra, njëkohësisht kërkohet që shëndeti të gëzojë edhe atributet e së drejtës njerëzore, edhe ato të mallit. Të jetë si një “ishull” socialist në “oqeanin” kapitalist. Është pikërisht ky dualizëm që e bën shëndetin mall të veçantë dhe ndërlikon problemet.

Roli i tregut Sipas ideve neoliberale, tregu i lirë, i bazuar në kërkesë-ofertë, rregullon në mënyrë natyrale prodhimin dhe furnizimin me shërbimin e kujdesit shëndetësor. Në sajë të konkurrencës natyrale ai siguron shërbim cilësor, madje me kosto të ulët. Ndonëse idetë neoliberale janë përqafuar gjerësisht, asnjë sistem shëndetësor perëndimor nuk është plotësisht i rregulluar sipas sistemit të tregut të lirë (madje edhe Amerika ka kujdese shëndetësore publike si Medicaid dhe Medicare). Ende në vende të ndryshme perëndimore sistemet shëndetësore janë të organizuara rreth vlerave të solidaritetit. Në Europë zakonisht flitet për një sistem shëndetësor “quasi-market”, ku sigurimi i kujdesit shëndetësor i është lënë konkurrencës së tregut, ndërsa financimi, dhe në disa raste edhe shitja e tij, bëhet nga shteti. Kjo për faktin se tregu i lirë e ka të pamundur të sigurojë një alokim social optimal të resurseve.

Roli i qeverisë Ajo që sot tërheq vëmendjen është se pothuaj në të gjitha vendet e industrializuara vërehet zgjerimi i ndërhyrjes së qeverisë në sektorin shëndetësor. Ndonëse këto vende kanë përqafuar politika liberale, tregun e lirë, privatizimin etj., kur flitet për

sigurimet shëndetësore dhe kujdesin shëndetësor, qeveritë e tyre luajnë një rol të konsiderueshëm rregullues si subvencionuese, rimbursuese, blerëse direkte apo prodhuese të kujdesit shëndetësor apo shpërndarëse të tij. Dhe kjo ndodh ndonëse dihet që kontrolli burokratik që shoqëron ndërhyrjen e qeverisë nuk favorizon një kujdes shëndetësor kosto-efektiv me cilësi të lartë, kur është provuar se kontrolli i gjithanshëm i qeverisë mbi kujdesin shëndetësor nuk ka mirëfunksionuar në asnjë vend. Në fakt, ekonomistët i kanë kushtuar vëmendje ndërhyrjes së qeverisë dhe pasojave. Ndërsa M. Fridman e ka argumentuar ekspansionin e qeverisë si një politikë mjaft të gabuar, Stigler (1975) është më racional: "Nëse një politikë ekonomike përqafohet nga shumë komunitete apo ndiqet nga shoqëria në mënyrë të vazhdueshme, për kohë të gjatë, është mirë të pranohet, mbasi tashmë efektet reale të saj janë të njohura dhe të dëshiruara". Madje edhe Von Hayek (2000), një prej avokatëve më të mëdhenj të neoliberalizmit, mendon se fushat ku shteti mund të luajë një rol të rëndësishëm, pa dëmtuar liritë individuale, janë pikërisht shëndeti dhe arsimimi. Problemi, sipas tij, krijohet kur shteti, qeveria, kalojnë masën si ridistributor i të mirave materiale, shërbimeve dhe të ardhurave.

Si përfundim... Sigurisht, tregu është një mekanizëm i fuqishëm rregullues, konkurrenca një komponent i rëndësishëm që ai të funksionojë mirë. Por konkurrenca në kujdesin shëndetësor duhet të menaxhohet dhe qeveria duhet të jetë menaxhuesja kryesore. Të gjitha vendet moderne përdorin kombinimin e mekanizmave rregullues të tregut dhe qeverisë. Por, proporcioni ndryshon së tepërmi nga një vend në tjetrin, madje dhe nga një kohë në tjetrën, në të njëjtin vend. Ruajtja e një ekuilibri të domosdoshëm ndërmjet rolit të qeverisë (politikës) dhe rolit të tregut (ekonomisë), është e domosdoshme.

Parimet bazë të ekonomisë së shëndetit

Hyrje në ekonominë e shëndetit



Parimet bazë të ekonomisë së shëndetit

Hyrje në ekonominë e shëndetit



Ç'është ekonomia?

1. Nëse është e gjelbër ose lëviz, është biologji.
2. Nëse bie erë e keqe, është kimi.
3. Nëse nuk funksionon, është fizikë.
4. Nëse nuk e kupton, është matematikë.
*5. Nëse nuk ka kuptim, është **ekonomi** ose **psikologji**.*

(Arthur Bloch, Ligji Murphy)

Ç'është ekonomia?

1. Nëse është e gjelbër ose lëviz, është biologji.
2. Nëse bie erë e keqe, është kimi.
3. Nëse nuk funksionon, është fizikë.
4. Nëse nuk e kupton, është matematikë.
*5. Nëse nuk ka kuptim, është **ekonomi** ose **psikologji**.*

(Arthur Bloch, Ligji Murphy)

Ç'është ekonomia?

Ne harxhojmë para që nuk i kemi fituar ende, për të blerë gjëra që nuk na duhen, për të impresionuar njerëzit që nuk na pëlqejnë.

(Do Rogers)

Nëse mendoni se askujt nuk i bie në mendje nëse jeni gjallë, përpiquni të kapërceni dy këste të kredisë.

(Earl Wilson)

Ç'është ekonomia?

Ne harxhojmë para që nuk i kemi fituar ende, për të blerë gjëra që nuk na duhen, për të impresionuar njerëzit që nuk na pëlqejnë.

(Do Rogers)

Nëse mendoni se askujt nuk i bie në mendje nëse jeni gjallë, përpiquni të kapërceni dy këste të kredisë.

(Earl Wilson)

Ç'është ekonomia?

Nëse të gjithë ekonomistët i krahasojnë teoritë e tyre, ata kurrë nuk do të arrijnë një përfundim.
(George Bernard Shaw)

Një ekonomist është një ekspert i cili do të dijë nesër, pse gjërat që ai parashikoi dje nuk ndodhën sot.
(Laurence Johnston Peter)

Çmimi i ardhshëm i Nobelit për ekonominë do të shkojë te ai që mund të shesë fasulet e gjelbra për 80 euro / kg.
(ItsCetty, Twitter)

Ç'është ekonomia?

Nëse të gjithë ekonomistët i krahasojnë teoritë e tyre, ata kurrë nuk do të arrijnë një përfundim.
(George Bernard Shaw)

Një ekonomist është një ekspert i cili do të dijë nesër, pse gjërat që ai parashikoi dje nuk ndodhën sot.
(Laurence Johnston Peter)

Çmimi i ardhshëm i Nobelit për ekonominë do të shkojë te ai që mund të shesë fasulet e gjelbra për 80 euro / kg.
(ItsCetty, Twitter)

Parimet bazë të ekonomisë

. . . Vjen nga Greqishtja dhe kuptimi i saj është:

- οἶκος (*oikos*), "*shtepi*"
- νόμος (*nomos*), "*norma*" apo "*ligje*"

"të manaxhosh një shtëpi."



Parimet bazë të ekonomisë

. . . Vjen nga Greqishtja dhe kuptimi i saj është:

- οἶκος (*oikos*), "*shtepi*"
- νόμος (*nomos*), "*norma*" apo "*ligje*"

"të manaxhosh një shtëpi."



Ekonomia...

- Shkenca që studion se si njerëzit dhe shoqëria i japin fund zgjedhjeve me ose pa përdorimin e parasë.
- Studion mënyrën se si t'i përdorim burimet prodhuese, si t'i prodhojmë mallrat e ndryshme dhe si t'i shpenzojmë për konsum tani ose në të ardhmen, midis personave dhe grupeve të ndryshëm në shoqëri.
- Ajo analizon koston dhe përfitimet e modeleve përmirësues të shpërndarjes së burimeve.

(Paul Samuelson)

Ekonomia...

- Shkenca që studion se si njerëzit dhe shoqëria i japin fund zgjedhjeve me ose pa përdorimin e parasë.
- Studion mënyrën se si t'i përdorim burimet prodhuese, si t'i prodhojmë mallrat e ndryshme dhe si t'i shpenzojmë për konsum tani ose në të ardhmen, midis personave dhe grupeve të ndryshëm në shoqëri.
- Ajo analizon koston dhe përfitimet e modeleve përmirësues të shpërndarjes së burimeve.

(Paul Samuelson)

Ekonomia e shëndetit

- Mund të përkufizohet më gjerësisht si:

aplikimi i teorive, koncepteve dhe teknikave të ekonomisë në sektorin shëndetësor.



Ekonomia e shëndetit

- Mund të përkufizohet më gjerësisht si:

aplikimi i teorive, koncepteve dhe teknikave të ekonomisë në sektorin shëndetësor.



Ekonomiksi studion:

- Anën ekonomike të jetës shoqërore
- Sjelljen e agjentëve ekonomikë në shoqëri
- Kushtet ekonomike të bashkëveprimit të tyre



Ekonomiksi studion:

- Anën ekonomike të jetës shoqërore
- Sjelljen e agjentëve ekonomikë në shoqëri
- Kushtet ekonomike të bashkëveprimit të tyre



Komponentët bazë të sistemeve ekonomike

■**Firmat/ kompanitë prodhuese**: Firmë quhet çdo organizatë që prodhon mallra ose shërbime.

■**Familjet/ individët:** paraqiten si agjentë ekonomikë para së gjithash në rolin e tyre si zotërues burimesh dhe si konsumatorë.

■**Qeveria/ shteti:** përfaqëson një agjent ekonomik, pra një vendimmarrës në fushën ekonomike, në rolin e saj si krijuese dhe mbikqyrëse e rregullave të lojës ekonomike,në rolin e saj si prodhuese drejtpërdrejtë mallrash dhe sherbimesh (në masën që është pronare e burimeve prodhuese) si dhe në te gjitha funksionet e tjera ekonomike,që i realizon përmes politikave të saj ndërhyrëse në ekonomi.

Komponentët bazë të sistemeve ekonomike

■**Firmat/ kompanitë prodhuese**: Firmë quhet çdo organizatë që prodhon mallra ose shërbime.

■**Familjet/ individët:** paraqiten si agjentë ekonomikë para së gjithash në rolin e tyre si zotërues burimesh dhe si konsumatorë.

■**Qeveria/ shteti:** përfaqëson një agjent ekonomik, pra një vendimmarrës në fushën ekonomike, në rolin e saj si krijuese dhe mbikqyrëse e rregullave të lojës ekonomike,në rolin e saj si prodhuese drejtpërdrejtë mallrash dhe sherbimesh (në masën që është pronare e burimeve prodhuese) si dhe në te gjitha funksionet e tjera ekonomike,që i realizon përmes politikave të saj ndërhyrëse në ekonomi.





Efiçienca

- **Efiçenca** ka të bëjë me nxjerrjen e një dobie ose kënaqësie maksimale të mundshme nga përdorimi i burimeve ekonomike.
- Me **efiçiencë ekonomike** kuptojmë atë gjendje ekonomike në të cilën askush nuk mund të rritë mirëqenien e tij pa cënuar mirëqenien e dikujt tjetër
- **Efiçienca** është barazimi i kostos marzhinale të prodhimit me përfitimin (dobinë) që rezulton nga ai produkt.
- Në gjuhë monetare, **efiçiencë** do të thotë shpenzimi i njësisë monetare të fundit që barazon përfitimin (dobinë) e marrë nga ai produkt.

Efiçienca

- **Efiçenca** ka të bëjë me nxjerrjen e një dobie ose kënaqësie maksimale të mundshme nga përdorimi i burimeve ekonomike.
- Me **efiçiencë ekonomike** kuptojmë atë gjendje ekonomike në të cilën askush nuk mund të rritë mirëqenien e tij pa cënuar mirëqenien e dikujt tjetër
- **Efiçienca** është barazimi i kostos marzhinale të prodhimit me përfitimin (dobinë) që rezulton nga ai produkt.
- Në gjuhë monetare, **efiçiencë** do të thotë shpenzimi i njësisë monetare të fundit që barazon përfitimin (dobinë) e marrë nga ai produkt.

Shkenca ekonomike

- Studion burimet e pakta
- Burimet ekonomike janë të kufizuara sepse janë të kufizuara faktorët e prodhimit



Shkenca ekonomike

- Studion burimet e pakta
- Burimet ekonomike janë të kufizuara sepse janë të kufizuara faktorët e prodhimit



Burimet ose faktorët e prodhimit

- **Puna:** - aftësi mendore dhe fizike e individëve për të kryer një aktivitet të caktuar.
- **Toka :** - ka të bëj me trojet, fushat, liqenet, faunën, burimet e energjisë, burimet minerale etj.
- **Kapitali:** - përbëhet nga mallra të prodhuara me qëllim për të prodhuar mallra të tjerë.Me kapital, nga pikëpamja ekonomike kuptojmë vetëm kapitalin fizik, jo kapitalin financiar
  - ❑ **Elementët kryesore të kapitalit janë:**

  Paisjet, makineritë, ndërtesat etj.

Burimet ose faktorët e prodhimit

- **Puna:** - aftësi mendore dhe fizike e individëve për të kryer një aktivitet të caktuar.
- **Toka :** - ka të bëj me trojet, fushat, liqenet, faunën, burimet e energjisë, burimet minerale etj.
- **Kapitali:** - përbëhet nga mallra të prodhuara me qëllim për të prodhuar mallra të tjerë.Me kapital, nga pikëpamja ekonomike kuptojmë vetëm kapitalin fizik, jo kapitalin financiar
  - ❑ **Elementët kryesore të kapitalit janë:**

  Paisjet, makineritë, ndërtesat etj.

- **Aftësia sipërmarrëse:** - ka të bëj me talentin që kanë disa individë për organizimin e burimeve të tjera ekonomike si toka, puna dhe kapitali si dhe me talentin për të investuar në një biznes të caktuar.
- **Teknologjia:** - i referohet tërsisë së aftësive dhe njohurive shkencore që lidhen me përdorimin e inputeve (faktorëve të prodhimit) në proçesin e prodhimit.Niveli i teknologjisë vjen në rritje nga koha në kohë.Teknologjia e avancuar rrit produktivitetin,

2) Përzgjedhja konveniente: ka të bëjë me mënyrën dhe preferencat e përzgjedhjes së individëve nga ana e kompanive private të sigurimeve shëndetësore. Individët me sëmundje kronike tentojnë të sigurohen për ngjarjet shëndetësore nga të cilat vuajnë ose që mund të vuajnë në të ardhmen. Kompanitë private kanë si synim fitimin ndaj ata tentojnë të përzgjedhin në klientelen e tyre subjekte të shëndosha. Ky fenomen i përzgjedhjes konveniente të klientelës quhet "***përzgjedhje në varësi të shanseve***". Subjektet e sëmura duhet të paguajnë më shumë për tu siguruar.

Disa krahasime

Ekonomia	Trupi i njeriut
A. Shëndoshja e ekonomisë së sëmurë = zgjidhje të ndryshme. Ekonomisë Amerikane iu bënë injeksione financiare B. Mijra miliona firma dhe kompani ✓ Ripërtëritja – formimi i firmave të reja C. Elementë veprues të ngjashëm ✓ Me funksione të përafërta – PARAJA (rritet paraja sjell përmbytje të kanaleve të parasë) D. Aplikimi i teorive të tjera – Mbi ekonomi E. Diagnostifikimi – Studimi i treguesve makroekonomikë F. Domosdosshmëria e njohjes – Aplikimi i teorive ekonomike	A. Të njëjtat sëmundje në trupin e njeriut me ilaçe të njëjta B. Miliona qeliza tek individët ✓ Qelizat e reja C. Elementë veprues të ngjashëm ✓ Me funksione të përafërta – GJAKU (rritet sasia e gjakut, sjell insult cerebral) D. Aplikimi i teorive të tjera – Në laborator E. Diagnostifikimi - Mikroskopi, grafitë, skanerat, rezonanca F. Domosdosshmëria e njohjes – Organizimi i pacientit

FALEMINDERIT



1

10 Parimet e Ekonomisë

Ekonomia. . .

. . . Vjen nga Greqishtja dhe kuptimi i saj është:

- οἶκος (*oikos*), "*shtëpi*"
- νόμος (*nomos*), "*norma*"'ο "*ligje*"

"te manaxhosh nje shtepi."

Ekonomiksi është studimi sesi shoqëria menaxhon burimet e pakta/të pamjaftueshme.



10 Parimet e Ekonomiseë

- Një shtëpi ashtu si dhe një ekonomi ballafaqohet me vendimet e mëposhteme:
  - Kush do punojë?
  - Çfarë produktesh dhe sa prej tyre duhet teë prodhohen?
  - Çfarë burimesh/asetesh duhet të përdoren gjatë prodhimit?
  - Në cfarë çmimi duhet të shiten produktet e prodhuara?

Vazhdim...

Shoqeria dhe Burimet e Pamjaftueshme:

- Manaxhimi i burimeve të një shoqërie është shumë i rëndësishëm sepse këto burime janë të pamjaftueshme apo të pakta.
- ***Pamjaftueshmeria***. . . Nënkupton që shoqeria ka burime të limitura dhe si rrjedhojë nuk mund të prodhojë të gjitha shërbimet dhe produktet që dëshiron.

Parimi #1:
Njerëzit ballafaqohen me zgjedhje.

"Nuk ekziston dicka e tillë si dreke falas; çdo gjë vjen me një çmim nga mbrapa!"



Parimi #1:
Njerëzit ballafaqohen me zgjedhje.

Në mënyrë që të përfitojmë diçka, zakonisht ne duhet të heqim dorë nga diçka tjetër.

- Armë - Paqe
- Ushqime - Veshje
- Argëtim - Pune
- Efiçencë - Barazi
- Cokollatë- Akullore



Të marrësh vendime do të thotë të bësh një zgjedhje, të zgjedhësh një gjë në vend të një tjetre.

Parimi #1:
Njerëzit ballafaqohen me zgjedhje.

- Efiçenca përkundrejt Barazisë:
  - *Efiçenca* nënkupton që një shoqëri merr maksimumin e mundshëm nga resurset/burimet e saj të kufizuara.
  - *Barazia* nënkupton që benefitet e burimeve të një shoqërie janë shpërndarë në mënyrë të barabartë ndërmjet antarëve të saj.

Parimi #2:
Kostoja e diçkaje është ajo prej se cilës heq dorë për zgjedhjen tënde.

- Vendimmarrja kërkon krahasimin e kostove dhe benefiteve të alternativave të paraqitura.
  - Të punosh apo të studiosh?
  - Të argetohesh apo të punosh?

Kostoja oportune e një artikulli është kostoja e asaj alternative prej se ciles heqim dorë për të marrë atë artikull.

Parimi # 3:
Njerëzit e arsyeshëm mendojnë në "kufi"

- Ndryshimet marzhinale apo në kufi janë rregullime të vogla, në rritje të një plani ekzistues i veprimit.
- Njerëzit marrin vendime, duke krahasuar kostot dhe përfitimet në kufi/marxhinale.

Parimi #4:
Njerëzit i përgjigjen Stimujve

- Ndryshimet marzhinale në kosto apo benefite motivojnë njerëzit për të bërë zgjedhjet e tyre.
- Vendimi për të zgjedhur një alternativë ndaj një tjetre ndodh kur përfitimet marxhinale të alternativës tejkalojnë koston marxhinale!

Parimi#5:
Tregtia i ndihmon të gjithë.

- Njerëzit përfitojnë nga aftësia për të tregtuar me njëri-tjetrin.
- Konkurrenca rrit fitimet tregtare.
- Tregtia mundeson njerëzit të specializohen në atë që ata bëjnë më të mirë.

Parimi #6:
Tregjet janë zakonisht një mënyrë e mirë për të organizuar veprimtarinë ekonomike.

- Ekonomia e tregut është një ekonomi që shpërndan burimet/risurset me anë të vendimeve të deçentralizuara të shumë firmave dhe familjeve të cilat ndërveprojnë në tregjet e mallrave dhe shërbimeve.
- ***Familjet*** vendosin se çfarë do të blejnë dhe ku do të punojnë.
- ***Firmat*** vendosin kë të punësojnë dhe çfarë të prodhojnë.

Parimi #6:
Tregjet janë zakonisht një mënyrë e mirë për të organizuar veprimtarinë ekonomike.

- Adam Smithi arriti në konkluzionin që individët dhe firmat të cilët ndërveprojnë në tregje sillen sikur të udhëhiqen nga një "dorë e padukshme."
- Si rrjedhojë çmimet drejtojnë vendim-marrësit të arrijnë rezultatet që maksimizojnë mirëqenien e shoqërisë si një e tërë.

Parimi #7:
Qeveritë mund të përmirësojnë rezultatet në tregje.

- Dështimet në treg ndodhin kur tregjet dështojnë të shpërndajnë në mënyrë efikase burimet.
- Kur tregjet dështojnë, Qeveria mund të ndërhyjë për të mbështetur efikasitetin dhe barazinë.

Parimi #7:
Qeveritë mund të përmirësojnë rezultatet në tregje.

Dështimet e tregut mund të shkaktohen nga:

Ekstranalitetet: janë ndikimet e personave, firmave/ndërmarrjeve në mirëqenien e shoqerisë. (si psh, ndotjet e ambjentit, etj)

Fuqitë në treg: aftësia e një "personi" të vetëm apo të firme/ndërmarrjeje për të ndikuar në çmimet e tregut. (si psh. Monopolet, oligopolet)

Parimi #8:
Standardi i jetesës së një vendi varet nga Prodhimtaria.

Standardi i jetesës mund të matet në mënyra të ndryshme:

1. Duke krahasuar të ardhurat personale.

2. Duke krahasuar vlerën e përgjithshme të prodhimit të një kombi (PBB).

Parimi #8:
Standardi i jetesës së një vendi varet nga Prodhimtaria.

- Pothuajse të gjitha variacionet në standardet e jetesës shpjegohen nga diferencat në produktivitet.
- ***Produktiviteti*** është sasia e mallrave dhe shërbimeve të prodhuara nga një punëtor/për orë.
- Sa me e lartë prodhimtaria aq me i lartë është standardi i jetesës së një vendi.

Parimi# 9:
Çmimet rriten kur Banka Qendrore emeton shumë para.

- ***Inflacioni*** është rritja në nivelin e përgjithshëm të çmimeve në ekonomi.
- Një nga shkaqet e inflacionit është rritja e sasisë së parave të emetuara nga Bankat Qendrore.
- Kur Qeveria në saj të Bankave krijon sasi të mëdha parash, vlera e parasë bie.

Principi # 10:
Shoqëria përballet me një shkembim te shkurtër midis inflacionit dhe papunësisë.

- Teoria e Filipsit ilustron shkëmbimin midis inflacionit dhe papunësisë:
  ò Inflacioni ð ñ Papunesia
- Në mënyrë që një qeveri të luftojë papunësinë si psh gjatë krizave ekonomike, është e nevojshme të rritet sasia e parave në qarkullim për ti investuar në sektorë primarë gjë që në afat të shkurtër kohor rrit inflacionin.

2

Të mendojmë si Ekonomistët

Çdo fushë studimi mbart terminologjinë e saj psh.

- *Matematika merret me integrale, aksioma, hapësira vektoriale*
- *Ekonomia merret me ekulibrin, kostot, elasticitete, tepricë konsumatori, kërkese, oferte, etj.*

Ekonomiksi na ndihmom për të. . . .

1. *Menduar me alternativa.*
2. *Vlerësojmë koston e zgjedhjeve individuale dhe shoqërore.*
3. *Të shqyrtojmë dhe të kuptojmë sesi ngjarje të caktuara janë të lidhura.*

Modelet Ekonomike

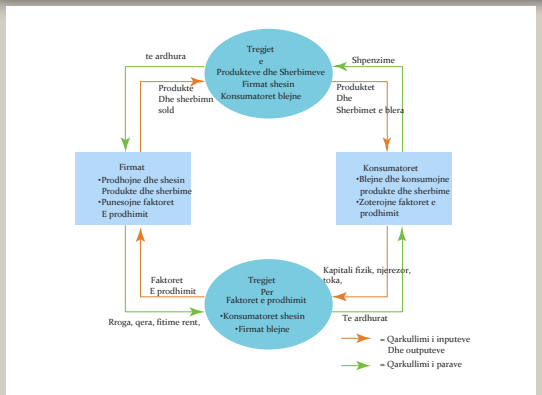
- Ekonomistët përdorin modele për të lehtësuar realitetin dhe të kuptuarit e shoqerisë .
- Dy nga modelet më themelore ekonomike përfshijnë:

1. Diagramën e Qarkullimit të të Ardhurave dhe Produkteve,
2. Diagramen e Mundësisë së Prodhimit.

Modeli 1:
Diagrama e Qarkullimit të të ardhurave dhe produkteve

- Ky model shpjegon mënyrën sesi të ardhurat, inputet dhe outputet qarkullojnë nga firmat/ ndërmarrjet tëk individët/ konsumatorët.
- Firmat
  - Prodhojnë dhe shesin produkte dhe shërbime;
  - Punësojnë dhe përdorin faktorët e prodhimit.
- Individët/Konsumatorët
  - Blejnë dhe konsumojnë produktet dhe shërbimet;
  - Zotërojnë dhe shesin faktorët e prodhimit (si psh. punë, tokë, sipërmarrje)

Diagrama e Qarkullimit të të Ardhurave dhe Produkteve



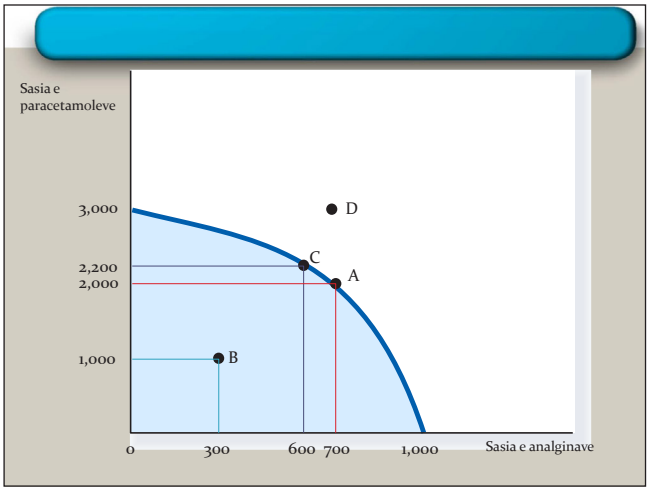
Modeli i Parë:
Diagrama e Qarkullimit të flukseve

Faktorët e Prodhimit ose Inputet të cilët përdoren në prodhim janë:

- Kapitali Fizik (makineri, para),
- Kapitali Njerëzor,
- Teknologjia,
- Toka,
- Sipërmarrje.

Modeli i Dytë:
Diagrama e Mundesisë së Prodhimit

- Diagrama e Mundësisë së Prodhimit është një grafik që tregon kombinimet e produkteve të ndryshme që një firmë mund të prodhojë duke pasur parasysh faktorët prodhues në dispozicion si dhe teknologjinë ekzistuese.



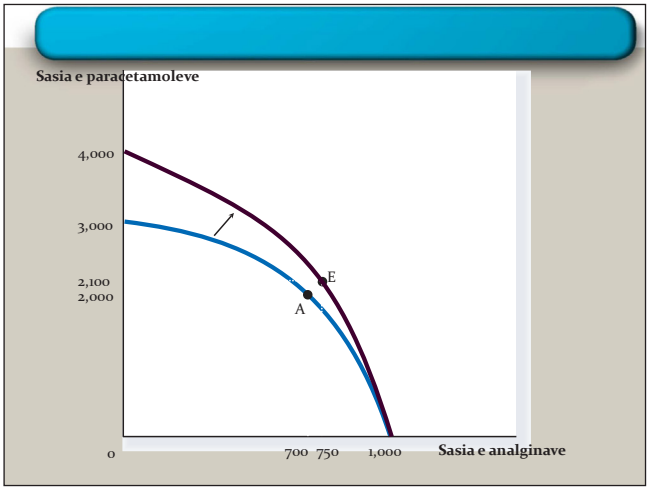
Konceptet e ilustruara nga Diagrama e Mundesisë së Prodhimit janë:

1. Efiçenca (nëse jemi në një pikë të kurbës)

2. Shkëmbimet (prodhon më shumë nga një njësi sesa tjetrën psh më shumë analgina dhe më pak paracetamol)

3. Kosto Oportune (kur prodhon më shumë analgina kosto oportune është sasia e paracetamoleve që vendos te mos prodhosh)

4. Rritja ekonomike (kur grafiku zhvendoset).



Kërkesa dhe Oferta: Si funksionojnë tregjet?

- *Mikroekonomia* fokusohet në pjesët individuale të ekonomisë
- Pra në menyrën sesi individët dhe firmat/ ndërmarrjet ndërveprojnë në tregje të caktuara.



Kërkesa dhe Oferta: Si funksionojnë tregjet?

- Oferta dhe kërkesa janë dy fjalë që ekonomistët përdorin më shpesh.
- Oferta dhe kërkesa janë forcat që bëjnë te mundur ekonomitë e tregut.
- Mikroekonomia moderne ka te beje me ofertë, kërkesë, dhe ekuilibrat e tregut.

TREGJET DHE KONKURRENCA

- Tregu është një grup blerësish dhe shitësish të një produkti apo shërbimi të caktuar.



- Termat kërkesë dhe ofertë i referohen sjelljes së njerezve . . . ndërsa ata bashkëveprojnë me njëri tjetrin në treg.



Konkurrenca dhe Tregjet

- Blerësit përbëjnë **Kërkesën.**
- Shitësit përbëjnë **Ofertën**.



Një treg konkurres është ai në të cilin ka shumë blerës dhe shitës kështu që secili ka një ndikim të paperfillshëm mbi çmimin e tregut.

Konkurrenca: Llojet e saj

1. KONKURRENCA PERFEKTE
- Produktet janë shumë të ngjashëm;
- Ka shume blerës dhe shitës kështu që asnjë prej tyre nuk ka ndikim mbi çmim ;
- Blerësit dhe shitësit janë "pranues" të çmimit.

Psh tregu i paracetamoleve

2. MONOPOLI
- Një shitës që komandon/kontrollon çmimet.

Konkurrenca: Llojet e saj

3. Oligopoli
- Pak shitës/firma
- Jo gjithmonë konkurrenca është agresive. (OPEC psh).

4. KONKURRENCA MONOPOLISTIKE
- Shumë Shitës;
- Produktet e ofruara janë të diferencuara;
- Çdo firmë/shitës mund të caktojë çmimin për produktet e ofruara.

- *Psh produkte që luftojnë kolesterolin.*

Kërkesa

- Sasia e kërkuar (**Q**) është sasia e produkteve të cilën blerësit dëshirojnë dhe janë në gjendje të blejnë.

LIGJI I KËRKESËS

Ligji i Kërkesës thotë që sasia e kërkuar e një produkti zvogëlohet kur çmimi i atij produkti rritet.

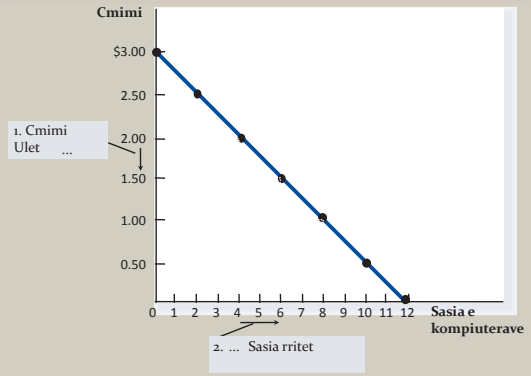
Tabela e Kërkesës

- Tabela e kërkesës tregon mardhënien ndërmjet çmimit dhe sasisë së kërkuar të një produkti.

Price of Ice-Cream Cone	Quantity of Cones Demanded
$0.00	12
0.50	10
1.00	8
1.50	6
2.00	4
2.50	2
3.00	0

GRAFIKU I KËRKESËS

Grafiku i kërkesës tregon mardhënien e çmimit dhe sasisë së kërkuar të një produkti.



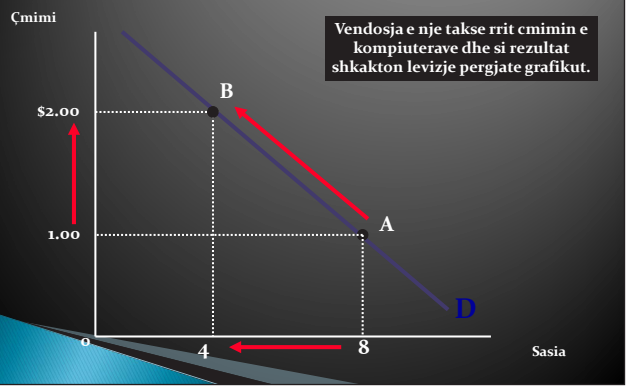
- Kërkesa e tregut është pra shuma e të gjitha kërkesave individuale për një produkt apo shërbim të caktuar.
- Grafiket individualë të kërkesave shumohen për të përfituar Kërkesën e Tregut.

Ndryshimet në Kurbën e Kërkesës

Ndryshimet në Sasinë e Kerkuar (Q)

- Tregohen grafikisht nga lëvizjet përgjatë grafikut.
- Shkaktohen nga ndryshimet në çmime.

Ndryshimet në Sasinë e Kërkuar



- ***Ndryshimet në Kërkesë***

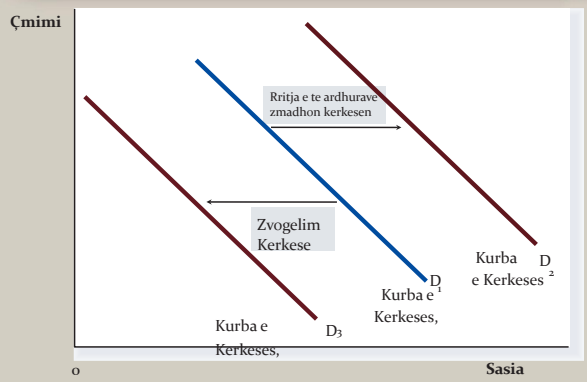
Ndryshimet në Kërkesë tregohen grafikisht nga zhvendosja majtas apo djathtas e kurbës.

Këto zhvendosje shkaktohen nga disa faktorë që ndryshojnë bashkarisht si çmimin ashtu dhe sasinë.

Këto faktorë janë:

- Të ardhurat e Konsumatorit;
- Çmimet e produkteve të ndërlidhura;
- Shijet;
- Pritshmëritë;
- Numri i blerësve.

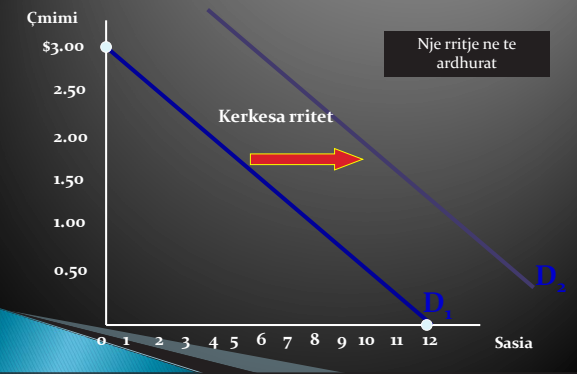
Figure 3 Zhvendosjet e Kërkesës

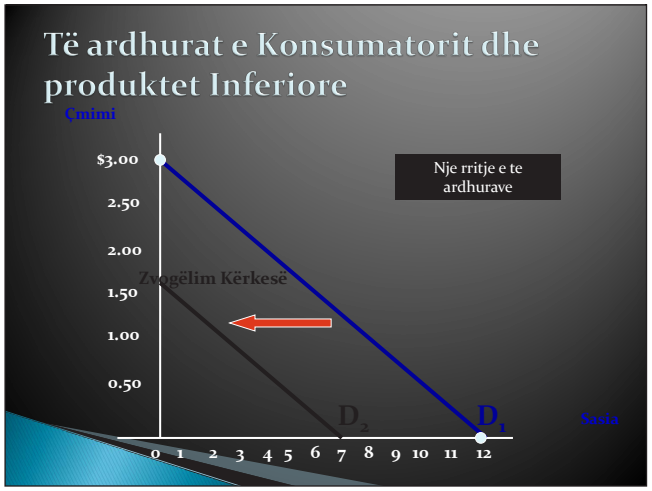


Ndryshimet në Kurbën e Kërkesës

1. ***Të ardhurat e Konsumatorëve***
   - Ndërsa të ardhurat rriten, kërkesa për një produkt normal rritet.
   - Ndërsa të ardhurat rriten, kërkesa për një produkt inferior zvogëlohet.
     - **Produkte inferiore** janë ato gjenerike që nuk kanë një markë të caktuar.

Të ardhurat e Konsumatorit Produkte Normale





2. *Çmimet e produkteve të ndërvarur*

Kur renja e çmimit të një produkti shkakton zvogëlimin e kërkesës të një produkti tjetër atëherë këta produkte quhen *zevendesues.*

Psh. aspirina dhe paracetamoli. Pra keto janë produkte që zëvëndësojnë njëri tjetrin.

Kur renja e çmimit të një produkti rrit kërkesën për një produkt tjetër këta produkte quhen *plotesues*.

Psh. antibiotikët dhe vitaminat. Pra produkte qe konsumohen se bashku.

Oferta

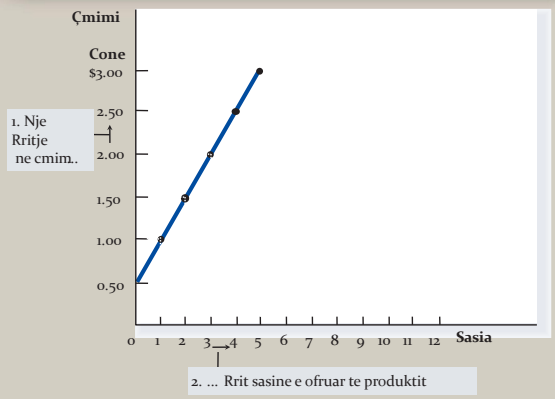
- *Sasia e ofruar* është sasia e një produkti që shitësit duan dhe janë në gjendje të shesin.
- Ligji i Ofertës
  - *Ligji i Ofertes* thotë që, sasia e ofruar e një produkti rritet kur çmimi i tij rritet.

- **Tabela e Ofertës**
  - Tabela e ofertës tregon mardhënjen midis cmimit dhe sasisë së ofruar.

Price of Ice-Cream Cone	Quantity of Cones Demanded
$0.00	0
0.50	0
1.00	1
1.50	2
2.00	3
2.50	4
3.00	5

Kurba e Ofertës

Kurba e ofertës tregon grafikisht mardhënien midis cmimit të një produkti dhe sasisë së ofruar.



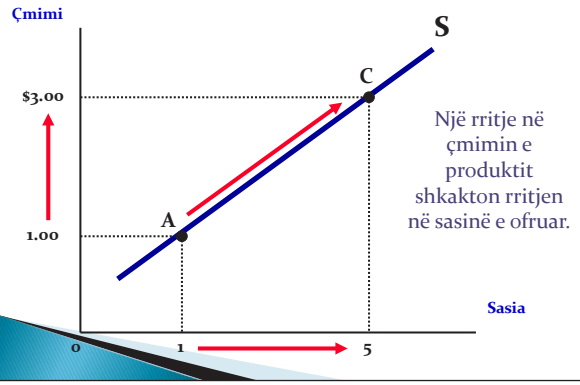
Oferta e Tregut dhe Oferta Individuale

- Oferta e tregut është shuma e të gjitha ofertave individuale të firmave/ndërmarrjeve të një produkti/shërbimi.
- Grafikisht, kurbat individuale të ofertës mblidhen horizontalisht .

Ndryshimet në Kurbën e Ofertës

- Levizjet përgjatë kurbës së ofertës shkaktohen nga ndryshimet në sasinë e ofruar si rezultat i ndryshimit të çmimit.

Ndryshimet në sasinë e ofruar



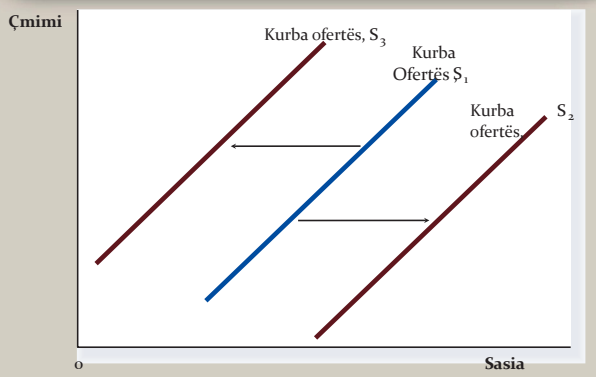
Një rritje në çmimin e produktit shkakton rritjen në sasinë e ofruar.

- Ndryshimet në Ofertë
  - Paraqiten grafikisht me zhvendosjen e kurbës majtas ose djathtas.
  - Shkaktohen nga çdo gjë tjetër përveç çmimit.

Këta faktore janë:

- Çmimi i inputeve,
- Teknologjia,
- Pritshmëria,
- Numri i shitesve/firmave/ndermarrjeve.

Zhvendosjet e Ofertës



Oferta dhe Kërkesa e bashkuar

- *Ekuilibri* përfaqëson një situatë në të cilën çmimi ka arritur atë nivel kur sasia e ofruar barazon sasinë e kërkuar.
- *Çmimi i Ekuilibrit*
  - Është çmimi që balancon sasinë e ofruar me sasinë e kërkuar.
  - Në grafik, është çmimi në të cilin kërkesa dhe oferta ndërpriten.
- *Sasia e Ekuilibrit*
  - Sasia e kërkuar dhe e ofruar në çmimin e ekuilibrit.
  - Në grafik është sasia në të cilën kërkesa dhe oferta ndërpriten.

KËRKESA

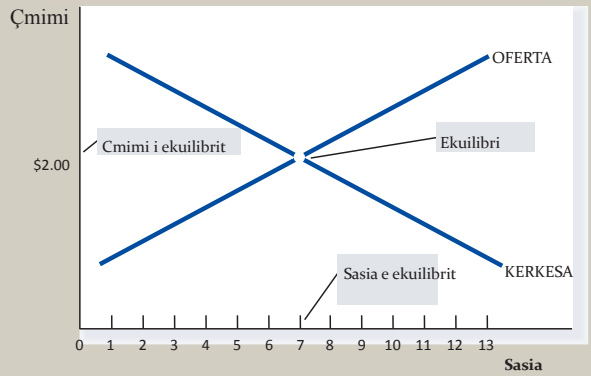
Price of Ice-Cream Cone	Market
$0.00	19
0.50	16
1.00	13
1.50	10
2.00	7
2.50	4
3.00	1

OFERTA

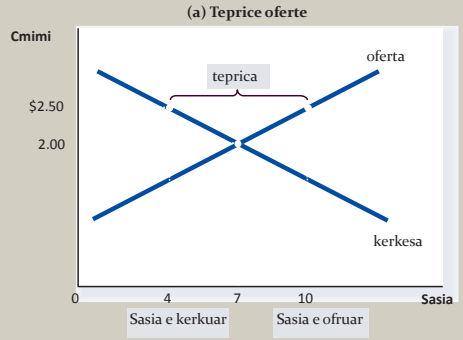
Price of Ice-Cream Cone	Market
$0.00	0
0.50	0
1.00	1
1.50	4
2.00	7
2.50	10
3.00	13

Në çmimin $2.00, sasia e kërkuar barazon sasinë e ofruar!

Ekuilibri



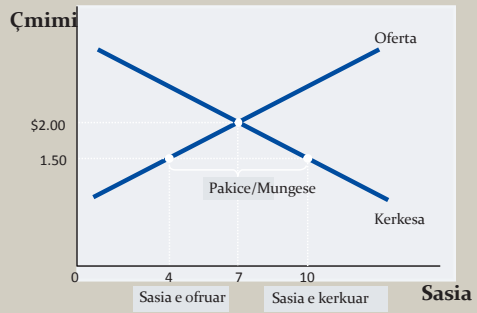
Tregjet jo në ekuilibër



Ekuilibri

- *Teprica*
  - Ndodhin kur Çmimi aktual > Çmimi i Ekuilibrit, kështu që sasia e ofruar > sasia e kërkuar.
    - Pra ka një tepricë ofertë.
    - Firmat duhet të ulin çmimet në mënyrë që të rrisin shitjet dhe të levizin drejt ekuilibrit.
- *Pakica/mungesa*
  - Kur Çmimi akual < Çmimi i ekuilibrit, atëherë sasia e kërkuar > sasia e ofruar.
    - Pra kemi një mungesë produktesh sepse kërkesa është me e madhe se oferta.
    - Firmat duhet të rrisin çmimet në menyrë që të levizin drejt ekuilibrit.

Tregjet jo në ekuilibër

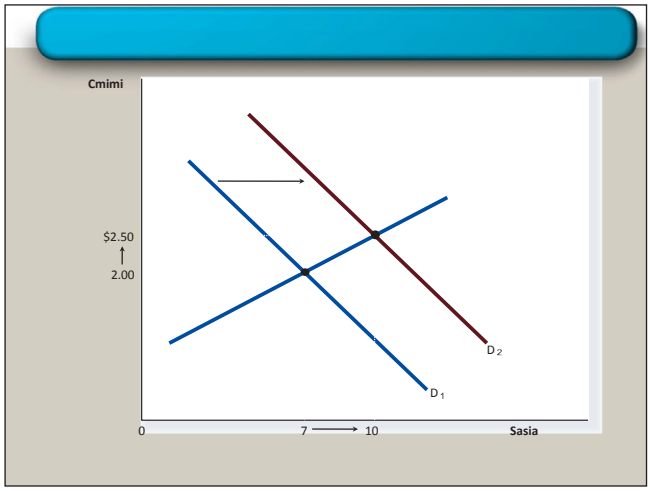


Ekuilibri

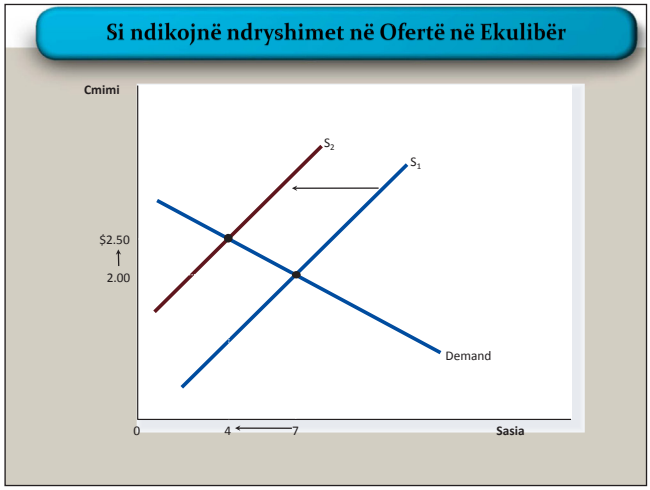
- *Ligji i kërkesës dhe ofertës*
  - Është koncepti që çmimi i çdo produkti përshtatet në mënyrë që të sjellë sasinë e ofruar dhe sasinë e kërkuar në balancë/ekuilibër.

Tre hapa për të analizuar ndryshimet në ekuilibër

- Përcaktojmë nëse diçka (një ngjarje) ka zhvendosur ofertën apo kërkesën (apo të dyja bashkë).
- Përcaktojmë nëse kurbat zhvendosen majtas apo djathtas.
- Përdorim grafikun ofertë dhe kërkesë për të parë sesi këto ngjarje ndryshojnë sasinë dhe çmimin e ekuilibrit.



Si ndikojnë ndryshimet në Ofertë në Ekulibër



Cfare ndodh me sasitë dhe Çmimet kur ndryshojnë Kërkesa dhe Oferta

	No Change in Supply	An Increase in Supply	A Decrease in Supply
No Change in Demand	*P* same *Q* same	*P* down *Q* up	*P* up *Q* down
An Increase in Demand	*P* up *Q* up	*P* ambiguous *Q* up	*P* up *Q* ambiguous
A Decrease in Demand	*P* down *Q* down	*P* down *Q* ambiguous	*P* ambiguous *Q* down

TEMA 2

MIKROEKONOMIA, KËRKESA & OFERTA

DËSHTIMI I TREGUT

DETERMINANTËT SOCIALË TË SHËNDETIT

Një vështrim mbi konceptet bazë

Ky material nuk i adresohet teorisë së lartë apo metodologjive komplekse ekonomike; ai gjithashtu nuk ofron një zbulim të detajuar të koncepteve kyçe ekonomike, gjë e cila do të adresohet në kapituj të tjerë. Ky material synon të qartësojë rolin e ekonomistit dhe të ekonomisë në përpilimin e politikave shëndetësore dhe të influencojë në vlerësimin e strategjive për shëndetin, të përshtatshme për kërkesat e vendeve në zhvillim. Ndryshimet midis vendeve në zhvillim sigurisht që nuk janë të parëndësishme, por dallimi midis vendeve të Europës Perëndimore, Amerikës së Veriut dhe Australisë dhe vendeve të Azisë, Afrikës, Amerikës së Jugut, apo edhe të Europës Juglindore (siç është rasti i Shqipërisë) është i qartë. Ky material u adresohet ngjashmërive dhe problemeve të përbashkëta mes këtyre vendeve. Nga ky këndvështrim, ne përpiqemi të argumentojmë faktin që në vendet në zhvillim klima financiare po nxit qeveritë dhe punonjësit e shëndetësisë të tregojnë interes në ekonominë e shëndetit dhe kujdesin shëndetësor. Gjithashtu, ka fakte të rritjes së gadishmërisë për të analizuar sistematikisht shpërndarjen e fondeve drejt dhe brenda për brenda sektorit shëndetësor. Në të njëjtën kohë, ka patur një debat domethënës midis ekonomistëve të shëndetit mbi natyrën, vlerën dhe kontributin që ata dhe nëndisiplinat e tyre (të ekonomisë së shëndetit) mund të japin për të kuptuar problemet e shëndetit dhe mënyrën e zgjidhjes së tyre.

Kodi në lidhje me ekonominë

Kontributi potencial i principeve ekonomike për të kuptuar sektorin shëndetësor të vendeve në zhvillim ilustrohet më së miri nga përcaktimi i ekonomisë si: "Studimi se si njerëzit dhe shoqëria përfundojnë zgjedhjen e tyre, me ose pa përdorimin e parave, për të përfshirë fondet e pakta produktive, për të prodhuar komoditetet e ndryshme dhe t`i shpërndajë ato për konsumin, tani ose në të ardhmen, midis njerëzve të ndryshëm dhe grupeve në shoqëri". Ky përcaktim sugjeron se ekonomia dhe ekonomistët duhet të interesohen për zgjedhjen politike të shëndetit, në analizën e metodave alternative për të siguruar shërbimin apo të ardhurat e dëshiruara, në shkallën e kohës si dhe në racionim apo shpërndarje.

Disa koncepte dhe teknika kyçe ekonomike janë bazë për afrimin e ekonomistëve drejt këtyre problemeve, dhe fjalori përkatës që bën që politikë - bërësit, planifikuesit e shëndetit dhe punonjësit e shëndetësisë ta gjejnë atë të dobishëm për të lidhur ekonominë me fushën e tyre të përgjegjësisë. Lista nuk është e lodhshme, por është një tregues i mirë i shumë ideve me të cilat kontribuesit e deritanishëm kanë analizuar sektorin shëndetësor. Megjithëse vetë termat mund

të duken jofamiljarë, projekti është paraqitur për ato që nuk janë ekonomistë; nuk është bërë asnjë përpjekje për të shpjeguar teoritë dhe modelet ekonomike.

Mangesia: Disa mund të pretendojnë që kujdesi për shëndetin është kaq i rëndësishëm për jetën, saqë ai duhet të sigurohet, pavarësisht nga shpenzimet; si dhe që mjekët dhe punonjësit e shëndetit duhet të veprojnë në interes të pacientëve dhe të komuniteteve të tyre dhe të mos influencohen nga konsideratat ekonomike apo ato financiare. Kundër argumenti është që "mangësia" ekziston në çdo hap të jetës, sepse asnjë person nuk dëshiron të blejë atë ç'ka zotëron.
Elasticiteti i rezervës është edhe në varësi të zëvendësimeve, p.sh. punonjësit e ndryshëm të shëndetit mund të zëvëndësojnë njëri-tjetrin në detyrat që kryejnë; ose, ulje e nivelit të pagës për një njësi mund të pakësojë kërkesën për punonjës të ngjashëm duke i bërë ata relativisht më të shtrenjtë.

Kufiri: Ekonomisti njeh faktin që ndryshimet më të mëdha politike në sektorin shëndetësor si dhe vendimet më të shumta organizative duhet të zënë një vend "kufi", d.m.th. që vendimet rrallë mund të eliminojnë krejtësisht një aktivitet të vetëm shëndetësor dhe të fillojnë një tjetër krejt të ri, por më tepër bëjnë më pak për njërin dhe diçka më tepër për tjetrin. Kështu, shumica e vendimeve do të jenë në kufi duke mundësuar që shpenzimet dhe përfitimet të ndjekin shërbimet ekzistuese.

Çmimi "hije": Qëllimi i "çmimit hije" është të vlerësojë një çmim që të jetë sa më pranë që të jetë e mundur fondeve të përdorura në shërbimin shëndetësor; gjë që reflekton mangësinë e tyre të vërtetë. Çmimi hije mund të përdoret për të përcaktuar një çmim për shpenzimet dhe përfitimet edhe në rrethanat ku nuk ekzistojnë çmimet, apo edhe aty ku çmimet ekzistuese janë konsideruar një tregues jo perfekt i vlerës së shpenzimeve të bëra apo i përfitimeve të marra. Në vendet në zhvillim, efekti i aplikimit të çmimit hije në shpenzimin efektiv të shëndetit është theksimi i meritave relative të atyre zgjedhjeve që përdorin përpjesëtim më të mëdha të punës me aftësi të ulur (si p.sh. punëtorët ndihmës, paga aktuale e të cilëve mund të rritë tej mase shpenzimet e tyre të rastit), si dhe materialet e prodhuara në shtëpi (si p.sh. medikamentet dhe vaksinat e prodhuara në shtëpi, të cilat kursejnë valutën e huaj). Në vazhdim, në qoftë se pabarazitë në shëndetësi kanë prioritet dhe konsiderohen të lidhura ngushtë me varfërinë, atëherë përfitimeve të kujdesit shëndetësor për disa grupe (p.sh. të varfërve) mund t'u jepet një vlerë më e madhe në çdo analizë qeveritare. Në mënyrë alternative, shpenzimeve mund t'u jepet një peshë më e vogël, me objektivin për të reduktuar shpenzimet e programeve për shëndetin që përfshijnë grupet me të ardhurat më të pakta dhe duke favorizuar kështu zgjedhjen e tyre.

Të jashtmet (externalitet): Termi "të jashtme" (i cili u përmend shkurtimisht edhe në kapitullin 1) përdoret nga ekonomistët për të përshkruar efektet trepalëshe, komunitare apo të zbuluara të aktiviteteve që kryhen nëpërmjet punës së tregut që nuk merren në konsideratë në vendimet për prodhimin ose shpenzimet e përdorura për mallrat dhe shërbimet, apo të cilat rezultojnë nga aktivitetet e organizuara publike. Mund të mos jetë e përshtatshme për qeveritë që të shkurtojnë apo të pakësojnë aktivitetet që prodhojnë shpenzimet e jashtme (p.sh. shpenzimet e shoqërisë për ndotjen ambientale) nëpërmjet kontrolleve të drejtpërdrejta dhe taksave, dhe të nxitë ato aktivitete që prodhojnë dobitë e jashtme, nga të cilat përfitojnë më

tepër njerëz sesa recipientët imediate (si p.sh. programet e imunizimit) nëpërmjet sigurimeve publike.

Paanësia: Në sektorin shëndetësor, ashtu si dhe në shumicën e fushave, ekziston një konflikt potencial midis sasisë dhe cilësisë, si dhe nëpërmjet kujdesit parësor shëndetësor për të gjithë dhe teknologjisë së lartë mjekësore për pakicën. Shërbimet e teknologjisë së lartë, kur ato janë gjithashtu shërbime me shpenzime të larta, në mënyrë ta paevitueshme nënkuptojnë përfitime të pakta dhe mbulim të papërshtatshëm për popullatat e vendeve në zhvillim. Kur vendet synojnë të përmirësojnë shëndetin e popullatës së tyre, një çështje për ta është kuptimi i "paanësisë": a nënkupton ajo të drejta të barabarta për mundësitë në fushën e shëndetit, përdorimi i barabartë i shërbimeve apo statusi i barabartë për shëndetin?
A do të konsiderohet planifikimi i shëndetit në kuptimin e përdorimit efikas të fondeve, apo me aksione të mjaftueshme për të gjithë? Në mënyrë të ngjashme, a nënkupton mjaftueshmëria (kur aplikohet në sektorin shëndetësor) shpërndarjen e shërbimeve sipas nevojës që nuk lidhen me të ardhurat, apo nënkupton që njerëzit duhet të paguajnë për kujdesin shëndetësor, në përputhje me të ardhurat dhe pasurinë e tyre?
"Analiza e përfitimit të kostos" është zhvilluar si një metodë për të aplikuar këtë kriter për të ekzaminuar disavantazhet dhe avantazhet e zgjedhjes së alternativave të qeverisë, si dhe efikasitetin dhe shpenzimet e testeve dhe trajnimeve individuale. Metoda e përfitimit të kostos përpiqet të vlerësojë të gjitha shpenzimet dhe përfundimet në periudha kohore, me qëllim që të ndihmojë për të vendosur nëse kur identifikohen shpenzimet dhe përfitimet, kur maten dhe vlerësohen, a ia vlen të adoptohet një strategji e veçantë, etj. Ideja bazë e analizës së përfitimit të kostos është shumë e thjeshtë: ajo përpiqet të zbulojë shtrirjen në të cilën përfitimet e një strategjie të veçantë kanë më shumë peshë sësa shpenzimet e saj reale (që përbën rastin e saj të volitshëm).

KËRKESA DHE OFERTA NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Loja e *ofertës dhe e kërkesës* në fushën e shëndetit nuk u bindet të njëjtave rregulla si ekonomia e përgjithshme meqë shëndeti nuk është një "e mirë" që mund të konsumohet e shkëmbehet. *Shëndeti* korrespondon më tepër me një objektiv ideal, por që ka filluar të kërkohet në pjesën më të madhe të shteteve si një e drejtë e qenësishme.
Është e sigurtë që popullsia ka një kërkesë ndaj shëndetit që rritet mjaft shpejt, si në vendet në zhvillim ashtu edhe në vendet e zhvilluara. Kjo rritje mbështetet kryesisht në shtimin e shkëlqyeshëm të njohurive mjekësore që sjellin shtimin e shpresës për jetën dhe reduktimin e pasojave të sëmundjeve.
Kërkesa e shëndetësisë është, në rradhë të parë, përpjesëtimore me intensitetin e shfaqjes së sëmundjeve. Kështu, ajo është e fortë në vendet në zhvillim si rezultat i sëmundjeve që përhapen në mënyrë endemo-epidemike.
Studime të shumta janë realizuar në fushën e ofertës e kërkesës së shëndetit dhe është interesant paraqitja e tre faktoreve të mëposhtëm që janë të lidhur ngushtë midis tyre:

- Rolet e sistemeve të financimit
- Faktorët demografikë
- Faktorët kulturorë

Ne do të shpjegojmë nocionin e kërkesës si një nga karakteristikat specifike të ekonomisë së shëndetit. Ajo në fakt kushtëzohet nga vendime të shumta politike, si kontrolli i demografisë medikale, rregullimi i numrit të shtretërve në spitale, etj.

Ndikimi i sistemit të financimit mbi ofertën në shëndetësi

Sistemet e ndryshme të financimit të shëndetit ndikojnë në karakteristikat e ofertës në shëndet, sidomos në nivel të institucioneve private.
Ndërmarrja e një financimi ekstrem si sigurimi për sëmundje, zhvendos në fakt ekuilibrimin e ofertës me kërkesën duke futur elemente turbulluese.
Ekzistenca e *sigurimit për* sëmundjen shkakton njëkohësisht një *rritje të sasive* të prodhuara e të konsumuara të kujdesjes, një *zvogëlim të çmimit* të paguar nga konsumatorët dhe një rritje të fitimit të marrë nga prodhuesit. Të gjitha këto interesa të ndryshme konvergojnë drejt një tendence të përgjithshme përmbi prodhim dhe mbi konsum të kujdesit dhe shëndetit. Shoqëria mbron atëherë financat e saj duke instaluar një rregullim, ose ky duhet të rishqyrtohet rregullisht duke u forcuar dhe përbën burimin e konflikteve të shumta dhe pa kënaqësi tek profesionistët. Presionet e ushtruara mbi tarifat e tejkalimet e tepërta apo të pakta janë të pandashme, konstante në të gjitha nivelet.
Kategori të shumta personeli që evoluojnë në fushën e shëndetit kanë një privilegj origjinal në raport me profesionet e tjera. Pjesa më e madhe e klientelës së tyre (pacientët) paguhen (shpërblehen) për blerjet (kujdesin mjekësor) dhe nuk heziton aspak të kërkojnë maksimumin e shërbimeve. Këtë privilegj do ta kishin zili tregtarët e shumtë apo shërbime të tjera që zhvillohen jashtë shëndetit. Por, ky shfaqet në një fare mase si riparim pa vonesë i automobilave, të marrë në ngarkim nga sigurimet tek mekanikët.
E gjithë kjo shpjegon qartë numrin e rëndësishëm të institucioneve private të kujdesit në vendet ku popullsia është e siguruar mirë.

Mbi kërkesën e shëndetit

Është logjike që shtrirja e sistemeve *mbuluese* kundër rriskut të sëmundjeve liberalizon konsumin. Atëherë, pjesa më e madhe e sistemeve të shëndetit në vendet e zhvilluara përdorin mekanizmat e mbrojtjes sociale që kanë për efekt mosshqetësimin e të sëmurit me kërkesën për kujdes mjekësor. Me qëllim mbajtjen e një administrimi të mirë të tyre, të gjitha sigurimeve do t`u duhet të bëjnë variacionin rritës të primit ("premium") në funksion të rrisqeve që ndodhin. Rritja e kuotizimit do të mund p.sh. të jetë përpjestimore me numrin e personave të mbuluar në një familje. Ky parim futet në një politikë "jo nataliste" meqë ai nuk favorizon familjet e mëdha në numër, personat me rrisk të veçantë (si të moshuarit, ose të sëmurët kronikë) që të mund të paguanin më tepër primin e sigurimit të tyre.
Këto propozime që janë të drejta në planin ekonomik nuk janë shumë adekuate në fushën e sigurimeve për sëmundjen meqë ato përdorin nocionet e solidaritetit dhe ndarjes së rrisqeve të mëdha në tërë popullsinë (solidarizimi i rriskut). Këto dy nocione, meqë përdoren në pjesën më të madhe të sistemeve të shëndetit i imponojnë në mënyrë të nevojshme popullatës një sigurim të detyrueshëm me qëllim për të përcaktuar një shpërndarje të drejtë të rrisqeve.
Zhvillimi i rëndësishëm i sigurimeve private të quajtura "plotësuese" (ose të dyanshme) është si shfrytëzim i kërkesës së popullsisë për një shpërblim total e komplet të rriskut të sëmundjes. Dëmshpërblimi i shpejtë medikal që nuk merret në konsideratë nga sigurimi kryesor i

sëmundjes është kështu i mundur. Ekzistenca e tyre favorizon ndjeshëm konsumin. Këto sigurime kanë si avantazh hyrjen progresive në lojën e konkurencës në vendet ku sistemi i financimit të shëndetit është në një gjendje gati monopol. Megjithatë, këto organizma sanksionojnë rrisqet dhe klientët mbi kritere të ndryshme dhe kështu mund të çojnë në shtimin e pabarabartë të afrimit të kujdesit. Zhvillimi i sistemit në botën e tretë që është parapagimi mbi një marrdhënie shpenzimi mbi disa sigurime është drejtpërsëdrejti e lidhur me evoluimin socialekonomik të vendit. Finacimi mund të jetë sigurimi direkt nga shteti (sistemi britanik), nga organizma parapublike (sistemi francez), nga bashkësitë lokale (sistemi suedez), ose nga sigurimet private (sistemi amerikan). Fenomeni është i mirënjohur: sa më tepër, personat të rimbursohen për shpenzimet mjekësore, aq më tepër do të kenë tendencën të mos "sakrifikohen". Ky konstatim evident "a priori" duhet, në radhë të parë të ishte i matur, meqë një mbrojtje e mirë sociale lejon në fakt me shumë shtrime në spital.
Nga mosnjohja e këtij fakti, dhe vështirësitë e sigurimit të shpenzimeve të funksionimit të sistemit të tyre të shëndetit shumë vende janë përpjekur të rishqyrtojnë parimin e kujdesit absolut falas, të paktën për:

- Afeksionet beninje;
- Nxitjen me rezervë përsa i përket rritjes së moderuar të çmimit të suportuar direkt nga individët.

Në fakt, influenca e sigurimeve sociale mbi kërkesën e kujdesit mbart një efekt "të kundërt" në rastin e popullsive të varfra.

Më 1972 Helms ka analizuar në Kaliforni pasojat e zëvendësimit të kujdesit shëndetësor nga gratis deri atëherë për ato pa trashëgimi ose të varfër në vendosjen e një pagese prej 1 dollar për çdo konsultim. Mbështetur në këtë, politikë për vizita u ul 8%, por si revansh kërkesa për hospitalizim u rrit 17%. Shkaqet e këtyre zhvillimeve nuk është e mundur të përcaktohen me siguri, por është e vërtetë që të sëmurët e shtyjnë datën e konsultimit shëndetësor në rastet kur u kërkohet që të paguajnë për vizitën mjekësore, duke shkaktuar kështu avancimin e sëmundjes e cila ka më pas nevojë për një trajtim më intensiv e më të shtrenjtë. Shpenzimi total i mjekimit në të gjitha rastet rritet.
Ky fenomen konfirmohet në konstatimin që kategoritë e popullatës që përfitojnë një mbrojtje të mirë sociale shpenzojnë shumë kujdes, por pak në hospitalizim, ndërsa grupet më pak të siguruara evitojnë kujdesin në qytet, por kërkojnë më shpesh hospitalizim.
Ky efekt do të mundte të moderonte këto argumente që në mjaft vende në zhvillim kështillojnë një pesëmarrje sistematike të popullatës me probleme të vogla të shëndetit.
Në rastet e pagesave jo të mbuluara nga sigurimet (disa kujdesje dentare, medikamente të quajtura "të komfortit", apo kujdesi estetik) efekti i çmimit influencon direkt kërkesën; prandaj, si në çdo treg tjetër, mekanizmi i ofertës dhe kërkesë evoluon në këtë rast në të njëjtën mënyrë siç reagon për të mirat apo shërbimet të tjera.

Influenca e faktoreve demografike mbi ofertën në shëndet

Në Francë, një përshkrim i detajuar i ofertës së kujdesit tregon një mbulim gjeografik të ndryshëm sipas llojeve të ndryshme të prodhuesve, p.sh. mjekët e përgjithshëm janë relativisht të shpërndarë mirë në territorin e vendit dhe mjekët specialistë janë të përqendruar në qytetet e mëdha.
Në vendet ku tarifat janë pak të rregulluara si SHBA, kërkesa do të ketë tendencë të zhvillohet në zonat ku popullatat kanë pasuri më të madhe.

Pagesat sanitare për personelin dhe ndërtesat janë të planifikuara në pjesën më të madhe të vendeve (të zhvilluara ose në zhvillim) sipas një metode që përdor koeficientë të thjeshtë si numri i mjekëve/banorë, numri i shtretërve/banorë, etj.
Pranohet aktualisht se këto nocione, megjithëse akoma të përdorura gjerë, në fushën e shëndetit jo të përshtatshme meqë aktiviteti mjekësor ndryshon nga një vend në tjetrin, nga një krahinë në tjetrën, nga një mjek në tjetrin.

Mbi kërkesën e shëndetit

Konsumi mjekësor nuk ndahet në mënyrë homogjene me popullsinë. Natyra dhe përbërja e popullsisë janë shumë të rëndësishme të njihen për të kuptuar kërkesën në shëndetësi. Në fakt, kategoritë e ndryshme të popullsisë nuk kanë të njëjtat nevoja dhe nuk konsumojnë të njëjtat tipa të produkteve mjekësore.
Janë personat e shkuar në moshë që përdorin, në përgjithësi, më tepër shërbime mjekësore si konsultime mjekësore, kujdes infermierie ose konsumim medikamentesh, në analiza biologjike, ditë hospitalizimi apo institucione sociale. Kjo kërkesë e fortë shpjegohet, në radhë të parë, me faktin se personat e moshuar vuajnë nga një numër afeksionesh që rriten me kalimin e moshës (organizim të gjendjes së shëndetit) më tej nga shtimi i shpresës për jetën në saje të progresit të geriatrisë.
P.sh. në fushën farmaceutike, medikamentet kardiovaskulare, antalgjikë dhe antiinflamator konsumohen mbi të gjitha nga personat mbi 70 vjeç. Nga ana tjetër, personat e moshuar kanë zakonisht, në pjesën më të madhe të shteteve, një mbrojtje të mirë sociale, e cila i nxit të konsumojnë më tepër.
Megjithatë, për një gjendje shëndetësore të ngjashme, të moshuarit kujdesen më pak se personat e rinj. Ky efekt, i quajtur efekti Brer, mund të shpjegohet nga fakti se sëmundje të ndryshme tek të moshuarit nuk trajtohen, dhe kjo moderon kërkesat e tyre për kujdes (si për një trajtim agresiv, ashtu dhe për një sëmundje që evoluon ngadalë për të paraqitur rrezik real tek të vjetrit, si për mungesë informacioni mbi sukseset e mjekësisë për personat e moshuar që kërkojnë nga mjekësia që ajo t'i "çojë në 40 vjeç").

Pasojat e plakjes së popullsisë mbi shpenzimet

Në vendet e zhvilluara rritja e numrit të personave joaktivë në raport me numrin e personave aktivë ka filluar t`i shqetësojë seriozisht organet e planifikimit buxhetor.
Femrat përdorin më tepër pagesa për shëndetin se burrat dhe kanë mortalitet dhe morbiditet më të ulët në të gjtha vendet. Nuk është e mundur të nxirret një lidhje e thjeshë shkak-pasojë: femrat do të sëmureshin më pak sepse ato do të kujdeseshin më mirë. Por të gjitha studimet epidemiologjike kanë evidentuar sjellje të ndryshme të burrave nga ato të femrave.
Në fakt, femrat duken më të kujdesshme se burrat ndaj sensacioneve të tyre trupore që çon në një konsumim kujdesi shëndetësor më të madh në krahasim me meshkujt. Nga ana tjetër, shtrimet në spital janë më të pakta jashtë moshës fertile.
Shqetësimi i barrës dhe i lindjes, aq edhe çrregullimet e fekondimit, janë në pjesën më të madhe përgjegjës të rritjes së kërkesës për shëndetin në raport me burrat. Gjithnjë e më tepër, femrat kërkojnë shpëtim te mjekët e qytetit për arsye mbështetje psikologjike (ato vuajnë më shpesh nga neuroza, ankthi dhe sindroma depresive nga burrat).
Fëmijët janë gjithashtu konsumatorë të fortë të kujdesit mjekësor. Është konstatuar që ata kërkojnë një numër të lartë të konsultimeve tek specialistët e qytetit si pediatër, otorino-laringologë dhe oftalmologë.

Ky konsumim i shtuar vjen në pjesën më të madhe nga ndjeshmëria relative e fëmijëve ndaj sëmundjeve infektive si dhe sjellja e prindërve që nuk hezitojnë për të thirrur një mjek për çdo afeksion sado të lehtë ("beninj"). Për më tepër, shtrimet në spital gjatë periudhës prenatale janë bërë të rëndësishme nga progresi i konsiderueshëm i teknologjisë.
Në fund, aksidentet në shtëpi dhe ato të qarkullimit, mjaft të shpeshta tek fëmijët që përbëjnë shkakun e parë të mortalitetit për disa grup-mosha, janë shkaku i hospitalizimeve të shumta në mjedisin pediatrik.

Konsumi mjekësor varet kështu në periudha të ndryshme të jetës (ai është më pak i rëndësishëm në moshat ekstreme) dhe ndarjes në sekse. Ai është gjithashtu i lidhur me faktorët socialë-kulturorë që do të shqyrtohen më poshtë.

Ndikimi i faktorëve kulturorë mbi ofertën e shërbimit

Vendet e zhvilluara kanë më tepër mjekë e spitale se vendet në zhvillim. Niveli i zhvillimit ekonomik ndikon direkt në praktikën e mjekësisë. P.sh. lufta kundër sëmundjeve endemo-epidemike kërkon struktura të rëndësishme të shëndetit publik të formuara më shpesh mbi kujdesin shëndetësor parëspr, dhe merret përsipër nga agjentë të thjeshtë sanitarë, infermierë, etj.
Për më tepër, qendrat e mëdha spitaloreuniversitare përshtaten mirë në kulturën dhe patologjitë e vendeve të zhvilluara.

Mbi kërkesën në shëndet

Në mënyrë konstante interesi i individëve për trupin e tyre rritet në masën e ngritjes së tij në hierarkinë sociale. Shtresat e "pafavorizuara", apo kategori të veçanta të popullsisë, si rezultat i vështirësive të jetës së përditshme, disa veprime mjekësore mund t`i lënë mënjanë. Sëmundja konsiderohet nga kjo kategori popullate si një ndryshim i dukshëm dhe i rëndësishëm që pësojnë aftësitë e individit dhe që e bëjnë të pamundur aktivitetin e përditshëm. Nga ana tjetër, në shtresat e quajtura të "favorizuara" sëmundja shpesh përcaktohet si një ndryshim progresiv i shëndetit që është i mundur parandalimi ose shërimi në të gjitha stadet. Ato nuk hezitojnë zakonisht të shkojnë te mjeku për një çrregullim minimal ose një akt të thjeshtë parandalimi si vaksinimi.
Nëse konsumimi mjekësor total varion nga ana sasiore pak në nivelin social ekonomik, struktura e këtij konsumi varion në mënyrë të rëndësishme në grupet e popullatës të konsideruara si "të favorizuara" p.sh. ato kanë një konsumim të shtuar të kujdesit shëndetësor në zonat urbane.
Ky kontrast në strukturat e konsumit të kujdesit sipas kategorive social-profesionale është konfirmuar në Francë nga një anketë e INSEE (Instituti Nacional i Statistikës dhe i Studimeve Ekonomike), i cili regjistroi karakteristikat e konsumit të 7000 punëtorëve në vitin 1980. Ky studim tregoi shumë qartë se, sa më tepër rritet kapitali kulturor, aq më tepër rritet edhe konsumi mjekësore.
Fermerët përfaqësojnë një profesion që përdor pak mjete në mjekësi dhe që konsumon pak medikamente. Ekziston shpesh në regjionet rurale problemi i vështirësisë gjeografike për kabinetet medikale ose farmacitë. Puna e përditshme e fermerëve është zakonisht mjaft e dendur dhe lejon pak vend për konsultimet jourgjentë. Nga ana tjetër ata shtrohen në spital mbi mesataren dhe përbëjnë, së bashku me punëtorët, profesionet në të cilat kapaciteti fizik është mjaft i rëndësishëm.

Punëtorët, nga ana tjetër, përdorin shpeshherë shpesh sistemin e kujdesit. Mbulesa e tyre sociale është e mirë dhe jashtë periudhave të qëndrimit pa punë kërkojnë shpesh shkëputje nga puna (pushim) për shkak sëmundjesh apo aksidentesh në punë. Duket nga jashtë se stërmundimet e shpeshta, kushtet e punës së vështirë ose përsëritëse favorizojnë afeksionet somatike reale.
Kuadrot shpenzojnë mjaft më tepër kujdes shëndetësor. Ata konsumojnë kujdes të kushtueshëm duke frekuentuar më shpesh specialistet ose dentistët. Ata praktikojnë gjithashtu më tepër ekzaminime biologjike depistimi dhe survejimi. Shpenzimet e tyre në shëndet nuk janë mjaft të shtuara meqë ata, nga kategoritë e tjera sociale përdorin mjaft pak spitalin.
Për më tepër, tani pranohet se kategoritë social-profesionale të ngritura janë më të ndjeshme ndaj masave parandaluese meqë edukimi i tyre u lejon atyre të fitojnë një vizion për një kohë më të gjatë. Ata konsumojnë më pak duhan e alkool dhe praktikojnë shpesh regjime dietetike ose sporte të ndryshme.
Të punësuarit kanë një rol të rëndësishëm në kërkesën e shëndetit, meqë ata përfaqësojnë një pjesë të madhe të popullatës në vendet e zhvilluara. Ata kanë një sjellje tepër të ndjeshme midis kuadrove e punëtorëve. Faktorët kulturorë janë kështu në origjinë të diferencave të sjelljes sanitare të individëve, meqë edhe mënyra e jetesës së tyre është e ndryshme. Janë këto mënyra jetese që shkaktojnë ekspozime të ndryshme ndaj faktorëve të rriskut të sëmundjeve. Megjithatë, roli i faktorëve kulturorë është i vështirë të vlerësohet individualisht, meqë ai mbulohet gjerësisht nga faktorë të tjerë: mënyra e sigurimit, faktorët demografikë, regjimi dhe vendet në konsideratë (popullata agrikulturore p.sh. përbëhet, në pjesën më të madhe, nga persona në moshë të thyer).

Ndikimi i ofertës mbi kërkesën. Roli i kërkesës induite

Sa më tepër oferta shtohet, që do të thotë sa më tepër shtohet numri i mjekëve e spitaleve, aq rritet dhe kërkesa e popullatës për shëndet. Ky ndikim i ofertës me kërkesën quhet fenomeni i kërkesës *induite*.
Kërkesa për kujdes mjekësor është nga ana e saj e pakufizuar nëse konsiderojmë përkufizimin e shëndetit si një gjendje mirëqënieje fizike dhe morale (përkufizim teorik i shëndetit i propozuar nga OBSH). Kufiri i kërkesës qëndron në fakt kryesisht në përdorimin sa më të efektshëm të sistemit të kujdesit në funksion të të dhënave aktuale të njohurive mjekësore.
Përveç kësaj, çdo zbulim medikal gjen shpejt një fushë të re aplikimi dhe zëvendësohet rrallë nga zbulimi i mëparshëm. Efikasiteti gjithmonë e më i madh i mjekësisë rritet e përdoret në mënyrë konstante nga popullsia.
Nga ana tjetër, konsumi i konsultimeve mjekësore në një rajon është në përpjesëtim me numrin e mjekëve. Mjekët do të kontribuojnë kështu në krijimin e tregut.
Shpesh numri i pranimeve është në përpjesëtim me numrin e shtretërve të lirë, që ul kështu pragun e rëndesës së sëmundjeve që mund të ketë nevojën e një hospitalizimi.
Influenca ekzakte e ofertës së kujdesit mbi konsumin mjekësor është e vështirë të përcaktohet me përpikëri absolute. Numri i mjekëve dhe popullatave, mundësia për kujdes dhe sofistikimi i ofertës nuk janë të njëjta kudo e në çdo kohë. Oferta nuk ndërhyn në mënyrë homogjene, prandaj sjellja e pacientëve është e vështirë të studiohet.
Fenomeni i kërkesës *induite* që lidhet ngushtësisht me mbrojtjen sociale mund të shpjegohet në mënyra të shumta:

- Shtimi i demografisë mjekësore çon në lindjen e formave pak a shumë direkte të publicitetit;

- Konkurrenca profesionale nxit për një marrje komplete në ngarkim mjekësor të pacientit;
- Dendësia e shtuar mjekësore në qytetet e mëdha është apel direkt për konsumin e kujdesit;
- Spitalet publike ose private ushtrojnë "atraksion" ndaj popullsisë që është në përpjesëtim me kapacitetin e tyre;
- Informacioni i popullatës përballë mundësive në rritje pa ndërprerje të mjekësisë është një konstante e përhershme.

Nocioni kërkesë *induite* i intereson veçanërisht politikanit dhe teknokratit të shëndetit, meqë është më e lehtë të veprosh mbi ofertën sesa mbi kërkesën për të kontrolluar spiralen e tmerrshme të shpenzimeve në shëndet.

Kontrolli i zhvillimit të shtretërve spitalorë publikë e privatë për hyrjen në studimet mjekësore, kuotat e mjekëve specialistë, përpjesëtimi i vënies së teknologjisë së lartë mjekësore, etj., janë që të gjitha masa aktive në vende të ndryshme për të luftuar ndaj kërkesës *induite*.

Rreziku kryesor i këtyre masave restriktive është theksimi i pabarazive me ofertën e kujdesit dhe shtrëngimi i grykës për disa shërbime ose ekzaminime që do të riskonin të kushtonin shtrenjtë pas llogarive.

Sido që të jetë, të gjitha politikat e rregullimit të progresionit të shpenzimeve të shëndetit të kryera "a posteriori" krijojnë në thellësi pakënaqësi si në popullatë ashtu edhe tek profesionistët e shëndetit.

DETERMINANTËT SOCIALË TË SHËNDETIT

Në mesin e viteve 1800, Rudolf Virchow dhe Friedrich Engels bënë të qartë lidhjen midis kushteve të jetesës dhe shëndetit. Më vonë, në 1955, Thomas McKeown tregoi se rënia e vdekshmërisë dhe zgjatja e jetëgjatësisë për sëmundje të caktuara kishte si arsye kryesore përmirësimin e nutricionit si pasojë e rritjes të standartit të jetesës. Në vitin 1946 u hartua kushtetuta e Organizatës Botërore të Shëndetësisë, e cila e përkufizoi shëndetin si një " mirëqënie e plotë fizike, psikike dhe sociale", duke identifikuar kështu qëllimin e OBSH në arritjen e nivelit më të lartë të mundshëm të kësaj mirëqënieje nga të gjithë njerëzit. Në vitin 1978, u mbajt konferenca në Alma Ata, Kazakistan. Në këtë konferencë u deklarua rëndësia e kujdesit shëndetësor primar në uljen e pabarazive shëndetësore midis vendeve të ndryshme. Në vitin 1986, u mbajt një tjetër konferencë ndërkombëtare në Ottawa, Kanada, qëllimi i së cilës ishte t'i siguronte kujdes shëndetësor të barabartë të gjithë anëtarëve të komunitetit. Në këtë konference u identifikuan 8 determinantë kyc të shëndetit: paqja, strehimi, arsimimi, ushqimi, të ardhurat, një eko-sistem i qëndrueshëm, rezerva të qëndrueshme, drejtësi dhe barazi sociale. Në vitin 2005, u themelua "Komisioni i Determinantëve Social të Shëndetit" nga OBSH, me qëllim mbështetjen e vendeve dhe partnerëve globalë të shëndetit në adresimin e faktorëve socialë që cojnë në probleme shëndetësore. Ky komision arriti në përfundimin se barazia shëndetësore nuk mund të arrihet vetëm në sajë të sistemeve mjekësore.Komisoni u drejtua nga profesor Michael Marmot.

"Tërësia e faktorëve të sjelljes, biologjikë, socio-ekonomik dhe mjedisorë që ndikojnë në gjendjen shëndetësore të individëve apo popullatave, quhen determinantë të shëndetit".

Determinantët e shëndetit përfshijnë:

Të ardhurat dhe statusi social: Të ardhurat mendohen të jenë determinanti më i rëndësishëm në shëndet. Të ardhura të larta dhe një status social i lartë ndikojnë në një shëndet më të mirë të individit. Niveli i të ardhurave ndikon në kushtet e jetesës, cilësine e dietës, përdorimin e duhanit, alkoolit, gjendjen psikologjike, shërbimet shëndetësore që merr një individ. Sa më ë barabartë të jetë shpërndarja e të ardhurave, aq më e mirë është gjendja shëndetësore e shoqërisë. Studimet kanë treguar që personat që jetojnë në lagje të pasura jetojnë 2-4 vjet më shumë se ata që jetojnë në lagje të varfëra.

Edukimi: Njerëzit me nivel më të lartë edukimi kanë tendencën të jenë më të shëndetshëm se ata me arritje më të vogla në edukim. Ka disa rrugë nëpërmjet të cilave edukimi çon në një shëndet më të mirë:

- Së pari niveli i edukimit ndihmon në rritjen socio-ekonomike të njerëzve.
- Së dyti përmes edukimit të lartë, njerëzit janë në gjendje të kuptojnë sesi sjelljet që ata adaptojnë mund të jenë të dëmshme, ose përfituese për shëndetin e tyre.

Duhet theksuar se edukimi vetë nuk është faktor kryesor në determinimin e shëndetit, përshembull nëse një person i paarsimuar ka të ardhura të përshtatshme dhe merr shërbimet e nevojshme, efektet e edukimit jo të mirë nuk do të ishin aq të mëdhaja në shëndet**.**

Strehimi: Strehimi është një nevojë absolute për të jetuar një jetë të shëndetshme. Kushtet e këqija ose mungesa e strehimit janë faktorë shumë të rëndësishëm që kërcënojnë shëndetin e njeriut. Mirëmbajtja e shtëpisë, temperatura, cilësia e ajrit të brendshëm, cmimi i qirasë, lagështia, pluhurat, masat për parandalimin e aksidenteve ose zjarrit në ambientet e shtëpisë janë të gjithë faktorë që ndikojnë në shëndetin e personave që banojnë aty. Të pastrehët kanë një risk akoma më të madh për probleme fizike dhe mendore në krahasim me popullatën. Incidenca e vdekjeve të parakohshme tek të pastrehët është 8-10 herë më e madhe sesa në pjesën tjetër të popullatës.

Puna: Kushtet e punës janë një determinant i rëndësishëm i shëndetit për shkak të kohës së madhe që shpenzojmë në ambientet e punës. Faktorët që lidhen me punën dhe ndikojnë në shëndet janë: siguria e punësimit, kushtet fizike në punë, ritmi dhe stresi në punë, orët e punës, mundësia për të shprehur vetveten, marredheniet me kolegët, etj. Punët me nivel të lartë stresi i predispozojnë individët ndaj hipertensionit arterial, sëmundjeve kardiovaskulare, depresionit, ankthit.

Mbështetja sociale: Mbështetja sociale dhe marrëdhëniet e mira sociale janë kontribues në shëndet. Izolimi social dhe përjashtimi social janë të lidhura me risk të rritur për vdekje premature dhe shance më të vogla për mbijetesë pas një ataku kardiak. Njerëzit që marrin më pak suport social dhe emocional nga të tjerët janë më të prirur të kenë një mirëqënie të ulët, depresion, sëmundje kronike, ndërlikime gjatë shtatzanisë etj. Sasia e mbështetjes sociale që një njeri merr varet nga statusi social dhe ekonomik i tij. Njerëzit e varfër janë më të prirur të përjashtohen nga shoqëria ose të jenë të izoluar social.

Stresi: Njerëzit që vuajnë nga kushte të pafavorshme sociale dhe materiale, përjetojnë gjithashtu nivele të larta stresi. Stresi i vazhdueshëm dobëson rezistencën ndaj sëmundjeve dhe prish funksionimin e sistemeve hormonale dhe metabolike. Kushtet e jetesës stresuese dhe të varfëra

mund të shkaktojnë ndjesi turpi, pasigurie, mungesë vetëbesimi. Njerëzit që përjetojnë nivele të larta stresi, shpesh për t'u lehtësuar nga presioni adaptojnë sjellje jo të shëndetshme si konsumi i alkoolit, duhanit, mbingrënia e karbohidrateve. Në rastet kur personat ndihen në tension nga stresi shumë shpesh, ata bëhen më vulnerabël ndaj gjendjeve si infeksione, diabet, hypertension arterial, atak kardiak, insult cerebral, depresion, agresion etj.

Ushqimi: Konsumi i frutave dhe perimeve ndihmon në parandalimin e sëmundjeve të zemrës, disa sëmundjeve kanceroze, apo insultit cerebral; Konsumi i yndyrnave dhe i karbohidrateve rrit riskun e sëmundjeve si obezitet, sëmundje kardiovaskulare, insult cerebral etj; Konsumi i alkoolit ka efekte sociale (aksidente, dhunë, shtatzani të padeshiruara, marrjen e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme etj) dhe efekte toksike (sëmundje kanceroze, ciroze të heparit, psikoza, helmime, gastrit, insult cerebral etj.); Mungesa e jodit, hekurit, vitamines A, zinkut ne dietën ushqimore con në shfaqjen e disa semundjeve të ndryshme; Uji dhe ushqimet jane burim i rreziqeve kimike dhe biologjike. Tek ta mund të gjenden mikroorganizma si kolera, E.Coli, salmonella etj. Viruset si Hepatiti A, parazitet si trichomoniozat etj gjenden në bagetitë prej të cilave njeriu ushqehet. Përdorimi pa kriter i pesticideve, ndotesit si plumbi dhe merkuri, ndotesit si dioxinat dhe PCB (Polychlorinated biphenyls) jane te gjitha rreziqe qe vijne nga konsumi i ushqimit apo ujit te pakontrolluar.

Gjinia: Gratë kanë një jetëgjatësi mesatare 79 vjec, në krahasim me burrat që kanë një jetëgjatësi mesatare 76.3 vjec. Megjithatë, pavarësisht jetëgjatësisë më të lartë, nuk do të thotë që gratë kanë një shëndet më të mirë se burrat. Ato janë më të prirura të vuajnë nga sëmundjet kronike, por nga ana tjetër burrat janë më të prirur për aksidente dhe përjashtim social, cka con në shkurtim të jetëgjatësisë së tyre.

***Gjenetika*:** Shumë sëmundje përfshijnë edhe rolin e gjenit në shfaqjen e tyre, krahas influencës së fakorëve ambientale. Një njeri mund të mos ketë lindur me një semundjë, por mund të jetë në risk të madh për shfaqjen e saj, për shkak të predispozitës gjenetike. Historia familjare është njëfaktor risku për shumë sëmundje si kanceri, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet autoimmune, diabeti, sëmundjet psikiatrike etj. Njohja e faktorëve gjenetike që e predispozojnë shfaqjen e një sëmundjeje dhe e faktorëve ambientale apo të sjelljes që e rritin akoma më tej riskun e shfaqjes së saj është shumë e nevojshme për publikun, në menyrë që të minimizojë faktorët riskues që varen nga ai.

Shërbimi shëndetësor: Shërbimi shëndetësor përvec se një e drejtë humane është edhe një determinant shumë i rëndësishëm shëndetësor. Shërbimi shëndetësor luan rol në parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve. Qëllimi kryesor i sistemit të kujdesit shëndetësor është të mbrojë shëndetin e qytetarëve dhe të shpërndajë shpenzimet shëndetësore nëpër të gjithë shoqërinë. Një sistem shëndetësor është vecanërisht efektiv në mbrojtjen e qytetarëve me të ardhura të ulëta, të cilët nuk mund të përballojnë shërbimin privat shëndetësor. Qëllimi është që cdo qytetar të marrë shërbimin e nevojshëm shëndetësor pavarësisht të ardhurave, moshës, ose gjendjes shëndetësore.

Transporti: Ngarja e bicikletës, ecja në këmbë, përdorimi i transportit publik promovojnë shëndetin në 4 mënyra: a) Ato sigurojnë kryerjen e aktivitetit fizik, b) Reduktojnë aksidentet fatale, c) Rritin kontaktin social, d) Reduktojnë ndotjen e ajrit.

Kryerja e aktivitetit fizik mbron kundër sëmundjeve të zemrës dhe duke reduktuar obezitetin pengon vendosjen e diabetit, gjithashtu promovon mirëqënie dhe parandalon shfaqjen e depresionit. Ndryshe nga makinat që i vecojnë njerëzit nga njëri-tjetri, ciklizmi, ecja në këmbë, përdorimi i transportit publik stimulojnë marrëdhëniet sociale në rrugë. Mungesa e marrëdhënieve me të tjerët sjell probleme shëndetësore. Reduktimi i trafikut sjell ulje të ndjeshme të ndotjes nga mjetet e transportit. Ciklizmi dhe ecja në këmbë janë miqësore me mjedisin, përdorimi i tyre nuk shkakton sëmundje që lidhen me ndotjen e ajrit dhe bëjnë pak zhurmë.

Jeta në fëmijëri: Rritja e ngadaltë dhe mungesa e suportit emocional gjatë rritjes, rritin riskun për një shëndet jo të mirë fizik dhe psikologjik në vitet e mëvonshme. Kushtet jo të mira gjatë shtatzanisë, si nutricioni jo i mirë, stresi i nënës, përdorimi i duhanit, alkoolit ose drograve, kujdesi prenatal jo i mirë mund të cojnë në një zhvillim jo optimal të fetusit. Zhvillimi jo i mirë i fetusit përbën faktor risku për probleme shëndetësore të mëvonshme. Shumë i rëndësishëm është edhe zhvillimi infantil, pasi zhvillimi i sistemeve biologjike e ka gjenezën që në jetën e hershme. Gjithashtu roli i jetës së hershme lidhet edhe me faktin që shumë nga zakonet e mira si ai i të ngrënit të shëndetshëm, kryerja e aktiviteteve fizike, moskonsumimi i alkoolit, duhanit, apo drograve lidhet me shembullin e dhënë nga prindërit dhe edukimin në shkollë. Rritja e ngadaltë ose e vonuar në fëmijëri lidhet me risk të lartë për probleme kardiovaskulare, respiratore, pankreatike dhe renale gjatë rritjes.

STRATEGJIA KOMBËTARE E SHËNDETËSISË

Me qëllim që të arrihet vizioni i sistemit shëndetësor "Shëndet për të gjithë, më shumë vite jetë, më shumë shëndet viteve" dhe misioni "Të mbrojë, të përmirësojë dhe të promovojë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqënien e të gjithë njerëzve në Shqipëri", janë identifikuar katër prioritete strategjike, të lidhura me parimet bazë të zgjerimit dhe përmirësimit të aksesit në shërbimet shëndetësore:

- **Prioriteti Strategjik 1: Investimi në shëndetin e njerëzve gjatë gjithë ciklit të jetës**
  Shërbimi i shëndetit publik ofrohet nëpërmjet:
  - Programeve kombëtare të imunizimit,
  - Mundësimit në nivel parësor të testimit ndaj HIV/AIDS dhe IST,
  - Evidentimit të faktorëve të rikut si duhani, alkooli, të ushqyerit, aktiviteti fizik për sëmundjet kardiovaskulare, endokrine dhe kancerin dhe gjithashtu marrje e masave për diagnostikimin dhe trajtimin e hershëm të tyre,
  - Promovimit të praktikave optimale të ushqyerjes,
  - Programeve të sigurisë ushqimore, kontrollit të ujit të pijshëm dhe shëndetit riprodhues.

- **Prioriteti Strategjik 2: Mbulimi Shëndetësor Universal për të gjithë**
  Plani strategjik parashikon këto aktivitete:
  - Programi check-up-i falas ,
  - Heqja graduale e shërbimeve me pagesë në sistemin shëndetësor publik për të pasiguruarit ,
  - Plotësimi i nevojave me mjekë specialistë në spitalet rajonal ,
  - Përmirësimi i infrastrukturës së qendrave shëndetësore ,

- Ulje e kostos së barnave, duke ruajtur cilësinë dhe rritur disponueshmërine e tyre në listën e barnave të rimbursueshme,
- Përfshirja e popullatës 35-70vjeç, rezidente në RSH në Programin e Kontrollit Shëndetësor Bazë.

- **Prioriteti strategjik 3: Fuqizimi i sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër njerëzit**
  Plani strategjik parashikon:
  - Rritjen e disponueshmërisë së shërbimeve të diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit në nivel rajonal dhe lokal,
  - Gjenerimin e evidencave për të informuar dhe monitoruar politikat shëndetësore, nëpërmjet fuqizimit të sistemit të informacionit shëndetësor dhe regjistrave të sëmundjeve,
  - Fuqizimin e Shërbimit Kombëtar të Urgjencës,
  - Nxitjen dhe mbështetjen e çeljes dhe zhvillimit të shërbimeve komunitare shëndetësore në të gjithë vendin, në partneritet me qeverinë dhe partnerët lokalë.

- **Prioriteti strategjik 4: Përmirësimi i qeverisjes dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin**
  Plani strategjik parashikon:
  - Fuqizimin e mekanizmave të konsultimit publik për përmirësimin e programeve për shëndetin,
  - Sigurimin e mirëqeverisjes, integritetit, transparencës dhe aksesit ne shërbimet shëndetsore, me mbështetjen e partneritetit llogaridhënës publik-privat,
  - Fuqizimin e bashkëpunimit rajonal e ndërkombëtar për fuqizimin e reagimit ndaj çështjeve globale të shëndetit,
  - Ngritjen e një sistemi shëndetësor unik për të krijuar sinergjinë midis të gjithë ofruesve publikë e privatë, të përqendruar te të dhënat shëndetësore elektronike të pacientëve npm. :
    1. Themelimit të Qendrës Kombëtare të Informacionit Shëndetsor;
    2. Themelimit të një sistemi dixhital unik të përqendruar tek pacienti, me fokus dosjen shëndetsore elektronike të pacientit;
    3. Pajisjes me një sistem gjurmimi dhe një regjistër elektronik për barnat;
    4. Zbatimit të programit të recetës elektronike në të gjithë Shqipërinë.



Kërkesa dhe Oferta në Sektorin Shëndetësor

1

Kërkesa dhe Oferta: si funksionojnë tregjet

- *Mikroekonomia* fokusohet në pjesët individuale të ekonomisë.
- Pra në mënyrën sesi individët dhe firmat/ ndërmarrjet ndërveprojnë në tregje të caktuara.
- Oferta dhe kërkesa janë forcat që bëjnë të mundur ekonomitë e tregut.
- Mikroekonomia moderne ka të bëjë me ofertë, kërkesë, dhe ekuilibrat e tregut.
- Termat kërkesë dhe ofertë i referohen sjelljes se njerëzve . . . ndërsa ata bashkeveprojnë me njëri tjetrin në treg.

2

Konkurrenca dhe Tregjet

- Blerësit përbëjnë ***Kërkesën***.
- Shitësit përbëjnë ***Ofertën***.



Një treg konkurues është ai në të cilin ka shumë blerës dhe shitës kështu që secili ka një ndikim të papërfillshëm mbi çmimin e tregut.

3

Çfarë është Kërkesa dhe Oferta Shëndetësore?

- Një madhësi sintetike shëndetësore që mat rezultatin e përgjithshëm të një ekonomie shëndetësore.
- **P.sh.: Shërbim Shëndetësor Kombëtar - Të Ardhura Shëndetësore Kombëtare – Konsumim Shërbimi, Investime Shëndetësore.**
- Dy Agregatet më kryesore në studimet e Ekonomisë Shëndetësore për rritjen e cilësisë së shërbimit shëndetësor.

4

Oferta Shëndetësore

- Kuptojmë sasinë e të mirave dhe shërbimeve përfundimtare që spitalet janë të gatshëm dhe të aftë të ofrojnë me nivele të ndryshme çmimesh në një kohë të caktuar duke marrë pa ndikim të gjithë faktorët e tjerë.
- **Ligji i ofertës**, sipas këtij ligji, shitësit do të ofrojnë një sasi më të madhe për shitje kur çmimet rriten, dhe e kundërta.

5

Faktorët që ndikojnë tek oferta

a) **Çmimet e faktorëve të prodhimit:** Para se produkti të ofrohet për shitje ai duhet të prodhohet duke përdorur burime të caktuara.

b) **Teknologjia e përdorur:** Një përmirësim në teknologji nënkupton që produkti mund të prodhohet në mënyrë më efiçiente, dmth me një kosto më të ulët. Pra, një përmirësim në teknologji ul koston e produktit dhe çon për rrjedhojë në një rritje të ofertës.

c) **Çmimet e mallrave të lidhur:** Shitësit kur duan të marrin vendim për të ofruar produkte në treg, ashtu si edhe gjithë vendimmarrësit e tjerë, analizojnë dhe krahasojnë alternativat e mundshme të marrjes së vendimit.

6

Faktorët vazhdim . . .

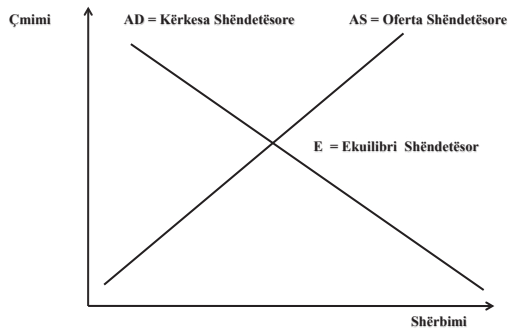
d) **Pritjet e ofruesve:** Ashtu sikurse blerësit edhe shtësit kanë parasysh çka pritet të ndodhë në të ardhmen për të marrë vendimet e tyre për ofertën e produkteve.

Psh: Nqs një prodhues këpucësh pret që kërkesa për këpucë të rritet në të ardhmen, ai do të ulë shitjen aktuale të këpucëve (ose do të rrit rezervat e këpucëve), në mënyrë që të shesë më shumë kur çmimi të jetë më i lartë.



7

Kurba e Ofertës dhe Kërkesës Shëndetësore



8

Kërkesa dhe Oferta

- **Kërkesa shëndetësore është përpjesëtimore me intensitetin e shfaqjes së sëmundjeve. Kërkesa e shëndetësisë lidhet drejtpërsëdrejti me përhapjen e sëmundjeve në mënyrë epidemike.**

- **Faktorët kryesorë që lidhen me Kërkesën & Ofertën ?**

1) Rolet e Sistemeve Financiare
2) Faktorët Demografikë
3) Faktorët Kulturorë

9

1. Ndikimi i sistemit të financimit mbi ofertën në shëndetësi

❑ ***Si ndikon sistemi financiar mbi ofertën në shëndetësi?***

Sistemi Financiar ndikon në karakteristikat e ofertës së sistemit shëndetësor në nivel të institucioneve private.

❑ ***Çfarë do të thotë kjo?***

Le të marrim një shembull:

Roli i sigurimeve shëndetësore bën që ekuilibri i ofertës me kërkesën të zhvendosen duke shkaktuar kështu një rritje të sasive të prodhuara – konsumuara për kujdesin shëndetësor dhe nga ana tjetër një zvogëlim të çmimit të paguar nga konsumatorët dhe një rritje të fitimit të marrë nga prodhuesit.

10

❑Të gjitha këto interesa të ndryshme konvergojnë drejt një tendencë të përgjithshme mbi prodhim dhe konsum të kujdesit dhe shëndetit.

❑Sot në vendet me zhvillim të mirë ekonomik pacientët janë të siguruar, ata shpërblehen – paguhen për kujdesin e tyre shëndetësor, për blerjet e tyre shëndetësore.

❑Ky faktor luan një rol të rëndësishëm në rritjen e kërkesës por dhe të ofertës shëndetësore.

11

Mbi Kërkesën e Shëndetit

- Shtrirja e sistemeve mbuluese kundër riskut të sëmundjeve liberalizon konsumin.
- Zhvillimi i rëndësishëm i sigurimeve private të quajtura "plotësuese", është si shfrytëzim i kërkesës së popullsisë për një shpërblim total e komplet të riskut të sëmundjes.
- ***Financimi mund të jetë sigurimi:***
  - ✓Direkt nga shteti (sistemi britanik)
  - ✓Nga organizma parapublike (sistemi francez)
  - ✓Nga bashkësitë lokale (sistemi suedez)
  - ✓Nga sigurimet private (sistemi amerikan)

12

2. Influenca e faktorëve demografikë mbi ofertën shëndetësore

- Faktorët demografike në vende të ndryshme me zhvillim ekonomik të ndryshëm kanë influenca të ndryshme nga njëra tjetra.
- **P.sh:** Në Francë oferta e kujdesit shëndetësor tregon një mbulim gjeografik të ndryshëm, kjo shkon në varësi të specialitetit të mjekëve si prodhues të shërbimit shëndetësor.
- Duhet përmendur gjithashtu që kategori të ndryshme të popullatës kanë nevoja të ndryshme shëndetësore.

13

Mbi Kërkesën e Shëndetit

- E rëndësishme është që popullsia të informohet në lidhje me kërkesat shëndetësore.
- Gjithashtu në vendet me zhvillim të lartë ekonomik kërkesat shëndetësore janë më të larta se vendet me zhvillim të ulët ekonomik, dhe kjo vjen si pasojë e të ardhurave ekonomike.
- Konsumi mjekësor nuk ndahet në mënyrë homogjene me popullsinë: Janë personat e moshuar ata që përdorin më tepër shërbime shëndetësore (***Efekti Brer***)

14

Pasojat e plakjes së popullsisë mbi shpenzimet

- Një tjetër faktor demografik është edhe mosha e popullatës e cila redukton kërkesën dhe ofertën shëndetësore në vartësi të nevojave të tyre shëndetësore.
- Në vendet me zhvillim rritja e numrit të popullatës joaktive në raport me numrin e personave aktive ka filluar ti shqetësojë seriozisht organet e planifikimit buxhetor.
  - P.sh: *Gjinia femërore përdor sot një shumë të konsiderueshme për shëndetin dhe kjo është më e lartë se ajo e gjinisë mashkullore.*

15

▪Gjithashtu edhe fëmijët janë një pjesë e popullsisë që konsumojnë një shërbim mjekësor të lartë duke përdorur një numër të madh konsultimesh tek pediatri ose ORL, etj.

▪Konsumi shëndetësor varet në periudha të ndryshme të jetës (ai është më pak i rëndësishëm në moshat ekstreme) dhe ndarjes në sekse. Ai është i lidhur gjithashtu me faktorët social – kulturorë.

▪Ky ndikim në vende të ndryshme është i ndryshëm dhe shfaqet në forma të ndryshme.

16

3. Ndikimi i faktorëve kulturorë mbi ofertën e shërbimit

❑Praktika mjekësore zhvillohet dhe pasurohet në lidhje me sistemin social –kulturor të një tregu.

❑Kjo shprehet nga mënyra se si funksionojnë dhe operojnë qendrat e ndryshme spitalore kudo në botë.

❑Vendet e zhvilluara kanë më shumë mjekë e spitale se vendet në zhvillim. Për më tepër, qendrat e mëdha spitalore universitare, përshtaten me mirë me kulturën dhe patologjitë e vendeve të zhvilluara.

17

Mbi kërkesën në shëndet:

❑Interesi i individëve për trupin e tyre rritet në masën e ngritjes së tyre në hierarkinë sociale.

❑Kjo bën të ndryshojë dhe strukturat e konsumit të kujdesit shëndetësor në grupe popullate të ndryshme, me nivel socal ekonomik të ndryshëm. (psh. ***Fermerët***)

❑Megjithatë kategoritë social profesioniste më të kualifikuara, kanë tendencë dhe janë më të ndjeshëm ndaj masave parandaluese, krahas kategorive të tjera.

18

Ndikimi i Ofertës mbi Kërkesën.

- Sa më shumë të rritet oferta dhe kjo do të thotë rritje e numrit të mjekëve dhe spitaleve, aq rritet dhe kërkesa e popullatës për shëndet. Ky ndikim i ofertës me kërkesën quhet fenomeni i ***Kërkesës Induite***.
  - ***Kërkesa për kujdes mjekësor është nga ana e saj e pakufizuar nëse konsiderojmë përkufizimin e shëndetit si një gjendje mirëqenieje fizike dhe morale.***
- Kufiri i kërkesës qëndron në fakt kryesisht në përdorimin sa më të efektshëm të sistemit të kujdesit në funksion të të dhënave aktuale të njohurive mjekësore.

19

- Përveç kësaj, çdo zbulim medikal gjen shpejt një fushë të re aplikimi dhe zëvendësohet rrallë herë nga zbulimi i mëparshëm.
- Efikasiteti gjithmonë e më i madh i mjekësisë rritet e përdoret në mënyrë konstante nga popullsia.
- Nga ana tjetër, konsumi i konsultimeve mjekësore në një rajon është në përpjesëtim me numrin mjekëve. Mjekët kontribuojnë kështu në krijimin e një tregu shëndetësor.
- Shpesh numri i pranimeve është në përpjesëtim me numrin e shtretërve të lirë të një spitali, kjo ul kështu pragun e rëndesës së sëmundjeve që mund të kenë nevojën e një hospitalizimi.

20

Me çfarë lidhet kërkesa Induite në sistemin shëndetësor?

- ✓Kërkesa induite është e lidhur ngushtë me mbrojtjen sociale të popullatës.
- ✓Mund të paraqitet dhe shpjegohet në mënyra të ndryshme.

Cilat janë këto mënyra?

1. Shtimi i demografisë mjekësore çon në lindjen e formave pak a shumë direkte të publicitetit.
2. Konkurrenca profesionale nxit për një marrje kompletë në ngarkim mjekësor të pacientit.
3. Dendësia e shtuar mjekësore në qytetet e mëdha është apel direkt për konsumin e kujdesit.

21

4. Spitalet publike ose private ushtrojnë atraksion ndaj popullsisë që është në përpjesëtim me kapacitetin e kujdesit.
5. Informacioni i popullatës përballë mundësive në rritje pa ndërprerje të mjekësisë është një konstante e përhershme.

❑**Kërkesa Induite është e lidhur me interesat e politikanit të shëndetit, sepse është më e lehtë të veprosh mbi ofertën sesa mbi vete kërkesën për të kontrolluar shpenzimet në shëndet.**

22

FALEMINDERIT

23

Tregjet e lira
Kërkesa dhe Oferta
Elasticiteti

TË SHIKOJMË EKONOMINË SHËNDËTSORE SI EKONOMI TREGU

(TREGJE TË LIRA/KAPITALISTE/*FREE MARKETS*)

Një mënyrë për të përballuar problemin e pamjaftushmërisë së burimeve është të lejosh të blejnë kujdesin shëndetësor ata konsumatorë që duan dhe munden.

Pra të mos sigurosh kujdes shëndetësor falas, por të paguar.

Tregu i lirë më tipik është ai i **KIRURGJISË ESTETIKE** apo i **OSTEOPATISË**.

Trajtimet e kirurgjisë estetike janë në dispozicion të atyre që dëshirojnë dhe kanë para për ti paguar. Këto lloj trajtimesh shëndetësore shiten si çdo produkt tjetër konsumi.

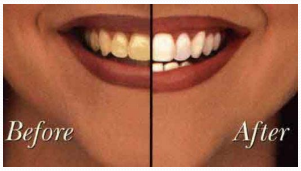
Konsumatorët blejnë trajtime, sepse fitojnë kënaqësinë prej tyre në të njëjtën mënyrë sic fitojnë kënaqësinë nga një makinë apo një veshje e re.

"*Nuk ka asgjë të keqe me kirurgjinë plastike, në qoftë se ju e dëshironi atë. Është si të blesh një Porsche. Ju nuk keni nevojë për një të tillë. Kjo thjesht ju bën të ndjeheni më mirë*".

David Sharpe, (kirurg britanik)

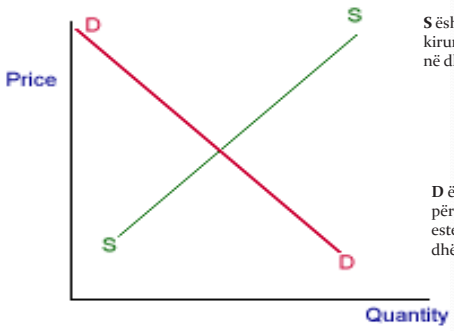
Kirurgjia Estetike për Dhëmbët dhe Stomatologjia Estetike

Vitet e fundit po shikohet një prirje shumë më e madhe për të pasur dhëmbë sa më të bukur. Pra më shumë konsumatorë mundohen jo vetëm ti kenë dhëmbët e shëndetshëm por dhe më të bukur; kirurgjia estetike është një fushë në të cilën janë rritur fitimet.



http://www.youtube.com/watch?v=-Sivp-a85vo

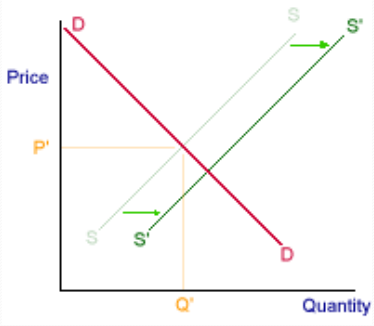
- Tregu fillestar para se të ndodhin ndryshime



S është oferta e kirurgjisë estetike në dhëmbë

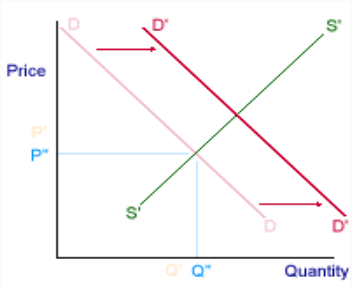
D është kerkesa për kirurgjinë estetike në dhëmbë

Përmirësimi i Teknologjisë... ➡ rrit Ofertën

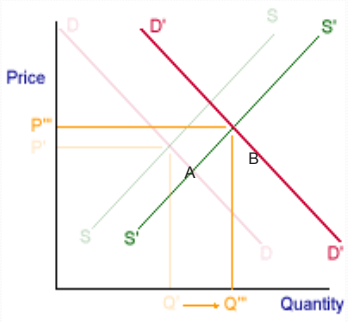


Rritja e ofertës paraqitet me zhvendosjen majtas të **S** (ofertës) pra dhe me ulje të **P** (çmimeve) dhe rritje të sasisë së kërkuar/ofruar (**Q**)

- Por ndërkohë kanë ndryshuar dhe Shijet e konsumatoreve për të qënë sa më të paraqitshëm duke rritur kërkesën



Rritja e kërkesës paraqitet grafikisht me zhvendosjen e **B** (kërkesës) nga e djathta gjë që rrit **P** (çmimin) dhe **Q** (sasinë e kërkuar/ ofruar)



Pra nëse vendosim këto 2 ngjarje në të njëjtin grafik rritja e Ofertës dhe e Kërkesës ka rritur Çmimet (P) dhe Sasitë (Q). Ekuilibri zhvendoset nga A në B.

Pra tregu i Kirurgjisë estetike në mbarë botën përbën një % gjithmonë e në rritje të shpenzimeve të konsumatorëve.

IMPLANTET DENTARE: NJE TREG NË RRITJE

Implantet dentare tashmë mbajnë një pjesë të konsiderueshme, gati 18% të tregut global te pajisjeve dentare, dhe pritet gjithashtu të ketë një nga % e rritjes më të larte të të gjitha pajisjeve dentare. Kjo është kryesisht për shkak të kërkesës në rritje për stomatologji kozmetike në të gjithë botën / nga të gjitha grupmoshat.

Te ardhurat nga Implantet dentare ne treg mendohet të jen rritur nga 32 miliard $ në 2010 në 42 miliard $ në 2015; me një normë vjetore prej 6% 2010-2015. Evropa aktualisht eshte tregu më i madh në botë për implantet dentare me një pjesë të tregut prej 42%, dhe pritet gjithashtu të ketë rritjen më të lartë vjetore, 7%, 2010-2015.

Ndërsa mungesa e vetëdijes së konsumatorëve në ekonomitë në zhvillim, mund të pengojnë rritjen e tregut, lojtarët ne kete industri kanë ende mundësi të mëdha të rritjes sepse vetëm 2% në 3% e popullsisë botërore ka marrë trajtim implant deri tani. Plakja e brezit te *baby Boomers* në vendet e zhvilluara ofron një mundësi të lartë të rritjes, sepse ky segment është e karakterizuar nga të ardhura të larta, dhe gjithashtu nga një nevojë në rritje për kujdesin dentar për shkak të jetëgjatësisë më të madhe.

- Implantet dentare kane pasur përmiresime të mëdha në vitet e fundit, duke siguruar pacientët me nivele të pashembullt të efektivitetit, komoditetit, dhe përballueshmërisë.
- Kjo është një nga arsyet kryesore pse aq shumë dentistë rekomandojnë implantet dentare si metodë e tyre të preferuar për të zëvendësuar dhëmbët e humbur.
- Implantet dentare mund të ofrojë shumë përfitime. Për shkak se ata bashkohen eventualisht ne nofull, janë më të qëndrueshme se protezat. Njerëzit me implantet dentare jane në gjendje për të folur dhe ngrene më lehtë, sepse ata nuk përballen me rrezikun e protezave rrëshqitese.

Në SHBA për të zëvendësuar një dhëmb të vetëm mund të kushtojë nga 3000 $ në 4500 $. Për të zëvendësuar një seri të plotë ose të pjesshme të dhëmbëve mund të kushtoje nga $ 20,000 deri në 45.000 $. Implantet zakonisht përfshijnë punën e dy kirurgve dhe një dentisti.

Kostot e larta të implanteteve dentare dhe kërkesa për stomatologji kozmetike kane rritjur dhe **turizmin dentar.** Njerëzit janë gjithnjë duke kërkuar trajtim jashtë vendit. Amerikanët kanë tendencë të shkojnë kryesisht në vendet e Amerikës së Jugut, ndërsa evropianët perëndimorë të shkojnë në vendet e Evropës Lindore, si Hungaria, dhe Azi.

TREGU PER OSTEOPATINË (Osteopathy)



Osteopatët manipulojnë dhe masazhojnë kockat, muskujt dhe ligamentet e shtrembëruar ose tensionuar.

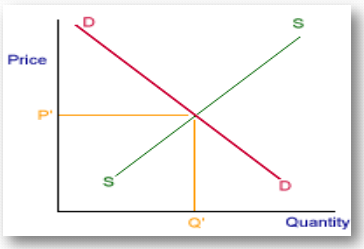


- http://www.dailymotion.com/video/xdiou9_osteopathy-joint-pain-alternative-m_news

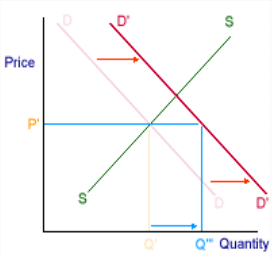
Si reagon tregu ndaj “shocks” ose ndryshimeve?

Le të analizojmë reagimin e tregut duke parë një *shocks* në kërkesë të shkaktuar nga një rritje në të ardhurat e konsumatorëve. Si do të reagojnë tregu i osteopatisë?

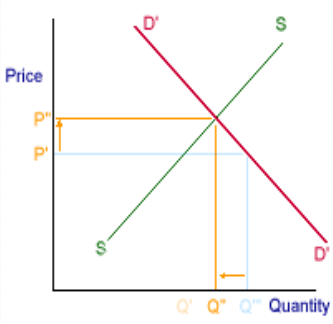
Tregu në fillim duket kështu:



- Nëse të ardhurat e konsumatorëve rriten dhe duke pasur parasysh se osteopatia është një “produkt normal” atëherë kjo rritje të ardhurash do të rrisë kërkesën për osteopati.

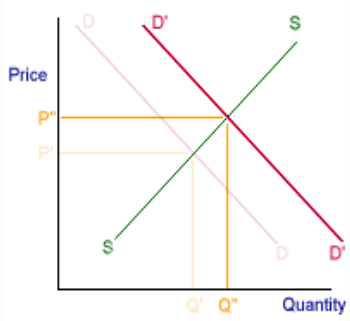


Kështu që Sasia e kërkuar rritet dhe nëse çmimi mbetet i njëjtë kemi një pakicë në produkte (ose kërkesë të tepërt). Pra tregu nuk është në ekuilibër.



Pra ajo që do të ndodhë është rritja e çmimeve dhe ulja e sasisë së kërkuar deri sa të arrijmë në një ekuilibër të ri me çmime më të larta.

Gjthsesi kjo sasi e kërkuar dhe ofruar është shumë më e lartë sesa në fillim kur tregu ishte në ekuilibër dhe nuk ishin rritur ende të ardhurat e konsumatorëve.



Pra si përfundim kjo rritje në të ardhurat ka sjellë rritje si të Çmimit të ekuilibrit ashtu dhe të Sasisë (kërkuar/ofruar).

Pra kjo është "**Dora e Padukshme**" në ekonomi së cilës i referohej **Adam Smith**

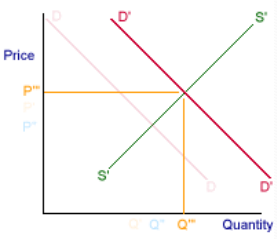
Kush vendos sa shërbim osteopatik të prodhohet?

Përgjigja është: në një ekonomi tregu janë pikërisht **konsumatorët.**

Konsumatorët i japin sinjale prodhuesve të këtij shërbimi se deri sa janë të gatshëm të paguajnë. Në varësi të kësaj osteopatet vendosin nëse duhet prodhuar më pak apo më shumë.

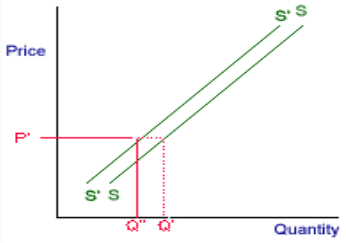
Pyetje: Nëse çmimi i seancave të fizeoterapisë rritet çfare ndodh me kërkesën për osteopati?

Përderisa Osteopatia dhe Fizioterapia janë dy shërbime ZËVËNDËSUESE atëherë rritja e çmimit të fizioterapisë rrit kërkesën për osteopati.



Supozojmë se rrogat e infermiereve rriten atëherë çfarë ndodh me Ofertën e Osteopatisë?

Meqënëse rroga e infermiereve është faktor prodhimi apo input në prodhim, rritja e rrogave sjell rritjen e kostos së prodhimit të shërbimit të osteoterapisë. Pra oferta do të zhvendoset majtas. Gje që sjell uljen e sasisë së ofruar.



Elasticiteti . . .

- ...na ndihmon të analizojmë kërkesën dhe ofertën më në detaj.
- Elasticiteti tregon se sa shumë apo se sa pak blerësit dhe shitësit reagojnë ndaj ndryshimeve të kushteve të tregut.

ELASTICITETI I KËRKESËS

Elasticiteti i Çmimit të Kërkesës mat masën sesa ndryshon sasia e kërkuar e një produkti/shërbimi si rrjedhojë e ndryshimit në çmim.

ELASTICITETI I ÇMIMIT TË KËRKESËS VARET NGA:

- Disponueshmëria e Zëvëndësuesve të Afërm.
- Nëse flasim për një produkt/shërbim të Nëvojshëm apo një produkt/shërbim Lluksi .
- Përkufizimi i Tregjeve (në përgjithësi apo detaj).
- Hapësira Kohore .

Kërkesa është më elastike kur:

- Ekziston një numër i madh zëvendësuesish në treg.
- Nëse shërbimi është një lluks.
- Nëse tregu është përkufizuar në mënyrë sa më të detajuar.
- Në një afat kohor të gjatë.

Elasticiteti i çmimit të kërkesës përllogartitet si ndryshimi në përqindje të sasisë së kërkuar pjestuar me ndryshimin në përqindje të çmimit.

Elasticiteti i Çmimit të Kërkesës = $\frac{(Q_2-Q_1/Q_1) \times 100}{(P_2-P_1/P_1) \times 100}$

$Q_2 - Q_1$ mund të japë numra negative (sepse sasia mund të zvogelohet). Pra kur ndodh kjo atëherë do të marrim vlerën absolute të rezultatit.

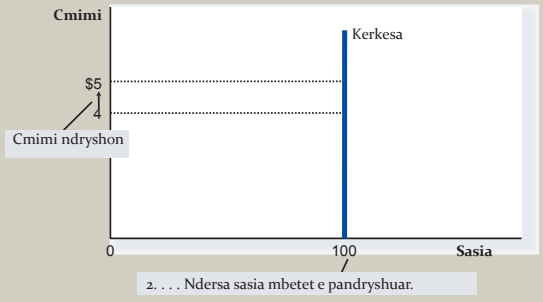
E njëjta gjë vlen dhe për çmimin.

- Ekonomistët përdorin dhe një formulë tjetër e cila është formula e pikës së mesit.

$$\text{Price elasticity of demand} = \frac{(Q_2 - Q_1)/[(Q_2 + Q_1)/2]}{(P_2 - P_1)/[(P_2 + P_1)/2]}$$

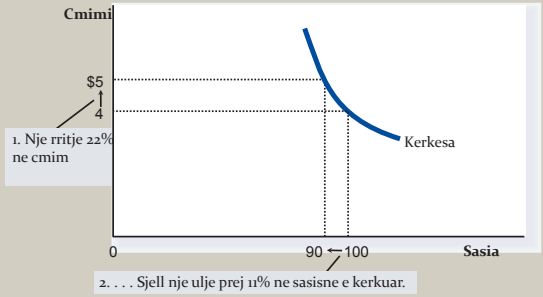
- Kur kemi *kërkesë inelastike:*
  - Sasia e kërkuar nuk ndryshon shumë me ndryshimin e çmimit.
  - Elasticiteti i çmimit të kërkesës është më i vogël se një (<1)
- Kërkesa *elastike:*
  - Sasia e kërkuar ndryshon shumë me ndryshimin në çmimit.
  - Elasticiteti i çmimit të këresës është më i madh se një (>1)
- Këkresa *Inelastike Perfekte:*
  - Ndodh kur sasia e kërkuar nuk ndryshon aspak me ndryshimin e çmimeve.

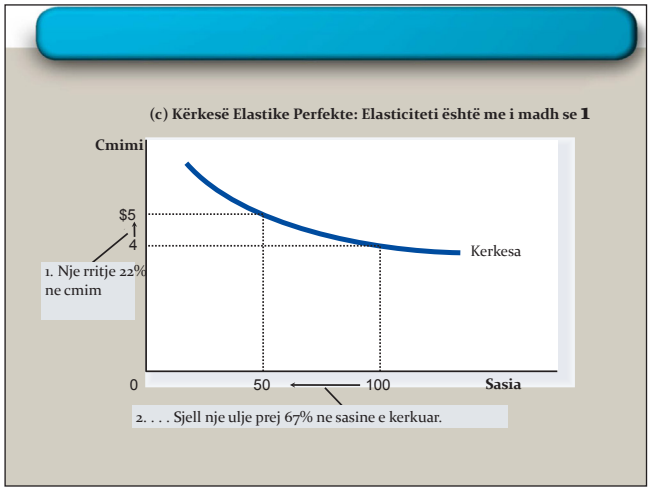
(a) Kërkesë Inelastike Perfekte: Elasticiteti është i barabartë me 0



Copyright©2003 Southwestern/Thomson Learning

(b) Kërkesë Inelastike Perfekte: Elasticiteti është më pak se 1

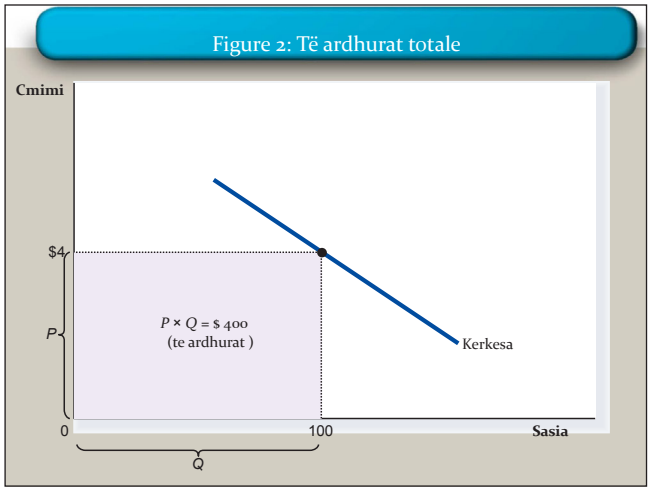




Total Revenue and the Price Elasticity of Demand

- *Të ardhurat totale* janë sasitë e parave të paguara nga blerësit dhe të përfituara nga shitësit e një produkti.
- Formula e të ardhurave totale është prodhimi i çmimit me sasinë.

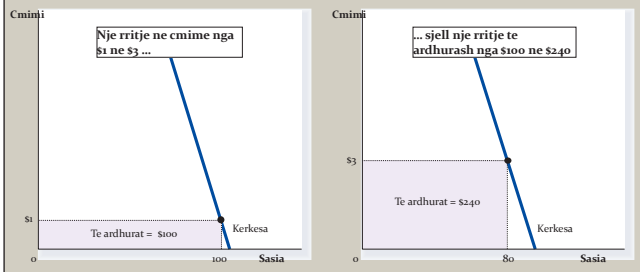
$$TR = P \times Q$$



Elasticity and Total Revenue along a Linear Demand Curve

- Kur kemi një kurbë kërkesë inelastike atëherë një rritje në çmim sjell një ulje në sasinë e kërkuar por në një nivel shumë të vogël sesa rritja.
- Pra në këtë mënyrë të ***ardhurat totale do të zmadhohen.***

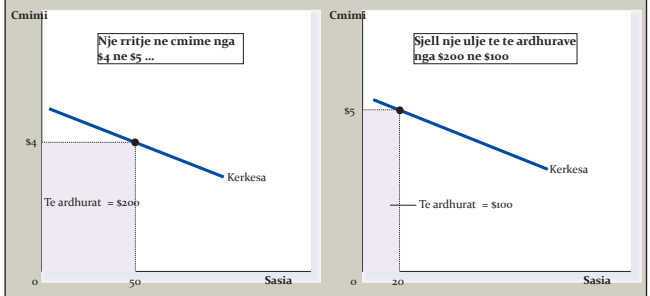
Figure 3: Si ndryshojnë të ardhurat totale kur ndryshojnë çmimet : Kërkesa Inelastike



Elasticity and Total Revenue along a Linear Demand Curve

- Kur kurba e kërkesës është elastike, një rritje në çmim sjell një ulje në sasinë e kërkuar që është shumë me e madhe sesa ndryshimi në çmim.
- *Pra,* ***të ardhurat totale do të ulen.***

Figure 4: Si ndryshojnë të ardhurat totale kur ndryshon çmimi : Kërkesa Elastike



Price	Quantity	Total Revenue (Price × Quantity)	Percent Change in Price	Percent Change in Quantity	Elasticity	Description
$7	0	$ 0				
			15	200	13.0	Elastic
6	2	12				
			18	67	3.7	Elastic
5	4	20				
			22	40	1.8	Elastic
4	6	24				
			29	29	1.0	Unit elastic
3	8	24				
			40	22	0.6	Inelastic
2	10	20				
			67	18	0.3	Inelastic
1	12	12				
			200	15	0.1	Inelastic
0	14	0				

Elasticiteti i çmimit të kërkesës na lejon që të parashikojmë se çfarë do të ndodhë me shpenzimet kur kemi ndryshme ne çmime.

Nëse çmimi i osteopatise rritet, njerëzit do të blejnë më pak trajtime.

Por ata do të shpenzojnë më pak?

- Psh. nëse çmimi i një trajtimi rritet nga 20 £ një orë në £ 22 (një rritje të çmimeve prej 10%). Nëse me 20 £ një orë, konsumatorët blejnë 1.000 trajtime në javë atehere shpenzimet £ 20,000. Pas rritjes së çmimeve, ata blenë një javë 950 (një rënie prej 5%), por shpenzimet e tyre ishte rritur në 20.900 £ (= 950 x £ 22).
- Pra, konsumatoret shpenzojnë më shumë në osteopati pas rritjes së çmimeve për shkak se përqindja e rritjes në çmim është më e madhe sesa uljet ne përqindjen e vëllimit të shitjes.
- Pra, edhe pse shitjet e osteopatis bien, konsumatorët përsëri shpenzojnë më shumë sepse ky produkt e ka një elasticitet çmimi kërkesë < 1 pra inelastike.

Income Elasticity of Demand

- *Elasticiteti i të ardhurave të kërkesës* mat sesi sasia e kërkuar e një produkti i përgjigjet ndryshimeve të të ardhurave të konsumatorit.
- Përllogaritet si përqindja e ndryshimit të sasisë së kërkuar pjestuar me përqindjen e ndryshimit të të ardhurave të konsumatorit.

Income Elasticity

- Produktet të cilët janë të nevojshëm për konsumatorët janë inelastike ndaj ndryshimit të të ardhurave.

Për shembull sherbimet mjeksore, nafta, dritat, uji.

- Produktet të cilët konsumatorët i shikojnë si lluks janë elastike ndaj ndryshimit të të ardhurave.

Psh. kirurgjia estetike, makinat sportive, peliçet.

ELASTICITETI I OFERTËS

- *Elasticiteti i çmimit të ofertës* mat sesi sasia e ofruar e një produkti i përgjigjet ndryshimeve në çmim të atij produkti.
- Elasticiteti i çmimit të ofertës përllogaritet si përqindja e ndryshimit të sasisë së ofruar pjestuar me përqindjen e ndryshimit të çmimit.

Figure 6: The Price Elasticity of Supply

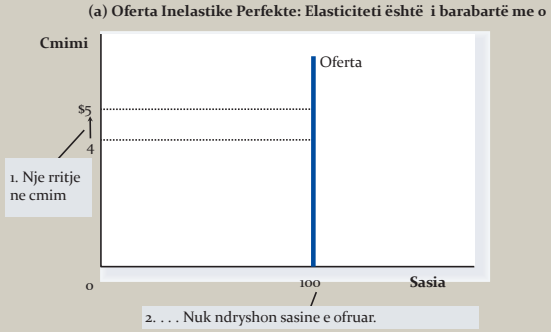
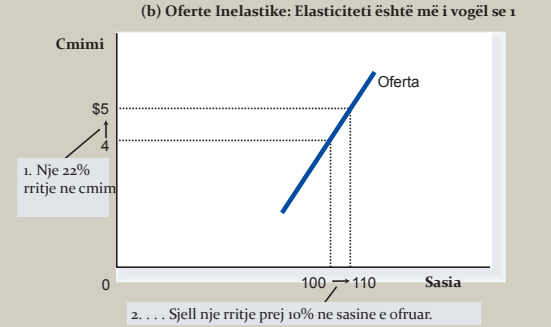
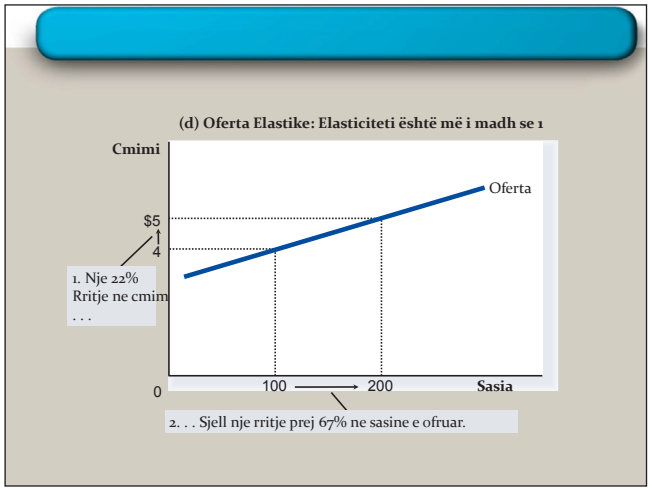


Figure 6 The Price Elasticity of Supply





Determinants of Elasticity of Supply

ELASTICITETI I OFERTËS VARET NGA:

1. Aftësia e prodhuesve për të ndryshuar sasinë e një produkti që ata prodhojnë. Nëse ata nuk mund ta ndryshojnë prodhimin shumë shpejt edhe pas ndryshimit të çmimeve atëherë oferta është inelastike.

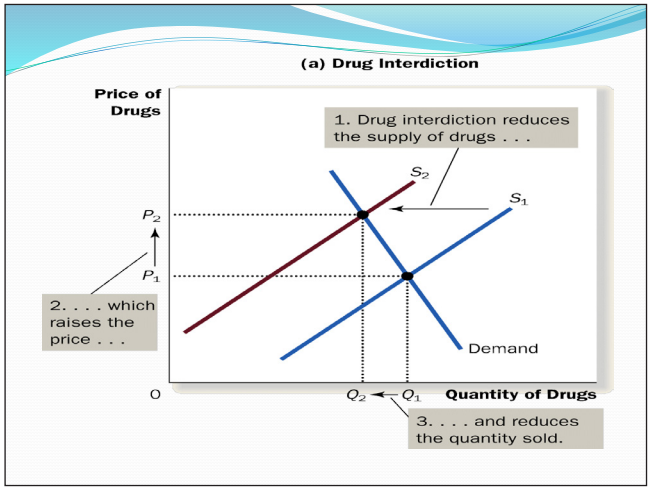
2. *Periudha kohore*
   Oferta bëhet më elastike në periudha të gjata kohore.

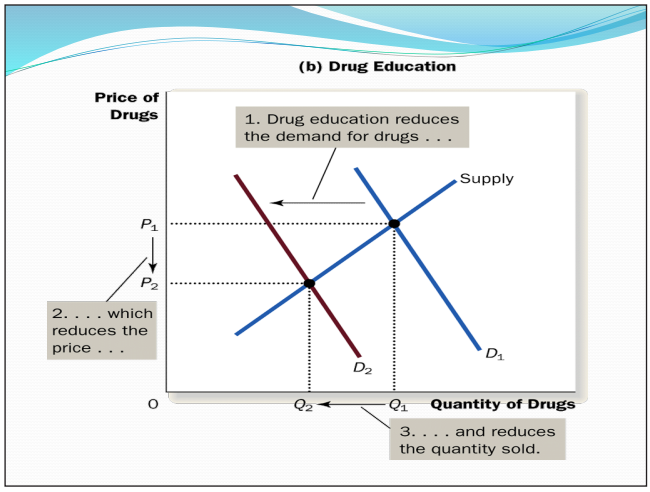
Computing the Price Elasticity of Supply

- Elasticiteti i ofertës përllogaritet si përqindje e ndryshimit të sasisë së ofruar pjestuar me përqindjen e ndryshimit të çmimit.

Pyetje:

Si mund të luftohet përdorimi i drogës duke pasur parasysh elasticitetin e ofertës dhe kërkesës?





NHS (*National Health Service*) paguan vetëm një pjesë të shpenzimeve të mjekimit të dhëmbëve të rriturve, pjesa tjetër e mbetur duhet të paguhet nga vetë pacienti.

Cilët janë efektet e rritjes së çmimeve të shërbimit dentar me 10% nëse elasticiteti i çmimit të kërkesës është 0,6?

- Sasia e kërkuar e shërbimit dentar do të ulet me 6%.
- Gjithsesi rritja prej 10% e çmimit e tejkalon uljen e sasisë prej 6% pra si rezultat shpenzimet dentare rriten edhe pse do ketë pacientë që heqin dorë prej tyre.

Si është elasticiteti i çmimit të kërkesës për barnat me recetë?

Varet nga lloji i sigurimeve shëndetësore që kanë konsumatorët.

Kur kostoja e paguar nga konsumatorët (*Cost Sharing*) rritet, nga studime të shumta është vënë re që kërkesa për barna bëhet më elasike.

Nëse kostoja e paguar bie më shumë mbi kompanitë e sigurimit elasticiteti i kërkesës së barnave është më i vogël.

KUJDESI SHËNDETËSOR ËSHTË DIÇKA QË PREK TË GJITHË.

E ARDHMJA E SHËRBIMIT SHËNDETËSOR KOMBËTAR SHFAQET VAZHDIMISHT SI NJË NGA ÇËSHTJET MË TË RËNDËSISHME ME TË CILAT PËRBALLEN KRIJUESIT E POLITIKAVE PUBLIKE.

Edhe në vënde të zhvilluara si Britania e Madhe, kujdesi shëndetësor është gati në krizë të përhershme me ceshtje si psh:

mungesa e shtretërve spitalore, pacientët lihen të qëndrojnë në korridore, ndërsa politikanët argumentojnë pafund mbi sa më shumë apo më pak duhet shpenzuar për të NHS-së.

PSE ËSHTË KUJDESI SHËNDETËSOR NJË FUSHË KAQ E DISKUTUESHME EKONOMIKISHT DHE GJITHMONË PROBLEMATIKE?

Përse konsumatorët kërkojnë kujdesin shëndetësor? Përgjigja e thjeshtë është ata duan të jenë të shëndetshëm. Kjo dëshirë për të qënë të shëndetshëm ka çuar në rritjen e vazhdueshme të kërkesës për kujdesin shëndetësor.

Megjithatë, ka gjithashtu një numër arsyesh përse KËRKESA specifike për kujdesin shëndetësor është rritur në mënyrë drastike në 40 vitet e fundit:

Kush janë ato?

Këto janë:

1. Ndryshimet në strukturën e moshës (Sot në botë ka një popullatë të moshës së tretë ne rritje sidomos në vendet e zhvilluara)
2. Ritja e të ardhurave reale (për shkak të rritjes së të ardhurave konsumatorët i kushtojnë më shumë vëmendje madje dhe shqetësimeve më të vogla)
3. Përmirësimet në teknologjinë mjekësore (tashmë është e mundur të kurohen sëmundje të cilat më parë ishin të pa shërueshme)

OFERTA, KËRKESA DHE NDËRHYRJET QEVERITARE

- Në një treg të lirë dhe të parregulluar janë forcat e tregut ato të cilat vendosin cmimin dhe sasinë e ekuilibrit.
- Ndërsa konditat e ekuilibrit mund të jenë eficente jo cdo kush është i kënaqur. Pra kemi të bëjmë me dilemën e efiçencës ndaj barazisë.

Kontrolli mbi Çmimet

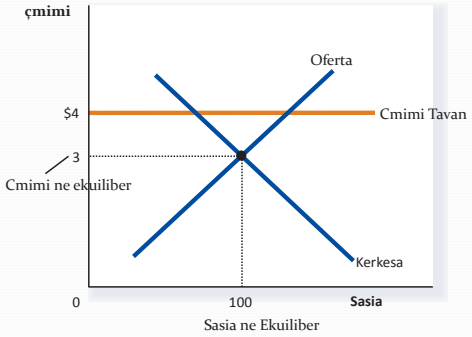
- Kontrollet mbi çmimet vendosen nga krijuesit e politikave publike kur mendojnë se një cmim i caktuar nga tregu është i pa drejtë për blerësit apo shitësit.
- Dhe rezultati i kësaj janë krijimi i çmimeve dysheme apo tavan nga ana e qeverisë.
  - *Çmimet Tavan:*
    - Një maksimum ligjor i cmimit që mund të ketë një produkt apo shërbim.
  - *Çmimet Dysheme:*
    - Një minimum ligjor i çmimit me të cilin mund të shitet një produkt apo shërbim.

- Dy janë pasojat kur qeveria vendos cmime tavan:
  - Nëse çmimi vendoset mbi atë të ekuilibrit atëherë nuk krijohen probleme dhe ky quhet ***çmim tavan jo lidhës***.
  - Nëse cmimi tavan vendoset nën ekuilibër atëherë krijohen ato që quajmë mungesa, ky quhet *çmim tavan lidhës*.

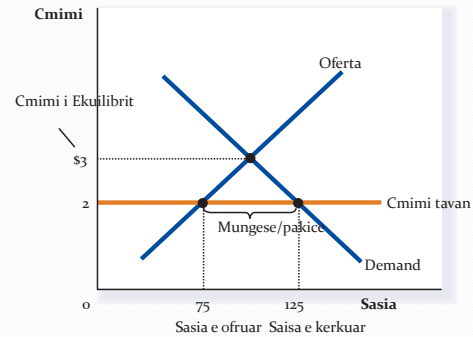
Përse i vendos qeveria çmimet tavan?

Për të mbrojtur konsumtorët!

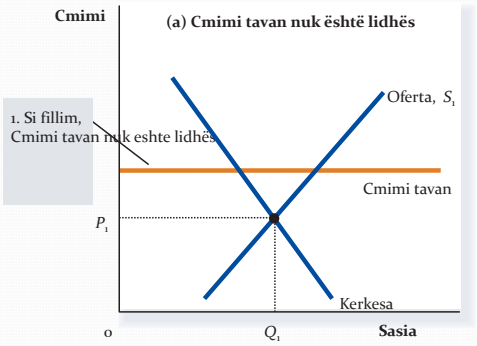
(a) Një cmim tavan jo lidhës/që nuk krijon probleme në treg

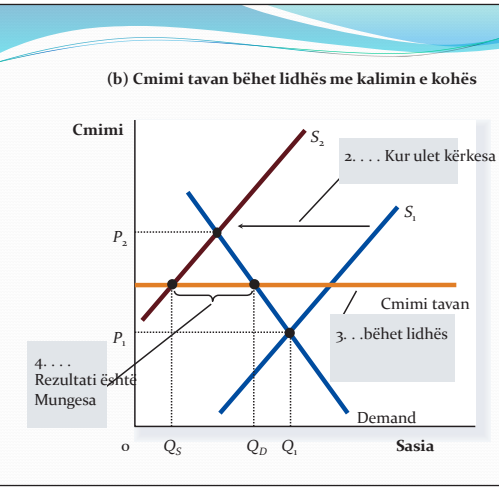


(b) Nje cmim tavan lidhës/ që krijon probleme



Efektet e çmimeve tavan lidhës krijojnë mungesa sepse $Q_D > Q_S$.
Radha njerëzish, diskriminim të blerësve





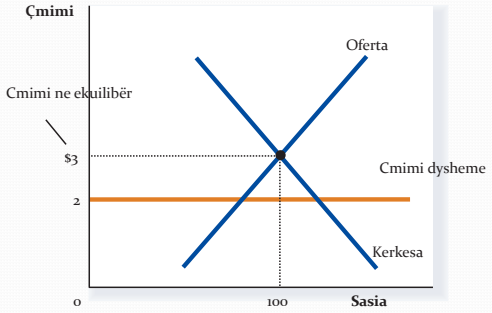
Çmimet Dysheme

- Kur qeveritë vendosin çmime dysheme dy janë pasojat.
  - Çmimi nuk është lidhës pra nuk krijon probleme nëse vendoset nën ekuilibër.
  - Çmimi është lidhës ose krijon probleme kur vendoset mbi ekuilibër duke sjellë një tepricë produktesh në treg.

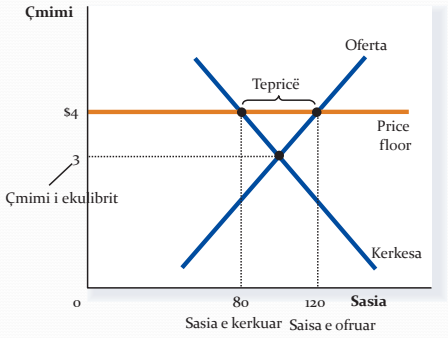
Pse i vendos qeveria çmimet dysheme?

Për të mbrojtur prodhuesit!

(a) Çmim dysheme jo lidhës

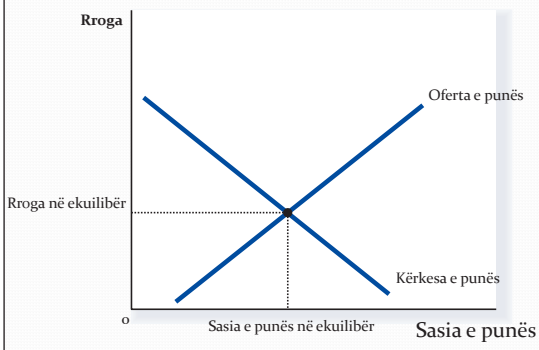


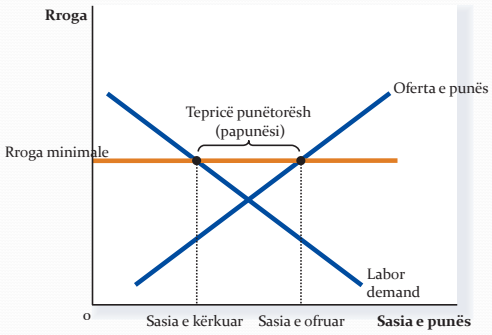
(b) Çmimi Dysheme lidhës



- Pra një çmim dysheme nuk e lejon ofertën dhe kërkesën të lëvizin drejt ekuilibrit
- Kur çmimi takon atë dysheme nuk mund të ulet më tepër dhe mbetet aty.

- Një çmim dysheme lidhës krijon. . .
  - teprica $Q_S > Q_D$.





Rast tipik, aktual, i kontrollit të çmimeve është

Plani Shëndetësor Amerikan nën kujdesin e administratës Obama.

Shpenzimet kombëtare për kujdesin shëndetësor patën një rekord të lartë prej $ 2.2 biliarde në 2007, sipas një raporti të lëshuar nga qeveria amerikane. Llogaritë e përgjithshme janë më shumë se 16 për qind e PBB-së të vendit harxhohet për shëndetësinë, dhe mesataret për këtë faturë janë 7.421 $ për cdo amerikan.

Presidenti i zgjedhur Barak Obama dhe sekretari i tij i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore, Tom Daschle, duhet të marrin hapa të menjëhershëm për të siguruar që paratë që harxhohen të shkojnë aty ku ka më shumë nevojë.

- Për fat të keq, shumë nga propozimet e administratës në lidhje me reformat, pavarësisht se kanë qëllime të mira, në thelb ato janë shkatërruese sepse mbështeten në kontrollet e Çmimeve.
- Historia tregon kontrolli mbi cmime zakonisht rezultojne në mungesa të mëdha. Kjo nuk është më pak e vërtetë kur bëhet fjalë për sektorin e kujdesit shëndetësor.
- Marrim, për shembull, planin e Obamës për të lejuar sigurimet shëndetësore publike të negociojë të drejtpërdrejt çmimet e barnave me kompanitë farmaceutike.

Në qoftë se Kongresi detyron kompanitë farmaceutike të shesin prodhimet e tyre nën çmimet e tregut, financimi për kërkimin dhe zhvillimin e medikamenteve do të bjerë drastikisht së bashku me fitimin e këtyre firmave.

Ky përbën një kërcënim serioz për të ardhmen e inovacionit mjekësor.

TEMA 3

FINANCIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR

Vështrim i përgjithshëm

Të gjitha vendet, si të zhvilluara dhe ato në zhvillim, përballin sfida dhe zgjedhje të vështira në financimin e tyre të sistemeve shëndetësore. Vendet duhet të mobilizojnë burimet e nevojshme për të siguruar shërbimet shëndetësore bazë për popullatën e tyre, të pakësojnë pabarazitë në aftësinë për të paguar këto shërbime dhe të sigurojnë mbrojtje financiare kundrejt goditjes nga shpenzimet katastrofike të kujdesit shëndetësor, përmes politikave të qarta që do të ndikojnë tre funksionet e financimit: mbledhja e të ardhurave, shpërndarja e rreziqeve dhe blerja e shërbimeve. Në menaxhimin e funksioneve të tyre të financimit shëndetësor, vendet duhet gjithashtu të sigurojnë hapësirë të përshtatshme fiskale për të rritur shpenzimet shëndetësore. Vendet në zhvillim, veçënarisht vendet me të ardhura të ulëta, përballin disa sfida në mobilizimin e burimeve të mjaftueshme për të përmbushur madje nevojat bazale të shërbimeve. Vendet me të ardhura mesatare përqëndrohen më tepër në sigurimin e mbulimit universal për popullsinë e tyre. Mekanizma të ndryshëm për shpërndarjen e rreziqeve dhe parapagimi janë të mundshëm për vendet e të gjitha niveleve të të ardhurave, por mundësitë janë kryesisht të kushtëzuara nga struktura e ekonomisë së një vendi, po ashtu dhe nga kapacitetet financiare, institucionale dhe politike. Ky kapitull trajton funksionet kryesore të financimit shëndetësor, atë të mbledhjes së të ardhurave, të shpërndarjes së rrezikut dhe të blerjes së shërbimeve. Ai përshkruan se si sistemet e financimit shëndetësor ndikohen nga faktorët socialë, ekonomikë, demografikë, mjedisorë, të jashtëm dhe politikë.

Informacioni ekonomik dhe politikat shëndetësore

Shteti është tashmë i përfshirë në financimin, planifikimin dhe menaxhimin e shërbimeve shëndetësore, të cilat janë pranuar gjerësisht si e drejtë themelore nga shtetet anëtare të OBSH-së në Deklaratën e Alma-Ata (OBSH/UNICEF, 1978), si dhe në angazhimin e "Shëndetit për të gjithë në vitin 2000". Në të njëjtën kohë, kostot dhe shpenzimet e shërbimeve shëndetësore në vendet e zhvilluara janë rritur në mënyrë të ndjeshme më shumë se GNP (prodhimi i përgjithshëm kombëtar) gjatë deklaratës së fundit, aq sa kjo përshkruhet me termin "ekspozioni i kostos së shërbimeve shëndetësore".

Nëse vendet në zhvillim nuk shfaqin të njëjtin përshkallëzim në shpenzimet e sektorit shëndetësor, kjo ndodh për shkak të pamjaftueshmërisë së burimeve të nevojshme; gjithsesi, këto vende duhet të përballojnë presione të ngjshme. Për më tepër, ka një rritje të ndërgjegjësimit për shumë faktorë që ndikojnë në shëndet, veçanërisht për aktivitetet të cilat nuk janë shërbime shëndetësore në vetvete, por që gjithsesi zhvillohen me një paramendim lidhur me shëndetin e popullatës. Si pasojë, administratorët shëndetësorë kanë pranuar nevojën jo vetëm për shërbime shëndetësore të integruara, por edhe për integrim të planifikuar të shërbimeve shëndetësore, përfshi edhe elemetët që nuk janë të lidhur direkt më këto shërbime. Duke qenë përballë qëllimeve të lavdërueshme, por shumë ambicioze, koncepti i gjerë i sektorit shëndetësor dhe rritja e presionit të financimit të tij bën që shumë vende të përpiqen që të ri-oriontojnë shërbime shëndetësore dhe aktivitete të tjera shëndetësore.

Kjo situatë në planifikimin e shërbimeve shëndetësore është shqetësuese por edhe stimuluese njëkohësisht, veçanërisht përsa i takon përpjekjeve për arritjen e një marrëveshjeje mes

konsumatorëve, ofruesve të shërbimeve dhe kontribuesve në financim lidhur me problemet bazë: objektivat dhe përparësitë shëndetësore, burimet dhe shpërndarja e tyre, si dhe metodat efektive dhe efiçiente për ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Tek e fundit, kjo kërkon që t'i kushtohet vëmendje efiçiencës ekonomike: përmirësimi i efiçiencës së shpërndarjes së burimeve – duke rritur financimin dhe shpërndarjen e burimeve sipas kategorive të sëmundjeve të ndryshme, pacientëve, zonave gjeografike, si dhe shërbimet që rritin dobinë neto të shoqërisë; nga ana tjetër, kërkohet përmirësimi i efiçiencës operativendarja e mekanizmave të financimit dhe e metodave me koston më të ulët të prodhimit dhe shpërndarja e shërbimeve shëndetësore për përmirësimin e treguesve shëndetësorë. Të dy këto qëllime kërkojnë mekanizma të përshtatshëm financimi dhe pagese në mënyrë që të sigurohen burimet e nevojshme dhe të mundësohet ofrimi i shërbimeve sipas qëllimit të dëshiruar, pa vendosur barriera në aksesin, koston, apo dis-proporcionin e shpërndarjes së shërbimeve shëndetësore.
Objektivi i maksimalizimit të dobisë neto për shoqërinë nënkupton gjykime mbi vlerat relative shoqërore të rezultateve të ndryshme. Këto gjykime lidhen me zgjedhjet e nevojshme mbi sa më poshtë vijon:

1. Mënyra e përmirësimit të shëndetit, p.sh. ulja e vdekshmërisë kundrejt uljes së sëmundshmërisë, apo ulje e sëmundjeve infektive kundrejt sëmundjeve kronike;
2. Nivelet e përmirësimit dhe kostoja e tyre, p.sh. zhdukja totale e një sëmundjeje me një kosto të caktuar kundrejt eliminimit të pjesshëm me kosto më të ulët;
3. Mosha, gjinia, dhe shtresat sociale që përfitojnë, p.sh. meshkujt e punësuar të grup-moshës 15-65 kundrejt fëmijëve nën 5 vjeç të familjeve të varfra;
4. Zonat gjeografike që përfitojnë p.sh. rajoni A kundrejt rajonit B, apo një zonë urbane kundrejt një zone rurale;
5. Kostoja dhe përfitimi mes grupeve të popullatës, p.sh. tipa të ndryshëm barazie mund të konsiderohen: *barazi horizontale* - ato me të ardhura të përafërta paguajnë njëlloj, apo ato me nevoja të njëjta dhe shërbime të njëjta; *barazi vertikale* – kontributet janë përpjesëtimore me mundësinë për të paguar, ose shërbimet e ofruara janë përpjesëtimore me nevojat;
6. Kostoja dhe përfitimi përgjatë periudhave kohore të ndryshme – kostoja dhe përfitimi mund të jenë të lidhura ngushtë në kohë. Ose përfitimet mund të jenë më të vonshme në kohë, madje edhe pas ndërprerjes së shpenzimeve për shërbime të caktuara, ndoshta në brezat e ardhshëm të popullatës.

Struktura të ndryshme financimi kanë kosto të ndryshme dhe shpërndarje të ndryshme të efekteve të përfitimit, të cilat duhet të kihen mirë parasysh.
Pasi të jenë gjykuar vlerat e mësipërme, duhen konsideruar një sërë aspektesh të lidhura me efiçiencën e shpërndarjes dhe atë operative për rritjen e të ardhurave dhe shpërndarjen e shpenzimeve. Kjo përfshin sa më poshtë vijon:

1. Performanca e financimit, p.sh. llotaritë, si një mekanizëm financimi i mundshëm, janë shumë joefiçiente për shkak të kostove të mëdha administrative të shitjes së biletave dhe pagesës së çmimeve fituese; e njëjta gjë me shpenzimet: përpjestimi buxhetit të miratuar mund të ndryshojë nga një lloj shpenzimi në tjetrin;
2. Pranueshmëria sociale dhe politike, p.sh. në financim mund të ketë evazion të gjerë të taksave të papranueshme; gjithashtu, rezistenca sociale dhe politike shpesh parandalon zbatimin efektiv të politikave për riorientimin e shërbimeve nga zonat urbane dhe kurative spitalore drejt zonave rurale, parandaluese dhe ambulatore;

3. Besueshmëria, p.sh. disa taksa mund të konsiderohen joefiçiente nëse ka lëkundje të mëdha vjetore të të ardhurave; në të njëjtën mënyrë, mund të jetë shumë joefiçiente mbështetja në ndihmat e huaja;
4. Fleksibiliteti, p.sh. investimet e kushtueshme në ndërtesa, pajisje dhe në specializimin e sofistikuar të personelit kanë efekte shumë afatgjata dhe mund të bllokojnë shpenzime të mëdha në një mënyrë relativisht të ngurtë (jofleksibël);
5. Zhvendosja, p.sh. taksa e të ardhurave mund të zhvendosë donacionet bamirëse në vend që t'i plotësojë ato;
6. Impakti mbi shëndetin dhe sjelljet ndaj sëmundjeve, p.sh. taksat e larta për duhanin dhe alkoolin mund të ulin problemet shëndetësore, ndërsa tarifat e larta për përdorimin e shërbimeve shëndetësore do të ulin kërkesën për shërbime nga shtresat e varfra;
7. Efektet në ofrimin dhe funksionimin e shërbimeve shëndetësore. Modelet e financimit dhe shpenzimeve mund të ndikojnë në disa mënyra: a) tipin e shërbimit të ofruar - zonat ruale mund të mbështetin punonjësit në fshat, ndërsa pagesat për shërbimet nga sigurimet shëndetësore mund të favorizojnë specialistët dhe shërbimet e sofistikuara diagnostike; b) përdorimin e shërbimeve - shërbimet publike falas kanë më shumë gjasa që të përdoren nga të varfërit në krahasim me shërbimet me pagesë;
8. Efektet në ekonomi: shërbimet dhe aktivitetet shëndetësore, madje edhe në vendet në zhvillim, mund të kërkojnë deri në rreth 6% të GDP dhe mund të çojnë në kërkesa të ndjeshme për specializime jashtë vendit si dhe importimin e pajisjeve apo barnave. Fianancimi dhe shpenzimet e vendeve të ndryshme mund të kenë efekte të rëndësishme në ekonomi. Kjo përfshin: a) inflacionin, p.sh. nëpërmjet rritjes së pagesave për personelin; b) probleme të shkëmbimit të marrëdhënieve me vendet e tjera, p.sh.nëpërmjet marrjes hua apo pagesave të mëdha për importin; c) mungesë stimuli për investime, p.sh. nëpërmjet taksave të mëdha në sektorë të caktuar të ekonomisë; d) kostot oportune, p.sh. thithja e fuqisë punëtore në shëndetësi në kurriz të sektorëve të tjerë të ekonomisë; e) përmirësimi i produktivitetit ekonomik, p.sh. nëpërmjet uljes së pa- aftësisë së parandalueshme dhe vdekjes në popullatën e punësuar.

Të dhënat financiare janë të vetmet tregues që mundësojnë përfshirjen e të gjitha burimeve në një panoramë të përgjithshme të situatës dhe planifikuesit e shëndetësisë dhe menaxherët mund të vlerësojnë efiçiencën ekonomike vetëm nëpërmjet informacionit mbi shpenzimet totale nga të gjitha burimet. Atyre u nevojitet ky informacion në nivelet më të larta të planifikimit për të vlerësuar alternativat dhe përpiluar përparësitë për shërbimet shëndetësore dhe aktivitetet e tjera shëndetësore, veçanërisht për të drejtpeshuar koston dhe përfitimet. Atyre, gjithashtu, u nevojitet ky informacion edhe në nivele të ulëta për të vendosur rregullimin e sistemit të organizimit dhe financimit për arritjen e objektivava të parashikuara; për të asistuar aktivitetet menaxheriale; për të vlerësuar politikat gjatë zbatimit dhe rishikimin e nevojave për përmirësim të efiçiencës së aktiviteteve shëndetësore. Aktualisht, në shumicën e vendeve në zhvillim si dhe në shumë vende të zhvilluara, administratorët e shëndetësisë tentojnë të marrin informacion vetëm për fondet që ato kanë nën kontroll dhe shumë rrallë për fondet e sektorëve të tjerë shëndetësorë, siç mund të jenë shpenzimet nga organizmat qveritare, agjencitë e sigurimeve shoqërore, kompanitë private të sigurimeve, organizatat bamirëse, ndihmat e huaja, industria dhe individët.
Vitet e fundit, disa organizata si OBSH, Banka Botërore, Shoqata Amerikane e Shëndetit Publik, Insituti Sandoz për Shëndet dhe Studime Socio-ekonomike, si dhe institucione të ndryshme akademike, kanë tentuar të plotësojnë këtë boshllëk në njohuri nëpërmjet studimeve analizuese

të financimit dhe shpenzimeve në sektorin shëndetësor. Këta janë përpjekur t'u përgjigjen tri pyetjeve kryesore. Ndërkohë që këto përpjekje survejimi shpesh janë realizuar me burime minimale dhe vetëm sa e ngacmojnë problemin mbarëbotëror, ato, për vendet e tjera me karakteristika të ngjashme të sektorit shëndetësor, sugjerojnë se shpenzimet totale mund të jenë sa dy-trefishi i shifrave zyrtare të zakonshme. Diferenca të shkallës së tillë kanë rëndësi të madhe në tentativat drejtuese për të riorientuar sistemet shëndetësore drejt një forme më efektive dhe efiçiente.
Përse nuk e kanë shtetet këtë informacion? Ka disa arsye madhore për këtë boshllëk befasues. Së pari, ekziston një tendencë e zakonshme për të konsideruar sektorin shëndetësor si sinonim të shërbimeve shëndetësore dhe në të njëjtën kohë edhe një ide në përgjithësi e gabuar se shpenzimi prej burimeve jashtë agjencive shëndetësore kryesore qeveritare është relativisht i parëndësishëm. Së dyti, në traditën burokratike, ministritë e shëndetit (apo ndonjë agjenci tjetër që mund të autorizojë një analizë të sektorit shëndetësor) tentojnë të kundërshtojnë cënimin e territorit organizativ të punonjësve të tjerë të financave dhe shërbimeve, në mungesë të një mandati formal për të bërë kështu. Së treti, një studim analitik i HSFE-së mund të konsiderohet me përdorim të limituar, ndërkohë që punonjës të ndryshëm financiarë dhe shërbimesh vendosin veton e tyre mbi zhvillimin e një politike të integruar dhe bashkëpunimi. Së fundi, ka munguar një metodologji analize relativisht e besueshme, e shpejtë dhe e thjeshtë dhe brenda kuptimit financiar, teknik dhe logjistik të vendeve në zhvillim. Për fat të mirë, kjo situatë tani është në ndryshim e sipër, të paktën përsa i përket metodologjisë.

Zhvillimi i studimeve mbi financimin dhe shpenzimet në sektorin shëndetësor

Me aq sa kemi në dispozicion, nuk është e mundur të rishikohen të gjitha studimet e bëra deri tani apo të diskutohen vërtet në detaje ato të përfshira. Qëllimi në këtë mes është të përshkruhen stadet kryesore të studimeve të tilla si dhe tipat e veprimeve të ndërmarra.
Gjatë viteve 1950-të ka ekzistuar një interes në rritje për shpenzimet dhe kostot e shërbimit shëndetësor. Filluan të bëhen studime kombëtare, por këto ishin të përqendruara në vendet e zhvilluara dhe tentonin të mbulonin vetëm disa burime të financës.
Analiza e parë sistematike u organizua për të përftuar një raport financiar relativisht të plotë të të gjtihë burimeve madhore të financave dhe shpenzimeve në shërbimet shëndetësore duke përfshirë edhe vendet në zhvillim. Kjo analizë u realizua nga Abel-Smith për OBSH-në dhe puna ishte e bazuar në disa pyetësorë. U përfshinë 6 shtete, ato në zhvillim, Sri-Lanka dhe Kili. Rezultatet e kësaj analize ishin kaq inkurajuese saqë u ndërmuar një studim i dytë akoma më i thellë, duke mbuluar 29 shtete. Për këtë u përdor një version i përmirësuar i pyetësorit. Ndër shtetet e studiuara, 21 ishin vende në zhvillim.
Sikurse rezultoi nga studimi i parë, nuk ekzistonte "një gjuhë ndërkombëtare e financave të shërbimit shëndetësor". Të dy këto studime tentuan të përcaktojnë komponentët e ndryshëm përbërës të shërbimeve shëndetësore, të renditin burimet kryesore financiare, dhe të formulojnë një klasifikim standard të shpenzimeve (duke prfshirë mënjanimin e llogarisë dopjo = 2 herë të njëjtat të dhëna). I gjithë ky ishte një zhvillim i rëndësishëm metodologjik i përpjekjeve të mëparshme, të cilat u përqëndruan në analizën e të dhënave ekzistuese të pastandartizuara.
Pati 5 përfundime të rëndësishme. Së pari, tani ishte e mundur të bëheshin krahasime në shkallë ndërkombëtare të financimeve dhe shpenzimeve në shërbimin shëndetësor. Këto ngritën shumë pyetje thelbësore përsa u përket diferencave midis shteteve dhe kuptimit të vlerës për paratë e marra nga shtresa të ndryshme shoqërore dhe nga sisteme të ndryshme të financimit si dhe strategji të shpenzimeve.

Së dyti, u dha një shtysë e madhe për të përsëritur dhe shtrirë krahasime të tilla dhe për të përmirësuar metodologjinë. Megjithëse këto studime krahasuese u përqendruan tërësisht në vendet e zhvilluara, ato përfituan këndvështrime të reja dhe të dobishme metodologjike të rëndësisë së përgjithshme. Së treti, këto përfundime do të jepnin një ndihmë të konsiderueshme në një përpjekje paralele për të përkufizuar dhe klasifikuar shpenzimet në zhvillimin e një sistemi uniform të llogarive kombëtare. Progresi në këtë fushë është ilustruar më së miri në një rishikim të studimit të Maxwellit. Rishikuesi, duke përdorur vetëm të dhëna rutinë të shpenzimeve shëndetësore nga *Botimi Vjetor i Statistikave të Kombeve për Llogaritë Kombëtare* dhe nga *Botimi Vjetor i Statistikave Fianaciare Zyrtare* të Fondacionit Monetar Ndërkombëtar, gjeti vlera të shpenzimit shëndetësor total, shprehur në përqindje GDP-je, identike apo shumë afër atyre të llogaritura me shumë më tepër mund nga Maxwelli, por pranoi se problemet e krahasimit lindin kur tentohen kufizime në shpenzimet totale. Së katërti, vendet në zhvillim treguan se shpenzimet totale shëndetësore përfshinin akoma më shumë burime dhe shërbime se ç'ishin llogaritur paraprakisht dhe përfaqësonin një përqindje goxha më të lartë GDP-je sesa besohej deri atëherë. Së pesti, me shumë rëndësi, u pa se studime të tilla mund të realizohen relativisht shpejt, me mjete të pakta, dhe do të ishin madje të besueshme në vendet në zhvillim.
Paraqitja e arritjeve të mësipërme tregoi qartë se një vend në zhvillim mund të përdorë të njëjtën teknikë për të bërë studime më të detajuara, veçanërisht të orientuara drejt nevojave të veta të vendimmarrjes. Progresi ka qenë pak i ngadaltë dhe jo aq sistematik sa duhet të ishte, por është përshpejtuar që prej mesit të viteve 1970. Shumë vende në zhvillim kanë kërkuar informacion më të mirë financiar për t'i bërë ballë presionit në rritje të shpenzimeve në sektorin shëndetësor në ekonomitë gjithmonë të varfra të tyre. Të tjerë, me një nivel zhvillimi ta caktuar, kanë shqyrtuar implikimet e prezantimit të mbulimit me anë të sigurimit social të kostove të shërbimeve shëndetësore. Që prej vitit 1978, pikësynimi "Shëndet për të gjithë prej vitit 2000" i OBSH-së, i ka dhënë një impuls tjetër kësaj pune, ndërkohë që vende të ndryshme merren me çështjen se si t'i riorientojnë shërbimet e tyre dhe të financojnë më shumë kujdesin parësor. Përveç kësaj, më shumë ndihmë teknike dhe financiare për këto studime është në rrugë e sipër, megjithëse akoma tepër modeste në krahasim me përmasat e kësaj detyre.
Disa shembuj të studimeve të bëra që prej fundit të viteve 1960-të do të ilustrojnë tendencën e përgjithshme. Në vitin.1969, Roemer publikoi një recetë për zhvillimin e shërbimeve shëndetësore nën sigurimin social dhe e pasoi këtë me një tjetër më specifike për Amerikën Latine. Një komitet i përbashkët OBSH/ILO raportoi për marrëdhënien midis sigurimit social dhe kujdesit shëndetësor personal dhe analiza individuale të vendeve u shfaqën për Filipinet, për Ruandën dhe për Korenë e Jugut. Në fakt, këto studime ishin pjesërisht analiza të financimeve dhe shpenzimeve – ato mbuluan vetëm disa burime financiare dhe tipa shpenzimesh. Por, mbulimi tërësor i të gjitha burimeve dhe shpenzimeve nuk është me detyrim, sepse një nga objektet kryesore të metodologjisë është pikërisht përshtatja e fushës së studimit atyre pyetjeve të politikave të cilat kanë interes të veçantë për vendin.
Studimi lorean (1977) është një shembull i mirë i sinjifikancës në përpilimin e politikave shëndetësore, pasi ishte një rishikim nga fillimi i nevojave shëndetësore dhe metodave financuese përpara sesa të prezantohej programi i ri i sigurimeve mjekësore në korrik 1977. Studimi u fokusua kryesisht në problemet e grupeve të privuara, sikurse janë popullsia rurale, të varfërit, të vetëpunësuarit dhe punëtorët e firmave të vogla.
Përfundimet e tij ishin tepër domethënëse. Burimet private siguronin rreth 87% të të gjithë shpenzimeve shëndetësore, të cilat u shtuan shumë shpejt (u trefishuan për shpenzimin publik dhe u katërfishuan për atë privat vetëm midis viteve 1970-1975). Me një mbulim kaq të ulët publik, u pa se 40% e njerëzve nuk trajtoheshin fare kur sëmureshin; ndërkohë, ata që e bënin

këtë, shpesh parapëlqenin vetëtrajtimin (perëndimor dhe tradicional) ose trajtimin nga jo profesionistë (57% të shpenzimit privat), në krahasim me kujdesin më të kushtueshëm të doktorëve (33% të shpenzimit privat) apo të spitaleve (vetëm 8% të shpenzimit privat). Ky problem i kostove të larta dhe pamundësisë për të paguar vërtetohej edhe nga keqshpërndarja gjeografike e shërbimeve: 83% e doktorëve dhe 87% e infrastrukturës shëndetësore, por vetëm 48% popullatës, ishin në zonat urbane. Doktorët kryenin mesatarisht vetëm 15 vizita në ditë dhe punësimi në spitale shkonte nga 34% (shifër kjo shumë e ulët) në zonat rurale, në veçse 61%, madje edhe në spitalet private urbane.

Pothuasje në të njëjtën kohë, një studim tjetër u asistua nga OBSH në Bangladesh si pjesë e një përpjekje në programimin shëndetësor të një vendi. Ky ndryshonte nga studimi në Kore përsa i përket objektivave të tij, fushës që mbulonte, vlefshmërisë së të dhënave dhe metodave. Megjithatë, ky studim tregoi se sikurse edhe në Kore, 87% e shpenzimeve shëndetësore (të momentit) vinte nga harxhimet private në shërbimet kurative, me pothuajse 4/5 e kësaj për barnat.

Vetëm harxhimi kurativ urban privat e tejkalonte lehtësisht vlerën e gjithë shpenzimeve të shtetit. Në përgjithësi, shpenzimet për banor ishin rreth tre herë më të larta në zonat urbane sesa në ato rurale, por diferencat ishin veçse 2:1 për shpenzimin privat për banor ndërkohë që ishte 14:1 për shpenzimet e shtetit, gjysma e të cilave shkonte për shërbimet kurative urbane (pa marrë parasysh përqindjen e panjohur por probabilisht të ulët të banorëve të fshatit trajtuar në spitalet urbane). Ky studim hapi një rrugë të re në përdorimin e të dhënave nga studimet epidemiologjike paraprake për të analizuar shpenzimet midis grupeve të sëmundjeve. Ai gjeti se 57% e shpenzimeve totale dhe 68 % e shpenzimeve private shkonin vetëm për 6 grupe sëmundjesh (sëmundje gastrointestinale, kutane, grip dhe infeksione të traktit të sipërm respirator, ulçera peptike dhe gjendje të lidhura me këtë, sëmundje nutricionale dhe aksidente).

Të dy këto studime tregojnë qartë vartësinë e madhe në shpenzimet private dhe tablonë defiçitare të drejtimit të shpenzimeve të shërbimit shëndetësor nga shpenzimet shtetërore, madje më tepër nga shpenzimet e Ministrisë së Shëndetësisë, nëse e marrim më vete. Ato tregojnë, gjithashtu, se këto sasi të konsiderueshme të shpenzimit privat janë hedhur në një shkallë të gjerë në kujdesin parësor. Me fjalë të tjera, tashmë duket se ekziston një bazë e rëndësishme për financimin e punonjësve të trajnuar të kujdesit parësor dhe medikamenteve kryesore, nëse këto mund të sigurohen.

Në vitet 1976-77, Instituti Sandoz për Studimet Shëndetësore dhe Socio-Ekonomike, në bashkëpunim me OBSH-në, nisi një program të vogël kërkimor për të zhvilluar dhe testuar një metodologji studimi HSFE për vendet në zhvillim në mënyrë që të jetë i thjeshtë, i shpejtë dhe i lirë. Rezultati i parë i kësaj përpjekjeje ishte një studim i detajuar dhe i kuptueshëm në mënyrë të dukshme, realizuar në Bostwana për vetëm 9 javë kohë duke përfshirë këtu edhe vetë raportin, nga 1 planifikues dhe 2 kërkues shkencorë (Ministria e Shëndetësisë në Bostvana 1977). U gjet se shpenzimi total ishte në mënyrë të konsiderueshme më i lartë sesa mendohej në fillim, 15,1 milionë Pula ose 5,3% e GDP-së; se vetëm 45,6% e kësaj erdhi nga burimet shtetërore – qendrore dhe lokale; se 33,2% e shpenzimit total dhe 93,2% e shpenzimit kapital erdhi nga ndihmat; dhe se megjithëse relativisht e ulët; 16% erdhi nga shpenzimet direkt privat; 42% e kësaj shkoi për mjetet shëruese tradicionale dhe 32,1% të tjera për medikamentet. Eksperienca e këtij studimi siguroi materialin për një raport të detajuar metodologjik (Ministria e Shëndetësisë në Botsvanë 1978).

Një përpjekje paralele në të njëjtin program shqyrtoi mundësinë e përdorimit të ekspertëve të huaj për një afat të shkurtër kohor. Studime u zhvilluan në dy shtete afrikane frëngjishtfolëse, Senegal dhe Ruanda. Në të dy rastet, mbledhja e të dhënave u përfundua brenda vizitave

parapërgatitore të vetëm tri javëve. Studimi i Senegalit solli përfundime të dobishme të lidhura me politikat - p.sh. dështimet madhore në financim ndaj planeve; shpenzime në rënie të Ministrisë së Shëndetësisë përkrah atyre në rritje në ushtri, polici dhe shërbime shëndetësore civile; pabarazi rajonale e domethënëse në shpenzimet për banor. Megjithatë, u ndeshën probleme të rënda të dhënash, të cilat nuk lejuan vlerësimin e saktë të disa burimeve të rëndësishme shpenzimesh, veçanërisht sektorit privat. Studimi i Ruandës, megjithëse edhe ky nuk mundi të vlerësonte harxhimin privat direkt në shërbimet shëndetësore private dhe tradicionale, tregoi edhe një herë se shpenzimet e vlerësuara (megjithëse të matura jo plotësisht) ishin shumë më të larta se ato të Ministrisë së Shëndetësisë. Nga totali i vlerësuar i 2166 milionë R.w.f., vetëm 21,5% vinte nga qeveria dhe një 14,8% tjetër vinte nga individët dhe industria, ndërkohë që 64% vinte nga ndihmat (kryesisht bilaterale dhe private), të cilat si dhe në Bostvanë, siguronin virtualisht gjithë buxhetin kapital. Ky studim tregoi, veç të tjerash, vlerën e informacionit të plotë të shpenzimeve për një koordinim më të mirë të ndihmës dhe për shmangien e boshllëqeve dhe dublikimeve në shpërndarje.
Konfirmimi i besueshmërisë së kësaj teknike u arrit me anë të përdorimit të metodologjisë së studimit të Ruandës për të bërë një studim tjetër mbi shpenzimet dhe burimet në shërbimin shëndetësor në Togo. Ky studim i fundit nënvlerëson ndryshimet midis vendeve dhe rrezikun e përhapjes, sepse e paraqet financimin në sistemin shëndetsor në Togo si të vetëmjaftueshëm, me mbi gjysmën e shpenzimeve të tij në shëndetësi që vijnë nga burimet shtetërore, mbi 1/4 nga individët dhe industria, dhe nën 1/5 nga ndihmat e huaja, shumica bilaterale.
Në vitin 1978, OBSH-ja mbajti një takim të grupit të punës mbi financimin në shërbimet shëndetësore, për të parë punën e bërë kohët e fundit dhe për të rekomanduar zhvillimin në të ardhmen. U arrit në përfundimin e qartë se të tilla studime ishin të dobishme dhe se duhej zhvilluar një metodologji e goditur. Me të vërtetë, ishin bërë tashmë disa përpjekje në këtë drejtim.
Në këtë kontekst, u bë një studim i dytë në Botsvana në vitin 1978-79 (Ministria e Shëndetësisë së Botsvanës 1979). Ky tregoi se studimet e përsëritura ishin më të dobishme sesa një studim i vetëm, sepse ato sigurojnë një themel për tendencat dhe ndryshimet analitike ndaj politikave. Përveç kësaj, me përmirësimin e disa aspekteve të metodologjisë së studimit të parë, nënvizohet rëndësia e procedurave vlerësuese të besueshme. Studimi i dytë vlerësoi shpenzimin total prej 39 milionë Pula, pothuajse 2,5 herë mbi vlerën prej 15,8 milionë Pula të vlerësuar gjatë studimit të parë. Një pjesë e rëndësishme e kësaj diference të madhe erdhi nga një kuptim më i gjerë i shpenzimeve shëndetësore në studimin e dytë si dhe prej rritjes reale të shpenzimeve kombinuar me inflamacion, por edhe procedurat e ndryshme të vlerësimit luajtën një rol me rëndësi. P.sh. studimi i dytë, me më shumë kohë dhe eksperiencë dhe duke përdorur metoda vlerësimi të shumëfishta, vendosi shpenzime private për praktikantët tradicionale prej 3,3 milionë Pula, ndërkohë që studimi i parë, duke përdorur vetëm Studimin e shpërndarjes së të ardhurave rurale në Botsvanë, e vendosi atë vetëm 1 milion Pula. Shpejt, pas kësaj, një studim retrospektiv i pavarur i shpenzimeve në shëndetin publik në Gana në vitet 1967-1980 nënvizoi variacionin e gjerë të mundshëm të shpenzimeve nga viti në vit, duke konfirmuar rreziqet e të bazuarit në të dhënat e një viti në kushte të tilla.
OBSH-ja vazhdoi përpjekjet e saj për stimulimin e vendeve të ndryshme në ndërmarrjen e studimeve në këtë fushë me një seminar ndërrajonal mbi financimin e shërbimeve shëndetësore, drejtuar kryesisht mbi hartuesit e politikave (OBSH 1980). Megjithatë, mungesa e një metodologjie standarde të përshtatshme mbeti një problem domethënës. Duke njohur këtë, qeveria e Botsvanës, e ndërgjegjshme për vlerën e dy studimeve të saj, vendosi që kjo eksperiencë duhej ndarë me fqinjët e saj në kuadrin e kooperimit teknik ndërmjet vendeve në

zhvillim. Prandaj, në bashkëpunim me Institutin Sandoz dhe me mbështetje të OBSH-së dhe Shoqatës Amerikane të Shëndetit Publik, u organizua në Gaborone, në fund të viteve 1980, një kurs trajnimi dyjavor për metodologjinë e studimeve HSFE. Ky trajnim ishte për një pjesë të vogël stafi të nivelit të lartë të shërbimit publik nga Botsvana, Lesotho, Malawi, Swaziland dhe Zambia. Ai aftësoi autorët prezentë të përgatitnin dhe testonin një komplet modelesh trajnimi, të cilat tashmë janë adaptuar në një manual praktikash për mësimdhënie dhe përdorim praktik. Seksioni pauses rishikon hapat kryesorë të përfshirë në një studim HSFE dhe pastaj diskuton pikat konceptuale dhe metodologjike më të rëndësishme të ngritura nga këto studime.

Drejt një metodologjie

Pyetja e parë është se kush duhet të iniciojë dhe autorizojë një studim HSFE? Sigurisht që çdo shtet do ta vendosë këtë për veten e vet, por përderisa qëllimi parësor i studimeve të tilla është të ofrojë një tablo financiare *të plotë* të sektorit shëndetësor, është dobisjellëse që ato, nëse është e mundur, të bëhen nën autoritetin e bordit apo bordeve që kryesisht kanë të bëjnë me planifikimin dhe parapërgatitjen e shërbimeve shëndetësore (zakonisht, Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me borde të tjerë të rëndësishme, siç është agjencia sociale e sigurimit apo Ministria e Planifikimit). Për më tepër, lidhur me implikimet në politikë të studimeve të tilla dhe me amplitudën e madhe të bashkëpunimit që duhet nga bordet e tjerë për t'i çuar ato deri në fund, është e rëndësishme që autorizimi të merret në nivelet më të larta, pra në nivel ministerial apo drejtorie të përgjithshme. Gjithashtu, e rëndësishme është edhe që çdo gjë që do të bëhet të jetë e qartë që në fillim të punës.

Hapi i parë teknik është drafti i një projektpropozimi për aprovim. Ky duhet të përmbajë paraqitje të stafit, buxhetit dhe programi të punës. Sapo të aprovohet ky, mund të përgatitet një protokoll i plotë. Elementet më të rëndësishme metodologjike të këtij protokolli janë: (1) fusha e mirëpërcaktuar e studimit; (2) objektivat e tij specifike; (3) burimet e të dhënave që do të shqyrtohen; (4) metodat e mbledhjes së të dhënave (duke përfshirë planin e punës dhe vazhdimësinë e tij); (5) metodat e vlerësimit aty ku ato janë të nevojshme; (6) dokumentacioni i duhur; (7) analizat e propozuara (duke përfshirë skicat e tabelave) dhe (8) proçedura për përgatitjen dhe shpërndarjen e raportit.

Disa prej këtyre elementeve shqyrtohen më poshtë:

Përkufizimi i sektorit shëndetësor:

"Përcaktimi i saktë i shërbimeve dhe aktiviteteve që kompromentojnë sektorin shëndetësor është thelbësor. Kriteri praktik më i përdorur është që shpenzimet në sektorin shëndetësor përfshijnë shpenzimet kapitale dhe të momentit në aktivitete, synimi parësor i të cilave (pavarësisht efektit), është të përmirësojë shëndetin. P.sh. shpenzimet në mjekësitë tradicionale janë përfshirë, megjithëse dihet se disa prej tyre nuk janë efektive. Kjo, sepse synimi parësor i këtyre shpenzimeve është gjithsesi përmirësimi i shëndetit. Në mënyrë më të përgjithsme, këto studime përfshijnë parandalimin dhe përpjestimi shëndetësor, diagnozën, trajtimin e kujdesin dhe rehabilitimin lidhur me sëmundjen, paaftësinë ose dëmtimin. Ato prekin si shërbimin modern ashtu edhe atë tradicional. Gjithashtu, duhen përfshirë edhe shpenzimet për arsimimin dhe trajtimin e stafit shëndetësor, si dhe për kërkimet shkencore në fushën e mjekësisë".

Shërbimet e zakonshme ambulatore dhe spitalore kanë evidencat e tyre pa pasur nevojë për demonstrim të mëtejshëm, kështu që ato nuk përfshihen si kategori, por duhet mbajtur në mend që këto shërbime mund të sigurohen nga një radhë bordesh, biznesi kryesor i të cilave nuk është shëndeti, të tilla si Ministria e Mbrojtjes, e Brendshme, e Arsimit, e Punëve të Jashtme dhe e

Zhvillimit Rural; Pushteti lokal; industria dhe organizatat private. Gjithashtu, shërbimet mbështetëse, siç janë ato të transportit dhe të ndëritmit, mund t`i sigurohen Ministrisë së Shëndetësisë nga ministri të tjera.
Shërbimet promovuese dhe parandaluese, të tilla si edukimi, vaksinimi dhe imunizimi, duhet të llogariten mirë. Ekzistojnë shërbime më pak të kuptueshme, por të ngjashme si psh. kontrolli i zonave nga Ministria e Agrikulturës, disa prej të cilave, vërtet duhen bërë pjesërisht për të mbrojtur shëndetin e njeriut. Më të vështira për të vendosur në lidhje me to janë shpenzimet për të përmirësuar furnizimin me ujë, ushqimin, kushtet sanitare, ndotjen ambientale dhe sigurinë profesionale (në punë). Mund të bëhet një grupim për të përfshirë gjithë këto shpenzime – është e arsyeshme që përmirësimi i shëndetit ka synim parësor sigurimin e ujit të pastër për përdorim shtëpiak si dhe kanalizimeve të sigurta. Përfshirja e çështjeve të tilla shton shumë vlerën e shpenzimeve shëndetësore dhe si rrjedhim lë totalisht në hije çështjet më të zakonshme. Kështu, mund të kërkohet një kriter shtesë për të shmangur këtë dilemë. Një i tillë, i cili është edhe praktik, edhe i pranuar gjerësisht, është që shpenzimet promovuese dhe parandaluese duhen përfshirë nëse synimi i tyre është të sjellë në një standard minimalisht të pranueshëm, individë apo popullata me një defiçencë shëndetësore të identifikuar.
Për ushqimin, kjo do të kuptonte përfshirjen ushqimore për të trajtuar defiçencat nutricionale të diagnostikuara, por këtu nuk përfshihen programet e shpërndarjes së ushqimeve; dhe për furnizimin me ujë, shërbimet e mbeturinave dhe kanalizimeve të ujrave të zeza; vetëm shërbimet rurale, p.sh. për të prodhuar puseta apo WC për popullatat me probleme shëndetësore si pasojë e mungesës së pajisjeve të tilla minimale, por jo investime madhore në sistemet e sofistikuara urbane të ujit dhe kanalizimeve të zeza.
Sikurse dhe për arsimin e trajnimin e stafit të shërbimit shëndetësor dhe kërkimet biomjekësore, kriteti kyç në veçimin e atyre shpenzimeve që duhen përfshirë është përsëri fakti nëse synimi parësor i tyre është përmirësimi i shëndetit. Sipas këtij arsyetimi, arsimi i përgjithshëm, si i domosdoshëm për një trajnim specifik mjekësor apo paramjekësor, nuk duhet përfshirë. Gjithashtu, nuk duhen përfshirë as kërkime shëndetësore bazë në biologji, pasi nuk janë aq specifike për shëndetin saqë të justifikojnë përfshirjen.

Fusha e studimit dhe objektivat

Tri pyetjet bazë për një studim HSFE janë përcaktuar në seksionin e parë. Megjithatë, në nivelin praktik, problemet shëndetësore të vendit, përparësitë, planet dhe synimet kanë nevojë të rishikohen me kujdes dhe të formulohet një set i plotë dhe specifik objektivash për studimin; kjo për t'a siguruar atë të përballet me nevojat vendimmarrëse të hartuesve dhe menaxherëve të politikave, duke mbajtur parasysh shqyrtimin e vazhdueshëm të të dhënave specifike. Megjithatë, kjo nuk duhet interpretuar si "gjithçka ose asgjë", sepse, siç e kemi thënë tashmë, disa vende kanë informacion të mirë mbi disa burime dhe shpenzime, dhe mund të përqendrojnë përpjekjet e tyre gjatë studimit në boshllëqet. Vende të tjera, duke u përballur me vendime të rëndësishme politike mbi burimet apo shpenzimet e veçanta, ose që u mungojnë mënyrat për kryerjen e një studimi të plotë, mund të vendosin të përqendrohen në një rradhë studimesh të pjesshme duke sjellë kështu një tablo të plotë. Kufizimi i vetëm i një metode të tillë është se duhet të ketë një skemë tërësore të qëndrueshme, sikurse është vënë në dukje më lart, për të mënjanuar mospërputhjet metodologjike.
Përgjatë këtij procesi përgatitor, konsultimet sistematike janë esenciale, nga njëra anë me përdoruesit (të interesuarit), për të zhvilluar dhe rënë dakord mbi objektiva specifike, dhe nga ana tjetër me siguruesit e të dhënave, për të siguruar se objektivat mund të arrihen nga të

dhënat që mund të sugirohen. Analizat e studimeve tregojnë se shumë nga vështirësitë gjatë mbledhjes së të dhënave dhe në garantimin e pasqyrimeve përfundimtare në përputhje me nevojat vendimmarrëse të përdoruesve, u shtuan shumë nga mungesa apo papërshtatshmëria e këtyre konsultimeve përgatitore. Siç është rënë dakord, objektivat mund të kthehen më pas në një set të plotë tabelash paraprake, kështu që të gjithë mund të shohin konkretisht se si rezultati final do të prezantohet *përpara* sesa të fillojë studimi. Psh. nëse kërkohet një kufizim shpenzimesh sipas tipit të shërbimit, cilat kategori shërbimesh janë të dëshirueshme? A duhen nënndarë spitalet sipas tipit? A duhen veçuar shpenzimet e pacientëve të brendshëm nga ato "të jashtëm" (ditorë)?.

Tabela 6 tregon burimet kryesore të financimeve në sektorin shëndetësor dhe Tabela 7 tregon ç'lloj kufizimesh duhen pasur parasyshmegjithëse pak studime do t'i siguronin të gjitha ato. Është me vlerë po të kujtojmë këtu se kufizimet do të tregojnë gjithmonë se nga vijnë paratë (burimet financiare) ndaj klasifikimeve të ndryshme, se si janë shpenzuar ato (kategoritë e shpenzimeve): që do të thotë se kolonat tregojnë se sa financon çdo burim, megjithëse disa mund të jenë transferuar diku tjetër për t'u shpenzuar. Sipas kësaj, ministritë konsiderohen si burime, pa identifikuar burimet që në kthim sigurojnë buxhetet e ministrive. Në të njëjtën mënyrë, siguracioni është konsideruar si një burim financiar pa u marrë me çështjen se nga vijnë këto të ardhura.

Tabela 1. Burimet kryesore premtuese financiare

Burimet shtetërore*

(a) *Ministria e:*

(1) Shëndetësisë	(6) Zhvillmit Rural	(11) Arsimit
(2) Sigurimit Social	(7) Industrisë Tregtisë Punës	(12) Brendshme
(3) Pushtetit Lokal	(8) Minierave	(13) Punëve të Jashtme
(4) Transportit& Komunikacionit	(9) Burimeve Ujore	(14) Drejtësisë dhe Policisë
(5) Agrikulturës	(10) Punëve Publike	(15) Mbrojtjes

(b) *Qeveria Lokale:*

(1) Rajonale	(3) Bashkitë
(2) Distrikti	(4) Këshillat e fshatit

(c) *Agjencitë e tjera publike:*

1) Pajisjet publike, që sigurojnë shërbimet sanitare dhe/ose të ujit, etj.;
2) Industritë e nacionalizuara;
3) Siguracioni i detyrueshëm shëndetësor;

Organizatat fetare dhe institucionet vendase të bamirësisë:

- Organizatat/misionet fetare
- Institucionet vendase të bamirësisë dhe trupat vullnetare

Burimet private

- *Industria private*
- *Pagesat direkte për:*

Kujdesin për pacientët e brendshëm dhe të jashtëm në spitalet, klinikat dhe pikat shëndetësore publike dhe private (përfshi dhe pagesat e shërbimeve publike);

Praktikantët privatë; Shërbimet jashtë vendit; Shërbimet stomatologjike private; Shërbimet oftalmologjike private; Shërbime të tjera shëndetësore private, p.sh. fizioterapi, asistencë infermierike; Blerjet private të barnave me patentë, aplikimeve dhe dhënies së ndihmës së parë; Furnizimi me ujë; Transporti i nevojshëm për shërbimet shëndetësore; Burimet e jashtme *Ndihma dhe bashkëpunimi teknik i huaj :* † - Qeveritare bilaterale -- sipas vendit të origjinës - Qeveritare multilaterale -- sipas agjencisë Private -- sipas burimit

* Titujt dhe grupimet e listës ndryshojnë nga një vend në tjetrin.

† Ndihma e huaj mund të jetë në formën e granteve, huave, vënie në dispozicion e stafit apo pajisjeve – me subvencione ose pa shpërblim, ose parapërgatitje direkte e shërbimeve shëndetësore.

Tabela 2. *Tipat krysorë të kufizimeve të shpenzimeve*

1	Tipi i shërbimit (psh. Spitale, klinika, kontrolli i sëmundjeve ngjitëse);
2	Diagnostik (grupet e sëmundjeve të rëndësishme apo kryesore);
3	Gjeografik (p.sh. rajon, distrikt, urban/rural);
4	Grup popullate (psh. Mosha, seksi, klasa sociale);
5	Kategoria e inputit (psh. Staf, medikamente, pajisje);
6	Punonjësi i shërbimit;
7	Kombinimet e mësipërme (p.sh. 1 dhe 4., 3 dhe 4);
8	Krahasimi e secilës më sipër me buxhetet;
9	Tendencat në kohë të secilës më sipër (nga studimet e përsëritura);
10	Parashikimi i situatave në të ardhmen bazuar në tendencat dhe koston e zhvillimeve të parashikuara.

Shënim: Tipat e ndryshëm të njësisë së kostos mund të llogariten nga kufizimet e mësipërme në shoqërim me të dhëna të tjera (për njësi outputi, p.sh. për rast të brendshëm; për njësi efekti, p.sh. për njësi reduktimi në raportin e vdekjeve).

Katër pikat për t'u shënuar janë:

(1) Kufizimet e zgjedhura duhet të sigurojnë një bazë praktike për vlerësimin e rrymave kryesore dhe për vendimmarrje;

(2) Dobia e çdo kufizimi të porositur duhet peshuar me kujdes ndaj investimeve të ngjashme në kohë, përpjekje dhe para të nevojshme për ta përftuar atë (edhe nëse një kufizim i caktuar hidhet poshtë si shumë i shtrenjtë, të paktën boshllëku i informacionit do të njihej dhe mund të korrigjohej me anë të studimeve pasuese apo ndryshimeve të vogla të kostos në sistemin rutinë të informacionit);

(3) Tabelat përmbledhëse duhet të mbahen në përpjesëtime të menaxhueshme, në mënyrë që pamja në tërësi e situatës të mos humbasë në detaje të panevojshme; gjithmonë mund të parashikohen kufizimet dytësore për të përpunuar pika të veçanta;
(4) Përparësi kryesore duhet të jetë paraqitja e rezultateve të studimit në një mënyrë të orientuar nga politikat dhe menaxhimi; shpjegimet metodologjike duhet të limitohen për aq sa ka nevojë përdoruresi, në mënyrë që rezultatet të kuptohen dhe të jenë të besueshme.

Mbledhja dhe sistemimi i të dhënave në tabela

Pasi të jenë përgatitur skicat e tabelave dhe pasi të jetë rënë dakord ne lidhje me to, mënyra më e përshtatshme është që të dhënat të mblidhen sipas burimit financiar, në mënyrë që tabelat përfundimtare të ndërtohen në mënyrë sistematike kolonë për kolonë. Megjithatë, për disa burime financiare, mbledhja e të dhënave mund të jetë e komplikuar për shkak të nevojës për t'u konsultuar jo vetëm me agjencitë e ndryshme financuese dhe përfituesit përfundimtarë, por edhe me ndërmjetësit nëpër të cilët janë kanalizuar financat. P.sh. llogaritë e ndihmës së huaj, zakonisht, janë të nevojshme për të gjithë donatorët e ndryshëm, por, me qëllim që të gjendet me saktësi se si janë shpenzuar fondet, nevojiten gjithashtu edhe llogaritë e ndërmjetësve, siç mund të jetë edhe Ministria e Shëndetit, së bashku me ato të përfituesve përfundimtarë siç janë misionet apo pushteti lokal.
Rradha e vendosjes në tabelë varet nga shumë faktorë. Zakonisht është e përshtatshme të vendosen në fillim ato burime për të cilat janë në dispozicion shifra relativisht të plota, p.sh. shpenzimet qeveritare, të cilat vihen në dispozicion zakonisht me anë të publikimeve zyrtare financiare. Rregulli i mësipërm mund të modifikohet, nëse një burim i tillë realizon shumë transferta në burimet e tjera. Në raste të tilla, mund të jetë e vështirë të zbulohen se si janë shpenzuar të tilla transferta deri në kohën kur të shqyrtohen raportet financiare të agjencive përfituese të këtyre parave të transferuara. Shpesh, është më e lehtë nëse hedhja e të dhënave të burimit fillestar do të shtyhet pas këtyre të fundit. Gjithashtu, mund të jenë të dëshirueshme edhe grupime të veçanta të burimeve në hedhjen finale të të dhënave, psh. të gjitha burimet qeveritare apo të huaja, dhe kjo mund të kursejë ristrukturimin e tabelave nëse ato janë organizuar në formën e këtyre grupimeve që në fillim.
Kuptohet që një problem madhor në studimet HSFE është llogaritja "dopjo" (dy herë) e përfitimeve apo e shpenzimeve. Nëse qëllimi kryesor është të dihet se sa para është siguruar prej secilit burim, llogaritja dopjo mund të mënjanohet duke zbatuar rregullin: shpenzimet duhen paraqitur nën burimin fillestar që ka siguruar paratë, ndër burimet e shumta në listë. Kur një burim (p.sh. Ministria e Shëndetsisë) transferon një pjesë të fondeve të saj tek një agjenci tjetër (p.sh. pushteti lokal), gjithashtu e pranishme në listën e burimeve financiare, apo paguhen për një shërbim që ka kryer, shuma në fjalë duhet paraqitur në kolonën e burimit fillestar financiar, i cili në këtë shëmbull është Ministria e Shëndetësisë dhe jo pushteti lokal. E njëjta gjë ndodh edhe nëse një pacient paguan një mision në spital për një shërbim që ka marrë: shuma paraqitet në kolonën e pagesave private direkte dhe jo në atë të misioneve.

Vlerësimi
Vlerësimi i shpenzimeve do të kërkohet në disa situata. Së pari, do të kërkohet në ato situata ku llogaritë nuk janë në një formë të përshtatshme për të bërë të mundur kufizimet e kërkuara. Ky është shpesh rasti me raportet financiare të Ministrisë së Shëndetësisë dhe raportet e tjera

qeveritare. Së dyti, në aktivitetet e shumëqëllimshme, duhet vlerësuar komponenti i shpenzimeve të përcaktuara për shëndetin e njerëzve, sikurse në rastin e kontrollit të zoonozave nga departamenti i veterenarisë, në mënyrë që të mbrohet si shëndeti i njeriut ashtu edhe ai i kafshëve. Së treti, vlerësimet kërkohen aty ku burimet financiare dhe/ose punonjësit e shërbimit shëndetësor i mbajnë pak ose aspak llogaritë (raportet financiare), apo nuk janë përgatitur për të vënë raportet e tyre në dispozicion.
Shembulli kryesor i këtij rasti është pagesa direkte e shërbimeve shëndetësore nga individët e veçantë. Pagesat në shërbimet shëndetësore formale si spitalet dhe klinikat publike, në përgjithësi, regjistrohen në llogaritë e këtyre shërbimeve, ndërkohë që pagesat direkte të individëve bërë praktikantëve privatë (doktorë, dentistë, ophthalmologë, fizioterapistë, infermierë dhe staf tjetër paramjekësor) mund të mos regjistrohen mirë nga përfituesit, të cilët, sidoqoftë, mund edhe të refuzojnë dhënien e informacionit. Praktikantët vendas janë, veçanërisht, të prirur për të mos i mbajtur të tilla llogari, dhe shpesh paguhen "në natyrë".
Ekzistojnë disa metoda të ndryshme në vlerësimin e këtyre shpenzimeve. Këto përfshijnë: 1. studime dhe intervisata të posaçme me shembuj të punonjësve të ndryshëm të shërbimit në fjalë; 2. adaptim të të dhënave nga studime më të përgjithshme të ardhurash, siç janë studimet e të ardhurave rurale; 3. analiza të taksave të dokumentuara që kanë të bëjnë me grupet e ndryshme të punonjësve; 4. vlerësime të bazuara në studimet e shpenzimeve të familjeve; 5. vlerësime të bazuara në llogaritë e siguracioneve shëndetësore; 6. makrovlerësime të të ardhurave dhe shpenzimeve nga llogaritë e të ardhurave kombëtare; (7) kosto të statistikave përshkruese; (8) statistika të tregtisë dhe prodhimit për komoditete të tilla si: medikamentet dhe pajisjet.

Konkluzionet dhe zhvillimet në të ardhmen

Nga eksperienca e përshkruar më sipër, është evidente se një metodologji e thjeshtë dhe standarde studimi, veçanërisht kur kombinohet me raporte financiare kombëtare të standardizuara, mund të sigurojë informacion të vlefshëm, të shpejtë dhe lirë për vendimet e politikave shëndetësore dhe të menaxhimit në vendet në zhvillim, sic është Shqipëria. Mund të aplikohen shumë kritere për të vlerësuar informacionin e menaxhimit, siç është ai i përftuar nga studimet e paraqitura në këtë kapitull. Informacioni i përftuar nga këto studime është përdorur për të përmirësuar performancën e shërbimeve dhe aktivitete shëndetësore. Zhvillimi i tyre nuk përbën në vetvete fundin e gjithë kësaj. Matur ndaj këtij kriteri, rezultatet e studimeve *HSFE* paraardhëse kanë qenë disi çorientuese.
Ka disa arsye për këtë mossukses të plotë. Disa studime janë nxitur dhe realizuar nga të huajt pa konsultimin më parë me përdoruesit e mundshëm dhe më pas, pa *feedback*-un e duhur të rezultateve në një formë të përshtatshme. Në të tjerë, metodologjia e papërpunuar, vlerësimet e zmadhuara dhe të dhënat jo të plota kanë dështuar në besimin për rezultate. Në shumë vende, politikat janë formuluar në terma kaq të përgjithshëm duke bërë të pamundur vlerësimin e rezultateve të studimeve ndaj tyre dhe në çdo rast, kapaciteti i shërbimit shëndetësor për të absorbuar dhe përdorur informacionin shpesh është limituar në mënyrë të theksuar, veçanërisht në vendet më të varfra. Interesa të veçanta dhe presione sociale kanë triumfuar mbi përpjekjet për ndryshim. Së fundi, shumë inpute të rëndësishme të sistemit shëndetësor, si stafi profesional dhe ndërtesat komplekse, shpesh kërkojnë një kohë të gjatë dhe shpenzime të shumta. Përveç kësaj, pasi këto sigurohen, ato zgjatin për shumë kohë. Për të dyja këto arsye, është e vështirë që ato të ndryshohen menjëherë dhe ndryshimet në rrugë e sipër mund të mos dallohen kollaj në një vështrim të shkurtër.

Në ditët e sotme, janë të nevojshme një sërë zhvillimesh në studimet e financimit dhe shpenzimit në sektorin shëndetësor:

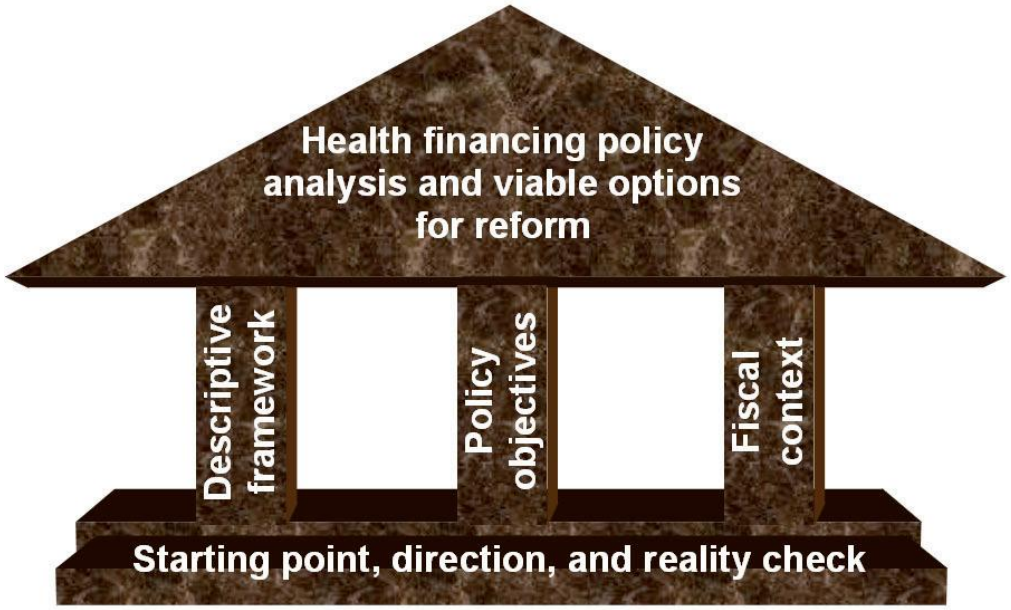
1. Metodologjia të testohet, përpunohet, adaptohet dhe shtrihet drejt sistemeve me skema të ndryshme organizimi dhe financimi, p.sh. drejt atyre me predomini të financimit të bazuar në sigurinë apo siguracionet sociale; drejt vendeve të mëdha ku problemet e logjistikës së studimeve mund të jenë të konsiderueshme; dhe drejt vendeve "federale" ku ka më shumë transferta ndërmjet niveleve qeverisëse;
2. Të integrohet kjo lloj pune analitike në kontekstin e përgjithshëm të planifikimit dhe menaxhimit shëndetësor rutinë;
3. Të përmirësohet specifikimi i detajuar në deklaratat e politikave shëndetësore në mënyrë që ato të mund të përdoren për të interpretuar dhe vlerësuar përfundimet e studimeve HSFE;
4. Të adaptohet sistemi rutinë i informacionit për të siguruar të dhënat e nevojshme me punë shtesë minimale;
5. Të mobilizohet kjo formë në funksion të qëllimit "Shëndet për të gjithë prej vitit 2000", veçanërisht për të ndihmuar në orientimin e shërbimeve shëndetësore dhe në gjetjen e burimeve dhe mekanizmave të rinj për financimin e kujdesit parësor; disa prej studimeve të përmendura më sipër gjetën se shpenzime private të konsiderueshme nga ana e individëve tashmë ekzistojnë. Duke ditur nivelin dhe mënyrat e shpërndarjes së tyre, mund të bëhen përpjekje për t`i shfrytëzuar këto shpenzime në mënyrë më efektive;
6. Të përdoren të dhënat e studimeve HSFE për të koordinuar dhe përmirësuar efiçiencën dhe efektivitetin e burimeve kyçe të zhvillimit, siç janë akordimet nga ndihmat e huaja.

Tre shtylla të politikës së financimit të shëndetit

Qasja është ndërtuar në tri shtylla (Figura 1).

1. Fillohet me një sërë **objektivash për politikën e financave shëndetësore** që janë të zbatueshme për të gjitha vendet, të bazuara në vlerat thelbësore të mbështetura nga OBSH dhe që rrjedhin nga kuadri i dhënë në Raportin Botëror të Shëndetësisë 2000. Këto ofrojnë drejtimin në të cilin **reformat** duhet të përpiqen të shtyjnë sistemin. Si i tillë, objektivat e propozuara të politikave shërbejnë gjithashtu si kritere kundrejt të cilave mund të vlerësohen efektet e reformave në sistemet e financimit shëndetësor.
2. **Shtylla e dytë** është një kornizë konceptuale për **analizimin e organizimit të sistemeve kombëtare të financimit shëndetësor**. Kjo përdoret për të përshkruar funksionet dhe politikat që lidhen me të gjitha sistemet e financimit shëndetësor, pavarësisht nga modeli ose etiketa e përdorur për klasifikimin e tyre. Përdorimi i një kuadri të tillë përshkrues është thelbësor për të **përshtatur analizat për shqyrtimin e reformave specifike në kontekste të veçanta të vendit**, sepse mënyra se si është aktualisht organizuar një sistem financimi shëndetësor, është pika fillestare nga e cila fillon çdo reformë.
3. **Shtylla e tretë** përbëhet nga një njohje dhe analizë se si faktorët kryesorë kontekstualë, veçanërisht **kufizimet fiskale**, kufizojnë masën në të cilën një vend mund të mbështesë arritjen e objektivave të politikave dhe mund të kufizojë gamën e opsioneve të politikave që mund të merren parasysh. Kjo shtyllë lejon që të bëhet një analizë reale e asaj që është e zbatueshme dhe çfarë mund të arrihet.

Fig. 1. Tre shtylla për analizimin e politikës së financimit të shëndetësisë



Objektivat e politikës së financimit shëndetësor që ne propozojmë rrjedhin në mënyrë specifike nga qëllimet e përgjithshme të performancës së sistemit shëndetësor të

përshkruara në Raportin Botëror të Shëndetësisë 2000[1], duke marrë parasysh qëllimet që ndikojnë rregullimet e financimit shëndetësor. Mbi këtë bazë, ne nxjerrim grupin e mëposhtëm të objektivave të politikës së financimit shëndetësor:

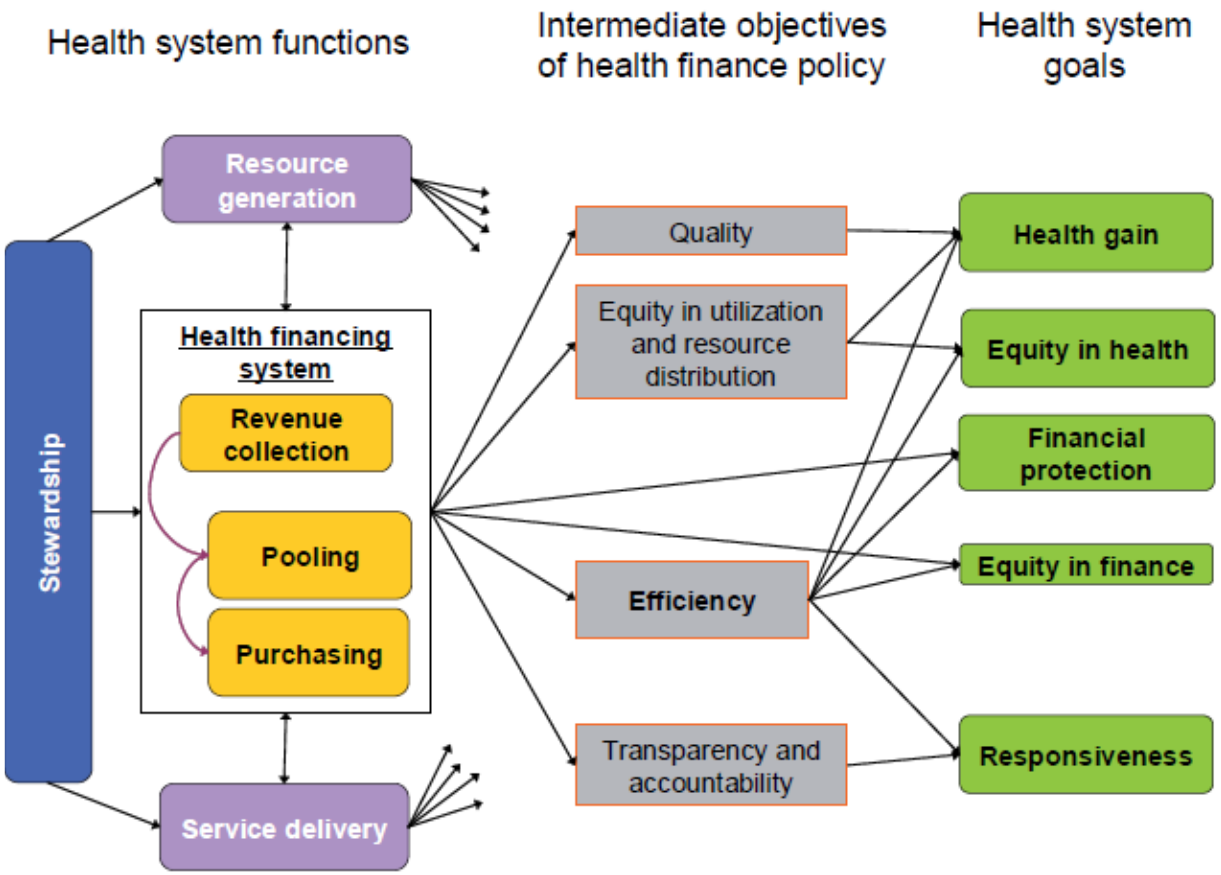
- Objektivat e politikës së financimit të cilat janë në thelb identike me qëllimet e gjera të sistemit shëndetësor:
  - *promovimi i mbrojtjes universale kundër rrezikut financiar;*
  - *nxitjen e shpërndarjes më të drejtë të barrës së financimit të sistemit;*
- Objektivat e politikës së financimit që janë objektiva, të ndërmjetëm për qëllimet e sistemit shëndetësor:
  - *promovimi i përdorimit të barabartë dhe ofrimi i shërbimeve në raport me nevojën për të tilla shërbime;*
  - *përmirësimin e transparencës dhe llogaridhënies së sistemit ndaj popullatës;*
  - *promovimi i cilësisë dhe efikasitetit në ofrimin e shërbimeve; dhe*
  - *përmirësimi i efikasitetit në administrimin e sistemit të financimit të shëndetësisë.*

Kuadri përshkrues është gjithashtu i bazuar në Raportin Botëror të Shëndetësisë 2000, i cili identifikoi financimin shëndetësor si një nga katër funksionet e sistemit shëndetësor[2]. Sistemi i financimit shëndetësor përbëhet nga nën-funksione dhe politika specifike - mbledhja e të ardhurave, grumbullimi i fondeve, blerja e shërbimeve, dhe politika mbi të drejtat e përfitimeve dhe detyrimet për ndarjen e kostove të pacientëve. Lidhja në mes të financimit shëndetësor, funksioneve të tjera të sistemit, objektivave të politikës së financave shëndetësore dhe qëllimeve të përgjithshme të sistemit shëndetësor është përshkruar në Fig. 2. Një koncept i rëndësishëm ilustruar këtu është se sistemi i financimit shëndetësor nuk vepron vetëm në ndikimin e objektivave të ndërmjetëm dhe qëllimeve përfundimtare; politika e koordinuar dhe zbatimi në të gjithë funksionet e sistemit shëndetësor është thelbësor për arritjen e rezultateve të dëshiruara.

Fig 2. Lidhjet e sistemit të financimit të shëndetësisë me objektivat e politikave, funksionet e tjera të sistemit dhe qëllimet e përgjithshme të sistemit

[1] Këto qëllime janë: të përmirësohet niveli dhe shpërndarja e shëndetit të popullatës; për të përmirësuar nivelin dhe shpërndarjen e reagimit të sistemit shëndetësor në pritjet (përveç shëndetit) të popullsisë; për të përmirësuar "drejtësinë" e kontributeve financiare për sistemin shëndetësor të bërë nga popullata; dhe për të përmirësuar efikasitetin e përgjithshëm të sistemit, gjegjësisht maksimizimin e arritjes së qëllimeve të mëparshme brenda kufijve të burimeve në dispozicion

[2] Funksionet tjera janë administrimi, gjenerimi i burimeve (investimi në kapitalin njerëzor dhe fizik dhe kontributet), dhe ofrimi i shërbimeve (kujdes shëndetësor personal dhe shërbime shëndetësore me bazë popullin).



SHTYLLA E PARË: OBJEKTIVAT E PROPOZUARA PËR POLITIKËN E FINANCIMIT TË SHËNDETËSISË

Objektivat e politikave të financimit shëndetësor shërbejnë si kritere që përdorim për të **vlerësuar arritjen dhe performancën e sistemeve të financimit të shëndetësisë dhe efektet e reformave**. Ndërsa mënyrat specifike që vendet i operacionalizojnë këto objektiva ndryshojnë, ashtu siç i kushton rëndësi relative secilit, ne besojmë se ato janë të zbatueshme dhe pavarësisht nga etiketat ose modelet me të cilat identifikohen aranzhimet e financimit të tyre shëndetësor. Për më tepër, këto objektiva mund të përkthehen në masa konkrete që nga ana tjetër mund të jenë synimi për ndërhyrjet praktike të politikave.

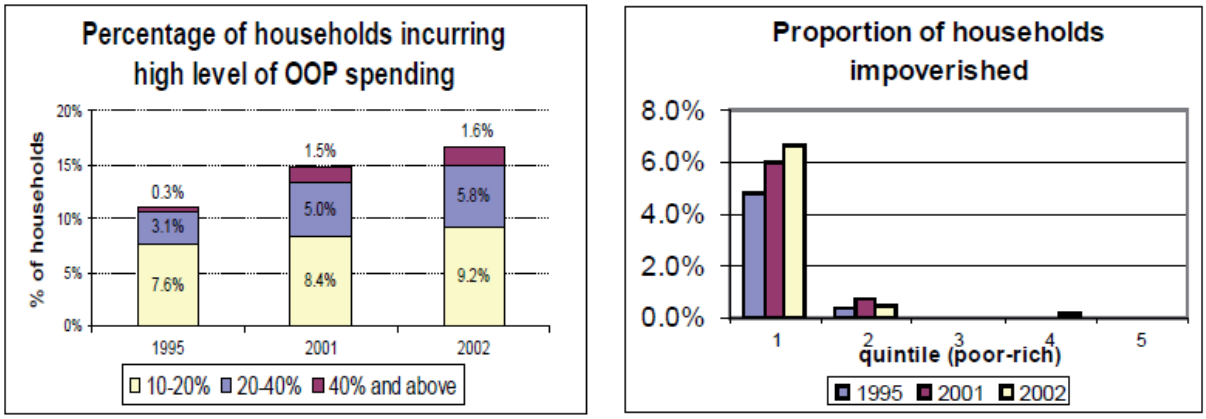
Mbrojtja nga rreziku financiar i shëndetit të sëmurë ose **mbrojtja financiare** është një qëllim që mund të përmblidhet thjesht si vijon: *njerëzit nuk duhet të bëhen të varfër si rezultat i përdorimit të kujdesit shëndetësor, as nuk duhet të detyrohen të zgjedhin midis shëndeti te tyre fizike (dhe mendore) dhe mirëqenies se tyre ekonomike*. Në të vërtetë, kjo çështje pasqyron një nga lidhjet më të drejtpërdrejta në mes të shëndetit dhe mirëqenies: shkalla në të cilën njerëzit bëhen të varfër nga shpenzimet shëndetësore, ose anasjelltas, efikasiteti i sistemit të financimit të shëndetit në mbrojtjen e njerëzve nga rreziku për t'u

bërë i varfër, për të shfrytëzuar shërbimet. Ekzistojnë masa standarde të këtij objektivi dhe mund të prodhohen për çdo vend që ka të dhëna të besueshme të anketës për:

- Përqindja e familjeve që përjetojnë shpenzime shëndetësore "katastrofike" (shpenzimet shëndetësore që tejkalojnë një përqindje të caktuar të pragut të shpenzimeve familjare totale ose jo të qëndrueshme);
- Shpenzimet e varfra, të matura si ndikimi i shpenzimeve shëndetësore në "Numri i personave të varfër" (numri ose përqindja e familjeve që bien nën kufirin e varfërisë kombëtare si pasojë e shpenzimeve të tyre shëndetësore) ose "hendeku i varfërisë" (shtrirja në të cilën familjet bien nën nivelin e varfërisë si pasojë e shpenzimeve të tyre shëndetësore).

Shembujt e këtyre koncepteve janë paraqitur në figurën 3. Tabela në të majtë tregon përqindjen e familjeve estoneze në të cilat shpenzimet shëndetësore jashtë-xhepi (OOP) tejkalojnë pragjet katastrofike të përcaktuara ndryshe (10%, 20% dhe 40%) të shpenzimeve totale të ekonomive familjare në vitet 1995, 2001 dhe 2002. Grafiku në të djathtë tregon përqindjen e familjeve në grupe të ndryshme të të ardhurave që u bënë të varfra si pasojë e shpenzimeve shëndetësore të OOP në ato tre vitet e njëjta.

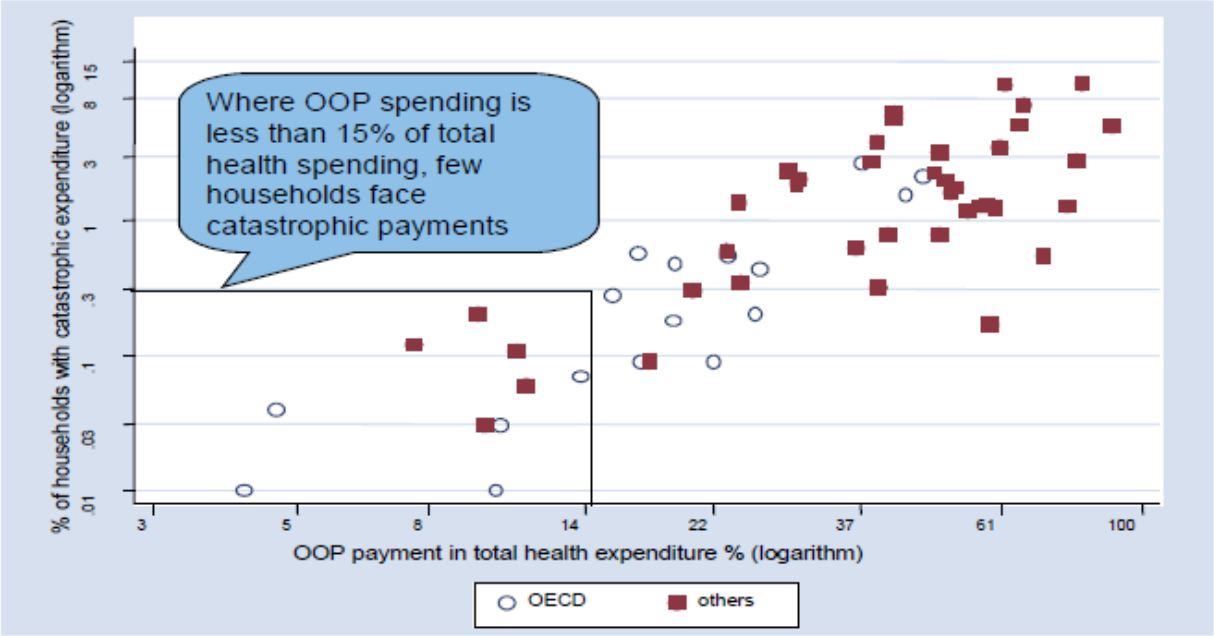
Fig.3 Masat e pagesave shëndetësore katastrofike dhe të varfra në Estoni



Edhe pa një analizë të thellë të të dhënave të sondazhit për të përcaktuar efektet katastrofike dhe varfëruese, provat ndërkombëtare tregojnë fuqishëm se **nivelet e larta të shpenzimeve OOP duhet të jenë shkak për shqetësim**. Analiza e të dhënave nga rreth 80 vende të ndërmarra nga WHO (Figura 4) tregon një korrelacion të fortë midis pjesës së OOP në shpenzimet e përgjithshme shëndetësore dhe përqindjen e familjeve që përballen me shpenzime katastrofike[3] shëndetësore.

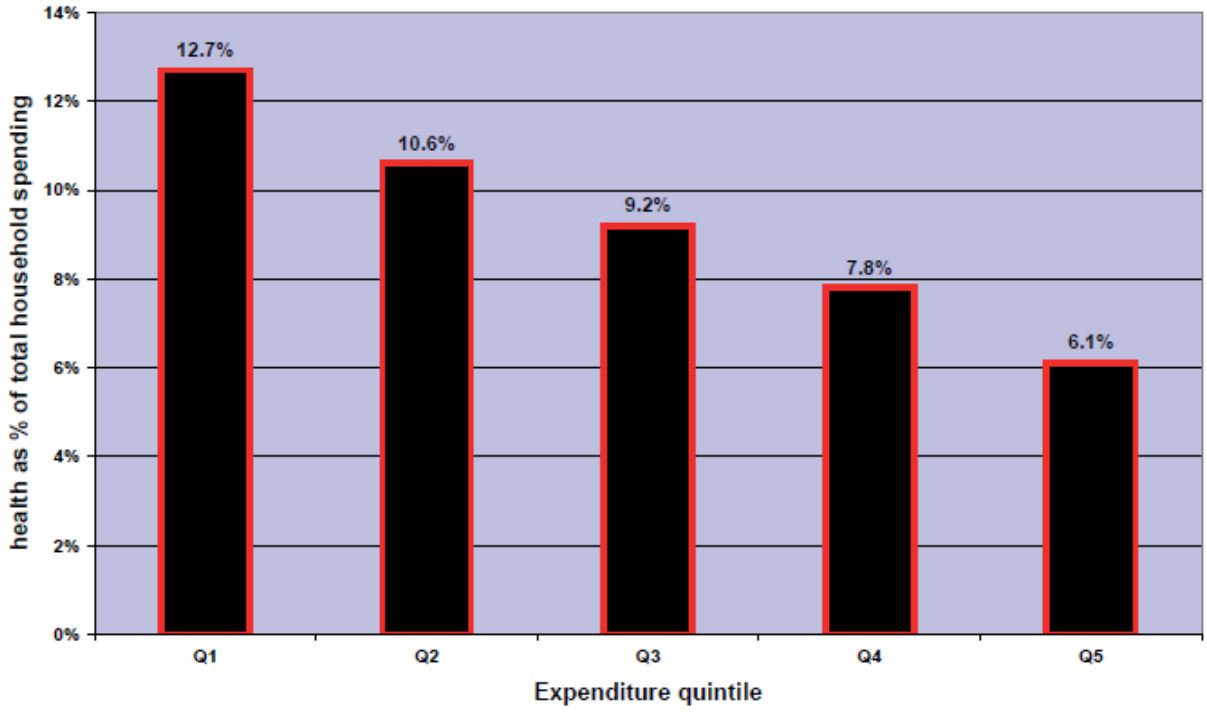
[3] Kjo analizë përdor një prag katastrofik prej 40% të të ardhurave të mosbashkëpunimit të familjes (të ardhurat e disponueshme pas nevojave bazë, të tilla si ushqimi, janë përmbushur).

Figura 4. Përqindja e familjeve me shpenzime katastrofike kundrejt pjesës së OOP pagesa në shpenzimet totale shëndetësore



Një objektiv i lidhur por i dallueshëm është që sistemi shëndetësor të **financohet në mënyrë të barabartë**. *Kjo do të thotë se, në lidhje me aftësinë e tyre për të paguar, të varfërit nuk duhet të paguajnë më shumë se të pasurit*. **Objektivi i barazisë** në financim është i lidhur ngushtë me vlerën thelbësore të solidaritetit. Në parim, analiza duhet të jetë gjithëpërfshirëse, duke përfshirë të gjitha burimet e shpenzimeve shëndetësore dhe t'i atribuojë ato në amvisëritë nga të cilat ata kanë origjinën, të dy drejtpërdrejtë në formë të pagesave OOP dhe parapagimeve (vullnetare dhe të detyrueshme) për sigurim shëndetësor dhe indirekt në format e tatimit të paregjistruar. Një analizë e plotë e kësaj kërkon identifikimin e burimeve të ndryshme të fondeve të sistemit shëndetësor, duke analizuar ndikimin e tyre shpërndarës (dmth. kush paguan) dhe duke i bashkuar ato me kontributin e tyre relativ në financimin total të sistemit shëndetësor. *Dëshmitë ndërkombëtare sugjerojnë fuqishëm që burimet e parapaguara të detyrueshme (tatimi i përgjithshëm dhe kontributet e pagave për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor) janë më të barabarta, burimet e parapaguara vullnetare (sigurimi shëndetësor vullnetar) janë më pak të barabartë dhe pagesat e OOP janë më të padrejtat*. Figura 5 ilustron pabarazinë në shpërndarjen e shpenzimeve shëndetësore të OOP në Shqipëri në 2002, ku 1/5 më e pasur e popullsisë kaloi rreth gjysmën e të ardhurave të tyre krahas 1/5 më e varfër e popullsisë. Prandaj, për shumë vende, transformimi i fjalës "solidaritet" në veprim kërkon përcaktimin dhe zbatimin e strategjive të reformës me caqe specifike për zvogëlimin e pjesës së pagesës jashtë xhepit në shpenzimet e përgjithshme shëndetësore dhe në veçanti mbrojtjen e familjeve më të varfra kundër këtyre shpenzimeve.

Figura 5. Pabarazia në shpenzimet jashtë xhepit, Shqipëri 2002



Megjithatë, konsideratat për mbrojtjen financiare dhe kapitalin financiar nuk janë të mjaftueshme për një vlerësim të sistemit të financimit shëndetësor të një vendi. Arsyeja është se këto objektiva financiare nuk përfshijnë efektet e sistemit në përdorimin e shërbimeve shëndetësore të njerëzve. Në të vërtetë, për shkak se pagesa nga xhepi ndodh, sipas definicionit, në kohën e përdorimit të shërbimit dhe për shkak se kjo mënyrë e pagesës ka pasoja të dëmshme për mbrojtjen financiare dhe kapitalin financiar, masat e këtyre objektivave të politikave do të tregojnë përmirësim në lidhje me shkallën që njerëzit më të varfër nuk përdorin kujdesin shëndetësor[4]. Për një interpretim të ndjeshëm të politikave, pra, ndikimi i sistemit të financimit të shëndetit në përdorimin e shërbimeve duhet të konsiderohet njëkohësisht me objektivat financiare.

Qëllimi i **barazisë në shfrytëzim (përdorim)** mund të shprehet si vijon: *shërbimet shëndetësore dhe burimet duhet të shpërndahen sipas nevojës, jo sipas faktorëve të tjerë siç është aftësia e njerëzve për të paguar shërbimet*. Ndërsa objektivat e financimit kanë të bëjnë kryesisht me mënyrën se si rriten te ardhurat për të paguar sistemin shëndetësor, objektivi i shfrytëzimit duhet të bëjë (sa i përket kontributit të politikës së financimit të shëndetësisë) më shumë se si shpenzohen paratë nga sistemi shëndetësor. Prandaj,

[4] Nëse njerëzit më të varfër largohen në mënyrë joproporcionale nga përdorimi i shërbimeve për shkak të kostos së tyre, atëherë shfrytëzimi dhe pagesat jashtë xhepit të njerëzve më të pasur do të përbëjnë një pjesë më të madhe të totalit. Si rezultat, të dhënat e sondazhit të ekonomive familjare për shpenzimet shëndetësore do të tregojnë se financimi i sistemit do të duket më i drejtë se sa nëse të varfërit dhe të pasurit i përdorin shërbimet në mënyrë të barabartë dhe paguajnë të njëjtat shuma.

shqetësimi ynë për barazinë në përdorimin e shërbimeve si një objektiv kërkon barazi në shpërndarjen e shpenzimeve dhe burimeve shëndetësore si një mjet për të ndjekur këtë objektiv. Ndërsa vetë objektivi nuk është i vështirë për t'u kuptuar, matja e qëndrueshme është një sfidë, sepse nuk ekziston një metodologji rutinë dhe me kosto të ulët në dispozicion për të siguruar një masë objektive të nevojës. Shumë studime mbështeten në përgjigjet e pyetjeve të studimit dhe kështu përpiqen të lidhin përdorimin e shërbimit me statusin shëndetësor të vetëvlerësuar ose nevojën e vetëvlerësuar. Masat e tilla janë të papërsosura por mund të kenë aplikim praktik, në masën që mund të bëhen supozime të arsyeshme për mënyrën e interpretimit të të dhënave mbi shfrytëzimin dhe nevojën.
Për shembull, Figura 6 përmbledh një analizë të të dhënave të sondazhit ne Irlandë për përdorimin e llojeve të ndryshme të shërbimeve shëndetësore në të gjithë shpërndarjen e të ardhurave. Më të varfërit 40% të popullsisë përbënin më shumë se gjysmën e të gjitha netëve të spitaleve dhe vizitave të mjekëve të përgjithshëm. Nga ana tjetër, modeli i kundërt është treguar për vizitat e dentistëve, me mbi 28% të vizitave që shkaktojnë 20% më të pasur të popullsisë. Shpërndarja "për të varfërit" e shfrytëzimit të mjekut të përgjithshëm dhe kujdesit spitalor mund të shpjegohet me dallimet në nevojën aktuale, si dhe me mbrojtjen efektive të siguruar nga sistemi i financimit shëndetësor irlandez kundrejt kostove të përdorimit të këtyre shërbimeve. Në të kundërt, shpërndarja e pasur e përdorimit të kujdesit dentar nuk ka të ngjarë të pasqyrojë nevojat reale të popullsisë dhe mund të krahasohet më shumë me praninë e akuzave për vizitat e dhëmbëve në pikën e dorëzimit, të cilat kanë më shumë gjasa të pengojnë përdorimin e njerëzve me të ardhura më të ulëta.

Qëllimi i përmirësimit të **transparencës dhe llogaridhënies** së sistemit ndaj popullatës paraqet sfida për interpretimin dhe matjen. Prandaj, është e dobishme të vendosen kufijtë e këtij koncepti për ta lejuar atë të përdoret si një kriter praktik për vlerësimin e një sistemi ose reformave të financimit. *Çështja kryesore këtu është se të drejtat dhe detyrimet e popullsisë duhet të kuptohen mirë nga të gjithë, duke reflektuar një premtim nga shteti tek qytetarët*. Në lidhje me këtë, duhet të raportohet periodikisht nga shteti tek njerëzit për masën në të cilën ky premtim është duke u përmbushur në praktikë.

Një çështje specifike që lidhet me transparencën për shumë vende të Rajonit është **prania e pagesave joformale për kujdesin shëndetësor** - kontributet direkte të pacientëve (ose atyre që veprojnë në emër të tyre, si p.sh. anëtarët e familjes), përveç pagesave të kërkuara nga kushtet e të drejtës, në para të gatshme ose në natyrë, për ofruesit e kujdesit shëndetësor për shërbimet dhe inpute të lidhura me të cilat pacientët kanë të drejtë. Shtrirja e këtyre pagesave është një pasqyrim i drejtpërdrejtë i mungesës së transparencës, sepse detyrimi për të paguar nuk është specifikuar ende. Reformat që synojnë reduktimin e këtij problemi të transparencës sfidohen nga vështirësia në identifikimin dhe matjen e këtyre pagesave. Megjithatë, një numër studimesh empirike mbi madhësinë e këtij fenomeni në Rajonin Europian dhe gjetkë janë botuar, duke sugjeruar që zhvillimi i masave të besueshme të pagesës informale është i mundshëm.

Llogaridhënia si një objektiv është e vështirë të matet, por megjithatë është e rëndësishme dhe sigurisht e hapur për vlerësim cilësor. Një fokus i dobishëm është marrëveshja e llogaridhënies për "organizatat e financimit të shëndetësisë", siç janë fondet e detyrueshme të sigurimeve shëndetësore ose agjencitë e tjera publike që menaxhojnë burimet financiare të sistemit shëndetësor. Dimensionet e kësaj çështje variojnë nga (relativisht e thjeshtë) ndjekja dhe raportimi i burimeve financiare (p.sh. auditimi), deri te raportimi (më i ndërlikuar) mbi performancën në lidhje me disa masa të rëna dakord, në (më kompleks) rritjen e legjitimitetit të qeverisë në sytë e qytetarëve. Një shembull i shkëlqyer i "**llogaridhënies së orientuar drejt rezultateve**" është raporti vjetor i Fondit të Sigurimeve Shëndetësore Estoneze, i cili publikon rezultatet e një sërë treguesish të performancës lidhur me kënaqësinë e popullsisë dhe ndërgjegjësimin për të drejtat e tyre, qasjen dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore, burimet dhe përfitimet, cilësinë e shërbimit të klientit dhe qeverisjen e korporatave / praktikave efikase të biznesit.

Marrëveshjet e financimit duhet të shpërblejnë kujdesin e **cilësisë së mirë** dhe të ofrojnë stimuj për **efikasitet në organizimin dhe shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore**. Suksesi kërkon që këto stimuj të përputhen me rregullat që rregullojnë ofruesit e shërbimeve, si dhe me kompetencat e tyre menaxheriale, për të krijuar një ambient koherent dhe efektiv në të cilin ofruesit janë në gjendje të reagojnë në mënyrë të përshtatshme ndaj sinjaleve të krijuara nga sistemi i financimit. Për qëllime praktike të politikave, ne nuk përpiqemi të miratojmë një masë të zbatueshme në mënyrë universale për të kapur këto objektiva, por në vend të kësaj sugjerojmë përdorimin e masave të ndërsjella që janë specifike për vendin dhe situatën.
Për shembull, kontratat e vendosura në 2003 midis Shërbimit Kombëtar të Shëndetit Britanik dhe mjekëve të përgjithshëm përfshijnë shpërblime financiare për praktikat që arrijnë objektiva të caktuara të lidhura me tensionin e gjakut dhe nivelet e kolesterolit, ndërsa kontratat e spitaleve në Francë specifikojnë reduktime në shkallën e infeksioneve nosocomiale. Në vendet e ish-Bashkimit Sovjetik, një fokus kryesor i reformave të orientuara drejt efikasitetit ka qenë zvogëlimi i infrastrukturës fizike të sistemeve shëndetësore për shkak të kostove fikse të larta që lidhen me mirëmbajtjen e tyre. Në këtë kontekst, një tregues relevant i efikasitetit është pjesa e shpenzimeve të dedikuara për kostot fikse të lidhura me strukturën e sistemit (p.sh. shërbimet publike, personeli) në krahasim me shpenzimet që lidhen direkt me trajtimin e pacientit (p.sh. barnat, furnizimet mjekësore). Një shembull nga Kirgistani është treguar në Fig. 7.

Nxitja e **efikasitetit administrativ** përfshin *përqëndrimin në minimizimin e dyfishimit të përgjegjësisë funksionale për administrimin e sistemit të financimit të shëndetësisë*. Kjo nuk nënkupton një axhendë të gjerë të reduktimit të shpenzimeve administrative; me të vërtetë, shumë kosto të tilla janë të nevojshme dhe kontribuojnë në performancën e sistemit shëndetësor. Prandaj, fokusi duhet të jetë në mënyrë të barabartë në *përpjekjen për të maksimizuar efektivitetin e kostos (në aspektin e ndikimit në objektivat e politikave) të*

funksioneve administrative. Kosto-efektiviteti i funksioneve të veçanta administrative, siç janë proceset e përdorura nga një agjensi blerëse për të kontrolluar përshtatshmërinë e pranimeve në spital, varet nga sa mirë kryhen dhe nëse përgjegjësia për zbatimin e tyre është dyfishuar në disa agjenci. Në disa raste, vetë sistemi i financimit shëndetësor gjeneron atë që mund të quhet "kosto e pastër", në kuptimin që shpenzimet lindin për të zbatuar gjëra që nuk japin kontribut në kryerjen e një sistemi shëndetësor. Shembuj të kostove të tilla janë investimet e bëra nga siguruesit garues për të identifikuar dhe regjistruar personat relativisht të shëndetshëm; ka një kthim privat në investime të tilla, por ato nuk kontribuojnë asgjë në arritjen e objektivave të politikës së përcaktuar këtu.

SHTYLLA E DYTË: KORNIZA PËR TË KUPTUAR ORGANIZIMIN E SISTEMEVE TE FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Shpesh, sistemet e financimit të shëndetit kategorizohen në modele ose etiketa (p.sh. Beveridge, Bismarck, Semashko). Etiketa të tilla mund të jenë të dobishme për të përcjellë kuptime të rëndësishme politike ose për të pasqyruar një kontekst kulturor në të cilin sistemi shëndetësor konsiderohet një "mënyrë jete". Për shembull, në shumë vende në tranzicion, reforma e etiketimit si një ndryshim në një "sistem sigurimi" është përdorur për të transmetuar një mesazh ndryshimi nga sistemi dhe ekonomia e kontrolluar në sistemin hierarkik. Shikuar më ngushtë përmes lenteve të politikës së financimit të shëndetit, megjithatë, këto klasifikime të gjera nuk janë shumë të dobishme për të kuptuar sistemet ekzistuese ose për të vlerësuar reformat e mundshme. Modelet përcaktohen kryesisht nga **burimet e fondeve** (dmth. të hyrat e buxhetit të përgjithshëm kundrejt të ardhurave nga taksat e pagave), por ka një njohje në rritje që vendet mund dhe kanë futur reforma të rëndësishme në sistemet e tyre të financimit pa ndryshuar burimin e fondeve. *Konceptualisht, burimi i fondeve nuk duhet të përcaktojë organizimin e sektorit, mekanizmat me anë të të cilave burimet shpërndahen ose saktësinë me të cilën përcaktohet e drejta për përfitime*.
Spanja jep **një shembull** se si një kalim nga një sistem i financuar kryesisht nga kontributet e punëdhënësit / punonjësve në një të financuar kryesisht nga të ardhurat e përgjithshme tatimore nuk e ndryshuan marrëdhënien midis popullatës dhe sistemit shëndetësor. Alternativisht, Republika e Moldavisë futi një taksë pagese dhe një fond sigurimi shëndetësor të detyrueshëm në vitin 2004, por shumica e parave të fondit të sigurimeve vjen nga transferimet nga të ardhurat e përgjithshme. Prandaj, etiketat si "sistemet e financuara nga tatimet" ose "sistemet e sigurimeve shoqërore shëndetësore" jane jo vetëm konceptualisht joadekuate, por mënyra të tilla të të menduarit rreth sistemeve të financimit shëndetësor mund të kufizojnë në faktin e zgjedhjeve të mundshme politike ose të përqendrojnë vëmendjen në suksesin apo dështimin e skemave dhe jo në ndikimet e tyre për sistemin dhe popullsinë, si një e tërë.

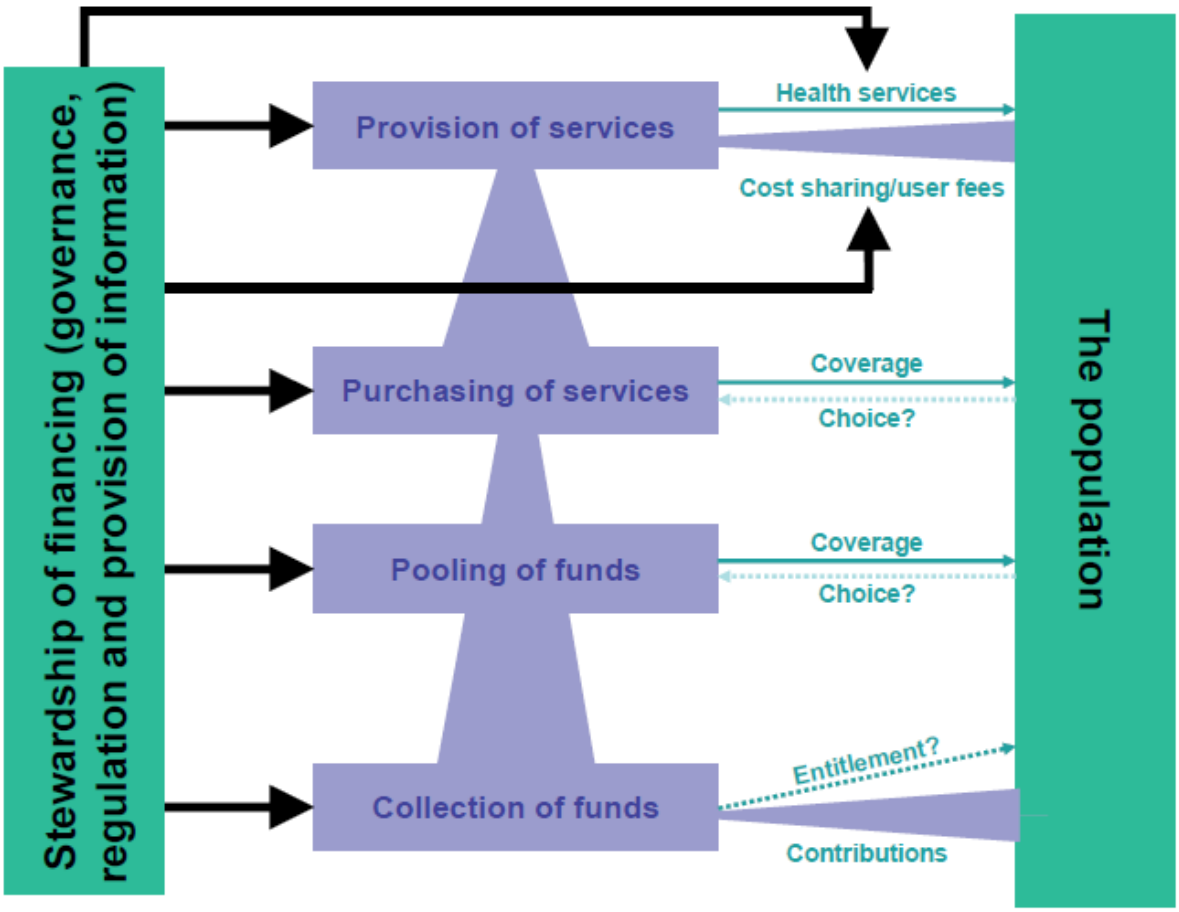
Për të përshkruar sistemet e ndryshme të financimit shëndetësor dhe reformat që janë futur në rajon, kuadri që ne përdorim integron nënfunksionet dhe politikat e ndryshme të financimit shëndetësor të paraqitura në Fig. 8 - mbledhja e të ardhurave,

grumbullimi, blerja dhe politika mbi përfitimet dhe koston e pacientit -sharing (vendimet e mbulimit) - dhe e bën të qartë ndërveprimet midis këtyre, se si ato lidhen me ofrimin e shërbimeve, se si ato lidhen me popullsinë dhe, përveç kësaj, lidhja e tyre me "menaxhimin e financimit". Ky koncept i fundit operacionalizohet si aranzhime qeverisjeje për agjencitë që zbatojnë nënfunksionet, si dhe sigurimin e rregulloreve dhe informacionit për të mundësuar që sistemi të japë rezultate më të mira. Në këtë kuptim, çdo nënfunksionim mund të konsiderohet si një treg, me qeverisje, rregullim dhe informacion thelbësor për përafrimin e këtyre tregjeve me rezultatet sociale të dëshirueshme. Qasja e mbështetur nga kjo kornizë nxit një pamje gjithëpërfshirëse të një sistemi të financimit shëndetësor, duke lehtësuar një theksim në ndërveprimet ndërmjet pjesëve të ndryshme të sistemit dhe jo një fokus të ngushtë në instrumentet e reformave të veçanta. Kjo është e dobishme për të shmangur theksin mbi "plumbat magjike" (p.sh. instrumente të njëanshme reformuese) që rrallë arrijnë të arrijnë objektivat e politikave.

Subfunksionet, politikat dhe marrëdhëniet e përshkruara në Fig. 8 janë të përbashkëta (edhe pse jo eksplicite) në të gjitha sistemet, qoftë Beveridge, Bismarck, Semashko ose diku në mes. Njohja e hollësishme e secilës prej "kutive" dhe "shigjetave" është thelbësore për të kuptuar sistemin ekzistues të financimit shëndetësor të një vendi dhe, në kombinim me një vlerësim të performancës së sistemit në drejtim të arritjes së objektivave të politikave të përshkruara më sipër, për një identifikim fillestar dhe vlerësim të opsioneve për reforma. Kuadri siguron një mjet për politikëbërësit dhe analistët për të menaxhuar këto detaje: një "listë kontrolli" të funksioneve dhe marrëdhënieve që duhet të merren parasysh për një qasje gjithëpërfshirëse dhe efektive për politikën dhe reformën e financimit të shëndetësisë.

Analiza fillon me kolonën qendrore të Fig. 8, duke reflektuar nënfunksionet e financimit shëndetësor dhe raportin e secilit me popullatën. Ne pastaj lëvizim drejt ***administrimit të sistemit të financimit***. Shifra është e përgjithshme dhe mund të përshtatet në një larmi kontekstesh. Pjesa më e madhe e kësaj diversiteti ka të bëjë me përzierje të ndryshme të integrimit organizativ ose ndarjes së funksioneve (p.sh. integrimi i grumbullimit, grumbullimit dhe blerjes, siç është e zakonshme me shumë sigurime private, ose integrimin e blerjeve dhe ofrimit, si në disa sisteme publike dhe disa private organizatat e mirëmbajtjes shëndetësore). Kuptimi i shtrirjes së monopolit ose konkurrencës në zbatimin e një nënfunksioni të veçantë ("struktura horizontale e tregut"), si dhe natyra e integrimit ose e ndarjes në të gjitha funksionet ("struktura vertikale e tregut") është thelbësore për të kuptuar sistemin.

Figura 8. Kuadri konceptual për të kuptuar organizimin e sistemeve të financimit të shëndetësisë



Nënfunksioni i **mbledhjes së të ardhurave** kombinon shqyrtimin e agjencive që grumbullojnë para, metodat e përdorura të kontributit dhe burimet fillestare të financimit. Lidhja mes grumbullimit dhe popullsisë rrjedh nga fakti i qartë por shpesh i lënë pas dore: popullsia është burimi i të gjitha fondeve (përveç fondeve të marra nga vende të tjera ose agjencive të ndihmës së jashtme). *Qeveria nuk është "burim" por mbledh të ardhura tatimore nga njerëzit*. Kështu, kategoritë që zakonisht përdoren për klasifikimin e burimeve të financimit, kryesisht i referohen mekanizmave të kontributit: të ardhurat tatimore të përgjithshme, të ardhurat nga taksat e pagave që zakonisht janë të dedikuara për sigurimin shëndetësor të detyrueshëm (shpesh të quajtura "kontribute të sigurimeve shoqërore shëndetësore" zakonisht për sigurim shëndetësor vullnetar) dhe pagesa direkte jashtë xhepit në kohën e përdorimit të shërbimit. Një çështje kritike është nëse ekziston një lidhje mes kontributit dhe të drejtës (shigjeta e shënuar nga "koleksioni" në "popullatën" në figurë). Në disa sisteme ekziston një lidhje e tillë (p.sh. kur kontributet bëhen nga ose në emër të individëve dhe këta njerëz kanë të drejtë të

përfitojnë sepse ky kontribut është bërë), ndërsa në të tjerat, e drejta është kusht për nënshtetësi ose vendbanim. Prania ose mungesa e kësaj lidhjeje me të drejtën e kontributit është një dallim konceptual i rëndësishëm midis një sistemi të ashtuquajtur "sigurimi shëndetësor social" dhe një "sistemi me bazë tatimore" të njohur.

Në kuptimin e tij më të përgjithshëm, **grumbullimi i fondeve** i referohet akumulimit të të ardhurave të parapaguara në emër të një popullsie. Fondet për kujdesin shëndetësor grumbullohen nga një shumëllojshmëri e gjerë e agjencive publike dhe private, duke përfshirë ministritë kombëtare të shëndetësisë, krahët e decentralizuara të ministrive të shëndetësisë, qeveritë lokale, fondet e sigurimeve shëndetësore sociale, fondet e sigurimeve private dhe fitimprurëse, dhe komunitetin bazuar në organizata joqeveritare. Agjencitë që rishpërndajnë fondet (p.sh. për rregullimin e rrezikut të të ardhurave premium të fondeve të sigurimit konkurrues) gjithashtu sigurojnë një funksion grumbullimi. *Ndryshimet në mënyrën se si fondet grumbullohen mund të ndikojnë jo vetëm në masën në të cilën njerëzit janë të mbrojtur nga rreziku financiar i përdorimit të kujdesit shëndetësor, por edhe në barazinë në shpërndarjen e burimeve shëndetësore, aftësia e sistemeve për të siguruar stimuj për efikasitet në organizimin e ofrimit të shërbimeve dhe efikasitet në administrimin e përgjithshëm të sistemit shëndetësor*. Prandaj, është e dobishme të merret parasysh jo vetëm qëllimi i grumbullimit të rrezikut për mbrojtjen financiare, por edhe mënyra se si fondet mund të riorganizohen për të lehtësuar progresin në objektivat e tjerë të politikës. Ashtu si me aspekte të tjera të sistemit, kuptimi i strukturës së tregut të bashkimit është thelbësor. Një dimension kyç i kësaj është nëse ekziston konkurrenca ose monopoli: a janë njerëzit në gjendje të zgjedhin agjencinë e tyre të bashkimit (sigurimit) ose janë caktuar për të në bazë të gjeografisë apo profesionit. Aspekte të tjera të rëndësishme të strukturës së tregut janë nëse ekziston një fond i vetem kombëtare ose fonde të shumëfishta dhe nëse (në rastin e pishinave të shumfishta jokompetuese) këto janë të ndryshme territoriale ose mbivendosen me njëra-tjetrën.

Blerja nënkupton transferimin e fondeve të grumbulluara për ofruesit në emër të një popullsie. Së bashku me grumbullimin, dhe siç pasqyrohet në shigjetat në Figurën 8, blerja mundëson sigurimin e mbulimit për individët. Me fjalë të tjera, fondet grumbullohen dhe blihen shërbime në emër të disa ose të gjithë popullsisë. Çështjet kyçe në blerje kanë të bëjnë me agjencitë që zbatojnë këtë nënfunksionim, strukturën e tregut të blerjes dhe mekanizmat e përdorur për blerje. Agjencitë dhe çështjet e strukturës së tregut janë shumë të ngjashme me grumbullimin pasi që në shumicën e vendeve, agjencitë e njëjta që grumbullojnë fonde gjithashtu blejnë shërbime (me përjashtim të agjencive përgjegjëse vetëm për rishpërndarjen e fondeve në pishina të tjera). Shumë reforma në rajon janë fokusuar në mënyrën se si agjencitë blejnë shërbime, duke theksuar incentivat për të përmirësuar cilësinë dhe efikasitetin e ofrimit të shërbimeve. Shumë mekanizma të ndryshëm përdoren për të provuar dhe blerë shërbimet në mënyrë strategjike, por masa të tilla bazojnë të paktën disa nga shpërndarjen e fondeve për ofruesit në informacionin lidhur me performancën e tyre

ose nevojat shëndetësore të popullsisë. Mekanizma të veçantë përfshijnë ndryshime në mënyrën se si ofruesit janë kontraktuar dhe paguar në mënyrë që të ndryshojnë stimujt dhe të krijojnë kushte specifike në lidhje me përfitimin e cilësisë ose të efikasitetit. Lidhur me këtë mund të jenë procedura administrative retrospektive për të kontrolluar cilësinë dhe përshtatshmërinë e kujdesit ose, së paku, për të zbuluar raportime mashtruese. Në kontekste me blerës të shumtë konkurrues, organizimi i një mjedisi inkurajues koherent dhe minimizimi i shpenzimeve administrative joproduktive për ofruesit paraqesin sfida të mëdha rregullatore.

Politika mbi **përfitimet dhe ndarjen e kostove të pacientëve** (p.sh. **bashkë-pagesa**) përfshin ndoshta lidhjen më të drejtpërdrejtë në mes të sistemit shëndetësor dhe popullatës. Në këtë drejtim, është e dobishme të mendoni për paketën e përfitimeve, si ato shërbime dhe mjetet e qasjes në shërbime, që blerësi (të) do të paguajë nga fondet e grumbulluara. Ky përkufizim nënkupton se ajo që nuk është në pako (plotësisht ose pjesërisht) duhet të paguhet (plotësisht ose pjesërisht) nga pacientët, brenda ose jashtë sistemit të financuar publikisht. Kjo e bën të qartë lidhjen midis përfitimeve dhe ndarjes së kostove (dmth. shërbimet pjesërisht të mbuluara janë subjekt i ndarjes së kostos) dhe i kalon këto politika në kuadrin e politikës së financimit të integruar të shëndetësisë dhe larg nga të qenit masa të izoluara për shërbimet racionale, të rriten të ardhura shtesë ose të pengojnë kërkesën. Duke përfshirë "mjetet e qasjes" në përkufizim, paketa e përfitimit mund të shihet si një nga instrumentet në dispozicion për të drejtuar shfrytëzimin në mënyrë të dëshiruar (p.sh., bërjen e të drejtës për kujdes të specializuar, që varet nga detyrimi për t'u referuar nga kujdesi parësor).

Një sërë çështjesh dhe konsideratash lindin kur merren parasysh **(ri) dizajnimi i paketave të përfitimeve.** Kujdesi zakonisht fokusohet në vendosjen e shërbimeve që duhet të përfshihen për mbulimin, së bashku me përpjekjet për të balancuar qasjet teknike për vlerësimin e nevojave shëndetësore të popullsisë, vlerësimin e teknologjisë dhe efektivitetin e kostos së ndërhyrjeve dhe nevojën për përfshirjen e qytetarëve dhe advokimin e grupeve në proces. Përderisa përpjekjet e tilla janë thelbësore, në disa raste theksi mbi aspektet teknike të dizajnit të paketave të përfitimit mund të çojë në një humbje të përqëndrimit në objektivat themelore të paketës dhe lidhjet e saj me politikën e financimit të përgjithshëm shëndetësor. Në veçanti, paketa është më e lidhur ngushtë me objektivin e promovimit të transparencës në të drejtat (p.sh. shërbimet në dispozicion) dhe detyrimet (p.sh. rregullat që duhet të ndiqen për të marrë të drejtat, p.sh. pagesa e bashkëpagesës, pas kanaleve të përcaktuara referimi, etj). Një parakusht për sukses, pra, është që njerëzit të kuptojnë të drejtat dhe detyrimet e tyre.

Së fundi, mënyra në të cilën zbatohet **administrimi i sistemit të financimit** është shumë i rëndësishëm. Kjo ka të bëjë me dizajnin e përgjithshëm të sistemit, qeverisjen e tij dhe mbështetjen "nga lart-poshtë" që e ndihmon atë të funksionojë më mirë. Në këtë drejtim, është e dobishme të mendohet për nënfunksionet dhe politikat e përshkruara në Fig. 8 si një treg. Në çdo vend (ose rajon të një vendi), agjencitë që furnizojnë nënfunksionimin

mund të karakterizohen si, për shembull, konkurruese, monopoliste, etj. Për t'i lidhur këto tregje në mënyrë efektive me objektivat e politikës së financimit shëndetësor, është e nevojshme të sigurohet informacion dhe rregullim. Shembuj të ofrimit të informacionit përfshijnë shpërndarjen, si për popullatën ashtu dhe për ofruesit, të informacionit mbi kategoritë e popullsisë dhe shërbimeve që janë të përjashtuara nga ndarja e kostos, ose zhvillimin dhe shpërndarjen e udhëzimeve për të ndihmuar konsumatorët të zgjedhin midis siguruesve konkurrues. Shembuj të rregullores përfshijnë përcaktimin e "periudhave të hapura të regjistrimit" që u lejojnë njerëzve të ndryshojnë siguruesit ose ofruesit e kujdesit parësor ose që u kërkojnë blerësve të marrin një mendim të dytë para se t'i mohojnë disa shërbime pacientëve. Konsideratat e dizajnit të përgjithshëm të sistemit të financimit janë të lidhura ngushtë me këtë dhe variojnë nga futja e masave specifike, si pakoja e standardizuar e përfitimeve themelore ose skema e kompensimit të rrezikut në kontekstin e siguruesve konkurrues, për çështjen më të përgjithshme të sigurimit që instrumentet e politikës së financimit janë në linjë me njëra-tjetrën, si dhe me politikat e lidhura me ofrimin e shërbimeve.

SHTYLLA E TRETË: PËRFSHIRJA E KUFIZIMEVE FISKALE DHE FAKTORË TË TJERË KONTEKSTUALË

Ndërsa vendet mund të ndajnë vlerat bazë dhe të bien dakord për qëllimet e gjera të sistemeve shëndetësore dhe objektivave të politikës së financimit të shëndetësisë, ka faktorë që vijnë nga jashtë sistemit shëndetësor që kufizojnë *shkallën në të cilën shtetet e ndryshme mund t'i realizojnë këto objektiva, qëllime dhe vlera në praktikë*. Për financimin e shëndetësisë, çështja më e rëndësishme kontekstuale është **konteksti fiskal**. Kjo i *referohet aftësisë së qeverisë për të mobilizuar taksat*[5] *dhe të ardhurat e tjera publike dhe nevojën që këto të jenë të balancuara me shpenzimet e përgjithshme publike*. Dhe, duke qenë se sistemet që mbështeten më shumë në financimin publik kanë tendencë për të bërë më mirë në arritjen e objektivave si mbrojtja financiare, barazia në financa dhe barazia në shfrytëzim, konteksti fiskal është kritik, sepse sa më shumë para ka qeveria, aq më shumë mund të shpenzojë mbi shëndetin.

Një masë e mirë e kontekstit fiskal është raporti i të ardhurave publike (ose shpenzimeve) ndaj produktit të brendshëm bruto (PBB). Në përgjithësi, vendet më të pasura kanë tendencë të jenë më efektive në mobilizimin e të ardhurave tatimore (në krahasim me madhësinë e ekonomive të tyre). Mbledhja e taksave zakonisht është më e vështirë në vendet e varfëra, sepse më shumë popullsi tenton të jetojë në zonat rurale ose të punojë në ekonominë informale. Siç tregohet në Fig.9, kjo marrëdhënie midis të ardhurave kombëtare dhe kapacitetit fiskal zbatohet për Shtetet Anëtare Europiane. Variacioni i

[5] Kjo përfshin të gjitha format e kontributeve të detyrueshme, siç janë tatimet mbi të ardhurat dhe vlerën e shtuar që bëhen pjesë e të ardhurave të përgjithshme publike dhe taksat e listës së pagave që janë caktuar në mënyrë specifike si sigurim social, duke përfshirë kontributet e sigurimit shëndetësor (të detyrueshëm).

vendeve individuale rreth trendit tregon, megjithatë, se PBB-ja për kokë per cdo banor nuk përcakton plotësisht kontekstin fiskal.
Për shembull, shpenzimet publike si përqindje e PBB-së janë pothuajse të njëjta në Bullgari siç është në Spanjë, megjithëse PBB-ja për frymë në Spanjë është më shumë se tre herë më e madhe. Ngjashëm, Irlanda dhe Ish Republika Jugosllave e Maqedonisë kanë të njëjtin raport të shpenzimeve publike me PBB edhe pse BPV për frymë është mbi gjashtë herë më i madh në Irlandë. Kjo më tutje tregon pse është thelbësore të kuptohet gjendja fiskale, dhe jo vetëm niveli i të ardhurave, kur analizohet konteksti për politikën e financimit të shëndetësisë në një vend të caktuar.

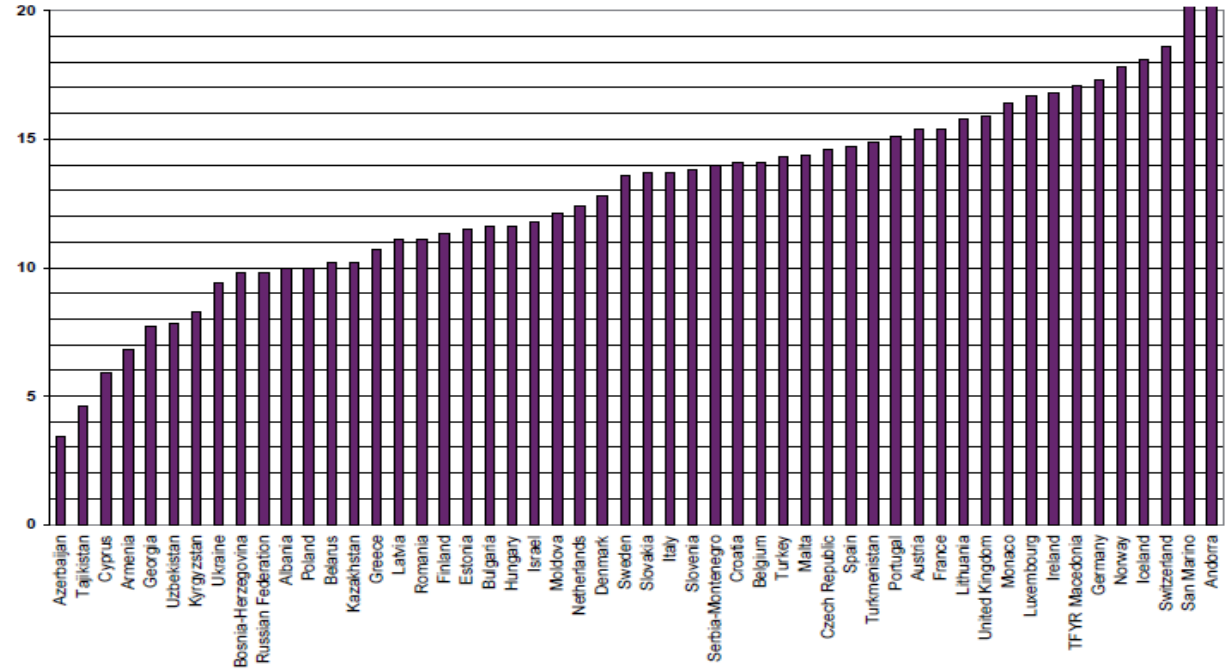
*Qeveritë duhet të jenë të ndërgjegjshëm për **kufijtë e tyre buxhetorë**; ata nuk mund të shpenzojnë thjesht për të përmbushur të gjitha nevojat e shoqërive të tyre. Sektori publik duhet të jetë i qëndrueshëm në aspektin fiskal; shpenzimet duhet të vijnë në bilanc me të ardhurat*. Kjo vlen edhe për sistemet e financimit të shëndetësisë. Por qëndrueshmëria fiskale është një kërkesë dhe jo një objektiv i politikës së financimit të shëndetit; sistemet e financimit të shëndetësisë duhet të vlerësohen sipas shkallës në të cilën ata arrijnë objektivat e politikave në lidhje me atë që mund të arrijnë, duke përmbushur detyrimin për balancën fiskale. Pra, *ekziston një dallim shumë i rëndësishëm midis efikasitetit dhe qëndrueshmërisë fiskale*. Shumë vende që përballen me deficite të vazhdueshme në sektorin e shëndetësisë janë të shqetësuar me të drejtë për këtë problem, por një fokus i ngushtë në ***eliminimin e deficitit*** mund të largojë vëmendjen nga mungesat e paefektshme që ishin shkaku i problemit. Për shembull, në vendet ku spitalet publike mund të kalojnë deficitin e tyre në qeveri, kjo mungesë përgjegjësie është burim i menaxhimit joefikas të burimeve, me deficite si manifestim i problemit. Disa vende të cilat përballen me këtë janë duke iu përgjigjur planeve për të kufizuar paketën e përfitimit (dmth. shtimin e detyrimeve për ndarjen e kostove të pacientëve) dhe për të zgjeruar mbulimin e sigurimit plotësues vullnetar shëndetësor për të zbutur popullatën kundër këtyre pagesave shtesë. Masat e tilla mund të ofrojnë lehtësim të përkohshëm të deficitit, por nuk bëjnë asgjë për të adresuar shkaqet themelore të problemit. Si rezultat, deficitet do të rishfaqen, ndërsa reformat e paraqitura do të kenë pasoja të dëmshme për barazinë dhe mbrojtjen financiare (pasi njerëzit më të varfër dhe më të sëmurë do të kenë më shumë kohë për të marrë sigurim shëndetësor vullnetar). Duke trajtuar **qëndrueshmërinë fiskale** si detyrim për të jetuar brenda një buxheti dhe jo si një objektiv, fokusi i hartuesve të politikave mund të zhvendoset nga një theksim në zvogëlimin e deficitit në një këndvështrim më të gjerë të adresimit të joefikasitetit ekzistues si një mënyrë për të minimizuar ndikimin në sistemin shëndetësor objektivat, duke përmbushur kërkesat për bilancin fiskal.

Kufizimet në sasinë që qeveritë mund të shpenzojnë për shëndetin nënkuptojnë nevojën për racionimin e qartë ose të nënkuptuar që, nga ana tjetër, do të thotë ndërhyrje ndërmjet arritjes së objektivave të politikës së financimit shëndetësor dhe nevojës për ekuilibrin fiskal. Sa më shumë të kufizohet mjedisi fiskal, aq më e ashpër do të jenë këto tregtime të qëndrueshmërisë. Por, në një botë gjithnjë e më të globalizuar, ekziston dhe

do të vazhdojë të jetë presion në rënie mbi normat e taksave në të gjitha vendet, duke përfshirë vendet më të pasura, pasi ato konkurrojnë për të tërhequr bizneset ndërkombëtare. Nevoja për të adresuar tregtimet e qëndrueshmërisë ballafaqohet kështu nga të gjitha vendet. Sfida, shpesh, është t'i inkurajojë ata që të merren me të si një vendim social eksplicit dhe pjesëmarrës sesa një rezultat i nënkuptuar i mosveprimit.

Sidoqoftë, qëndrueshmëria fiskale është një koncept i pakapshëm. Kufijtë në aftësinë e qeverive për të mobilizuar të ardhurat tatimore nga popullata e tyre kufizojnë aftësinë e tyre për të shpenzuar dhe, në të vërtetë, vendet nuk mund të kryejnë vazhdimisht deficite fiskale. Përfundimisht, shpenzimet totale publike duhet të bëhen në përputhje me të ardhurat publike të disponueshme. Sidoqoftë, është e vështirë të përcaktohet qëndrueshmëria fiskale e një sektori të shpenzimeve publike, siç është shëndeti. *Shuma që një qeveri shpenzon për shëndetin varet pjesërisht nga konteksti i saj fiskal dhe pjesërisht nga vendimet që ai merr në lidhje me prioritetet*. Matematikisht, shpenzimet publike për shëndetin si një përqindje e PBB-së janë produkt i shpenzimeve totale publike si përqindje e PBB-së (kapaciteti fiskal i qeverisë) dhe pjesa e atyre shpenzimeve të alokuara për sektorin shëndetësor. Siç shihet në Fig. 10, kjo pjesë, duke reflektuar prioritetin që qeveritë i japin sektorit të shëndetësisë, ndryshon shumë në të gjithë Rajonin.

Fig. 10. Shpenzimet shëndetësore si përqindje e shpenzimeve totale qeveritare, 2004, Shtetet Anëtare në Rajonin Evropian (vlerësimi i OBSH)

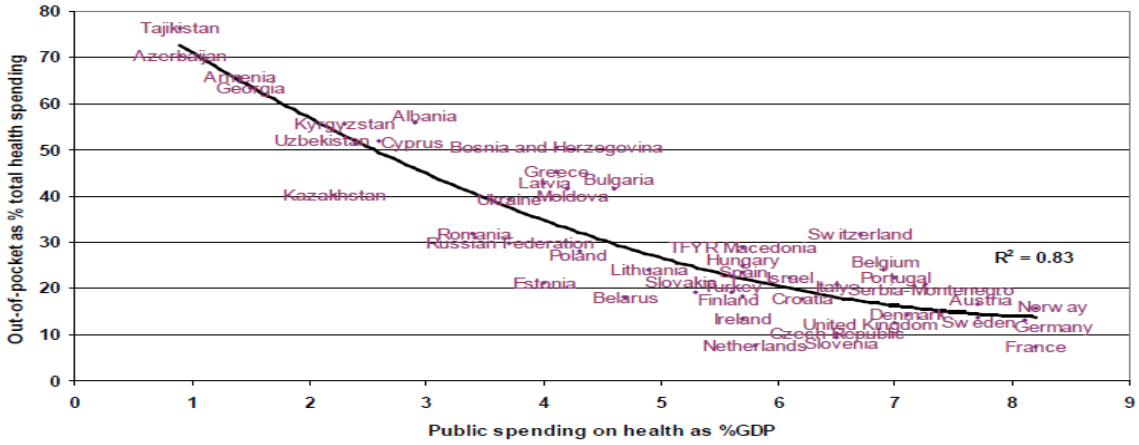


Duke pasur parasysh kufizimet e përgjithshme fiskale, dallimet në prioritetet mund të rezultojnë në një gamë të gjerë të niveleve të shpenzimeve shëndetësore të qeverisë si

pjesë e PBB-së dhe kjo, nga ana tjetër, mund të ketë pasoja të rëndësishme në aspektin e objektivave të politikës financiare të shëndetësisë.
Në Estoni, **për shembull,** shpenzimet publike për shëndetin zvogëloheshin nga 5.9% të PBB-së në vitin 1996 në 4.1% të PBB-së në vitin 2003. Kjo ishte pjesërisht për shkak të një tkurrjeje të përgjithshme fiskale, me një rënie totale të shpenzimeve publike nga më shumë se 42% më pak se 37% të PBB-së gjatë kësaj periudhe. Në të njëjtën kohë, shpenzimet shëndetësore kanë rënë nga 14% në 11.2% të totalit të shpenzimeve publike. Sikur të mbahej e njëjta 14% e shpenzimeve publike, shpenzimet shëndetësore qeveritare do të kishin qenë 5.1% të PBB-së në vitin 2003. Përtej kësaj, është e dukshme që pjesa e shpenzimeve të shpenzimeve të përgjithshme shëndetësore nga 11.5% në 20.3% .11 Ky shembull specifik i vendit tregon se aftësia e sistemit shëndetësor të Estonisë për të mbështetur një barrë më të ulët të shpenzimeve jashtë xhepit (dhe kështu mbrojtje më të mirë financiare - duke kujtuar rritjen e shpenzimeve katastrofike dhe të varfëruara gjatë kësaj periudhe të treguar në Fig. 3 - dhe qasja në kujdesin) u reduktua kryesisht nga "zgjedhja" dhe vetëm pjesërisht nga kufizimet e përgjithshme fiskale.

Analiza e të dhënave të shpenzimeve shëndetësore nga rajoni (Figura 11) ilustron lidhjen e fortë inverse mes (a) shpenzimeve qeveritare për shëndetin si përqindje e PBB-së, dhe (b) përqindjen e shpenzimeve totale të sistemit shëndetësor që vijnë në formën e pagesave nga xhepi. *Me fjalë të tjera, sa më shumë që qeveritë shpenzojnë për shëndetin, aq më pak pacientë paguajnë në kohën kur përdorin shërbimet, me implikime konsekuente për objektivat e mbrojtjes financiare, barazisë në financa dhe barazisë në përdorimin e shërbimeve*. Natyrisht, ka ndryshime rreth tendencës, duke treguar se niveli i shpenzimeve publike nuk përcakton gjithçka; çështjet e politikës së financimit shëndetësor. Por megjithatë është e qartë se niveli i shpenzimeve publike për shëndetin, i nxitur pjesërisht nga kufizimet fiskale dhe pjesërisht nga prioritetet e qeverisë, ka implikime të rëndësishme për potencialin e vendeve për të arritur objektivat e tyre të politikave.

Figura 11. Raporti midis nivelit të shpenzimeve shëndetësore të qeverisë dhe pjesës së shpenzimeve totale nga pagesat jashtë xhepit në Rajonin Evropian, 2004 (OBSH vlerëson për Shtetet Anëtare me popullsi më të madhe se 500 000)



Provat e cituara më lart tregojnë se, ndërsa kufijtë fiskalë janë çështje, prioritetet gjithashtu kane rëndësi dhe, deri në një farë mase, niveli i shpenzimeve shëndetësore që qeveritë mund të "mbajnë" është një vendim dhe jo thjesht një tipar i kontekstit më të gjerë ekonomik dhe fiskal. Megjithatë, ky shembull nuk nënkupton që ne thjesht duhet të përkrahim alokimet më të mëdha për shëndetin. Ne kemi sugjeruar që qëndrueshmëria fiskale nuk është një objektiv i politikës së financimit të shëndetit; në mënyrë të ngjashme, rritja e nivelit ose pjesës së shpenzimeve shëndetësore të qeverisë nuk është gjithashtu një objektiv i politikës së financimit shëndetësor. Çdo rritje e tillë duhet të justifikohet nga aftësia e sistemit shëndetësor për të kthyer të ardhurat në rritje në arritjen më të madhe të objektivave. Më e rëndësishmja, njohja e presioneve ekzistuese dhe të mundshme të ardhshme fiskale me të cilat përballen të gjitha vendet na çon në përfundimin se sistemet shëndetësore duhet t'i kushtojnë vëmendje më të madhe **përmirësimit të efikasitetit në përdorimin e burimeve**. Nuk ka asnjë justifikim për mos përpjekje për të marrë më së shumti (në aspektin e progresit në objektivat e politikave) nga burimet publike që shpenzohen. Përderisa nuk do të ketë fonde të mjaftueshme për të përmbushur të gjitha nevojat e një sistemi shëndetësor, shfrytëzimi më i mirë i burimeve që janë në dispozicion është mjeti kryesor për të zvogëluar ashpërsinë e kompensimeve të qëndrueshmërisë.

Përtej shqetësimeve fiskale që janë relevante në të gjitha vendet, faktorë të tjerë kontekstualë mund të ndikojnë në politikat e financimit të shëndetësisë. Secili vend ka specifikat e tij dhe ne nuk mund t'i drejtojmë të gjitha faktorët e mundshëm kontekstualë këtu. Ne fokusojmë në tre: *strukturën demografike dhe parashikimet; rregullat që qeverisin sistemin më të gjerë të financave publike; dhe decentralizimin politik administrativ.*

Struktura demografike e ardhshme dhe e parashikuar e një vendi ka implikime të rëndësishme për politikën e financimit të shëndetësisë. Ka dy dimensione për këtë. Së pari, popullata më e vjetër ka tendencë të ketë nevojë dhe kërkon më shumë shërbime shëndetësore. Prandaj, vendet me një strukturë më të vjetër të popullsisë, ose ku parashikohet plakja e shpejtë (ashtu si në shumë Shtete Anëtare në Rajonin Evropian që kanë pjellorinë të ulët dhe vdekshmëri të ulët), ka të ngjarë të ketë (ose të përballet në të ardhmen e afërt) si rezultat i kostove. Së dyti, ku popullsia është plakur dhe pjellorisë është e ulët, madhësia e fuqisë punëtore produktive bie në krahasim me pjesën tjetër të popullsisë, përveç nëse boshllëku i lënë nga pjelloria në rënie është e mbushur nga puna e emigrantëve. Kjo ka implikime të rëndësishme për mekanizmat që mund të përdoren për të mbledhur të ardhurat për sistemin shëndetësor. Dimensioni i parë sugjeron nevojën që krijuesit e politikave të krijojnë një përgjigje gjithëpërfshirëse dhe sistematike, duke përfshirë disa ndryshime në mënyrën se si përcaktohen prioritetet për shpenzimet shëndetësore dhe ndoshta strategjitë më të rëndësishme për të reformuar ofrimin e shërbimeve dhe masat për të promovuar plakjen e shëndetshme si dhe për të forcuar koordinimin midis kujdesit shëndetësor dhe social. Dimensioni i dytë është veçanërisht i rëndësishëm për ato vende që aktualisht mbështeten shumë në kontributet

e lidhura me punësimin (p.sh. tatimet e pagave për sigurimin shëndetësor të detyrueshëm) për të financuar sistemet e tyre. Ndërsa pjesa e popullsisë në moshë pune zvogëlohet në raport me popullsinë e përgjithshme, do të bëhet e domosdoshme që të diversifikohen burimet publike të financimit për të siguruar mbulim për moskontribuesit. Në të vërtetë, tashmë është e vërtetë se, në shumicën e vendeve të Evropës Perëndimore me skemat e sigurimeve shoqërore, financimi publik nuk vjen vetëm nga taksimi i bazuar në paga. Vetëm Gjermania dhe Holanda mbulojnë më shumë se 60% të shpenzimeve të përgjithshme shëndetësore në këtë mënyrë. Në Austri, Luksemburg dhe Belgjikë, më pak se gjysma e shpenzimeve totale është financuar nga taksat e pagave. Meqenëse ndryshimet demografike vazhdojnë, diversifikimi do të vazhdojë, dhe reformat më thelbësore për të çrrënjosur mbulimin shëndetësor nga statusi i punësimit mund të jenë të nevojshme për të mbështetur nivele të larta të mbrojtjes dhe barazisë financiare.

Konteksti i financave publike përfshin të kuptuarit jo vetëm të kapacitetit të shtetit për mobilizimin e të ardhurave tatimore, por edhe ***mënyrën e funksionimit të sistemit të menaxhimit të sektorit publik***. Kjo përfshin fusha të tilla si rregulloret e shërbimit civil dhe rregullat që rregullojnë menaxhimin financiar të sektorit publik. Sistemi mund të ofrojë një mjedis nxitës që lejon reformat e financimit shëndetësor që të kenë pasojat e tyre të synuara ose anasjelltas mund të pengojnë zbatimin e reformave të caktuara të financimit të shëndetësisë ose të ofrojnë një sërë incentivash të çoroditshme që shkaktojnë reforma që të kenë pasoja të padëshiruara. Nuk ka asnjë arsye të natyrshme përse objektivat e reformës së menaxhimit të sektorit publik, siç është përmirësimi i llogaridhënies për përdorimin e fondeve publike, nuk mund të bëhen në përputhje me reformat e financimit të shëndetësisë që synojnë përmirësimin e efikasitetit nëpërmjet blerjes strategjike të shërbimeve dhe rritjes së autonomisë financiare për menaxherët e objekteve. Kjo kërkon një komunikim efektiv ndërmjet atyre reformave kryesore të financimit shëndetësor dhe atyre që janë përgjegjës për reformimin e sektorit publik më të gjerë.

Një faktor i tretë kritik kontekstual për politikën e financimit të shëndetit është ***shkalla e decentralizimit administrativ politik në një vend***. Në vendet e decentralizuara, si Bosnja dhe Hercegovina, Suedia dhe Zvicra, organizimi i sistemeve të financimit shëndetësor pasqyron organizimin e administratës qeveritare, duke rezultuar në aranzhime decentralizuese. Kjo është e padëshirueshme për shkak se fondet e vogla ofrojnë më pak kapacitet për ndër-subvencionim dhe kështu edhe për mbrojtjen financiare të ofruar nga një nivel i caktuar financimi. Për më tepër, kur ofrimi publik është gjithashtu i fragmentuar, rezultati mund të jetë joefikasiteti në formën e kapacitetit të tepërt. Ky është një problem i qartë në mjediset zvicerane dhe boshnjake, ku shkalla e decentralizimit politik është e tillë që aftësia e qeverisë qendrore për të kompensuar ndryshimet në gjenerimin e të ardhurave është e kufizuar. Në Suedi, kështillat e vendeve dhe komunat mbledhin fonde dhe blejnë shërbime, por sistemi i tërë punon pothuajse si një fond i vetem përmes zbatimit të një formule të shpërndarjes së burimeve dhe

shpërndarjes direkte të qeverisë qendrore tek autoritetet lokale. Në çdo rast, ajo që mund të jetë "më e mira" është e kufizuar nga faktorët kontekstualë që çojnë atë që është e mundur të zbatohen.

Faktorët e mësipërm dhe faktorë të tjerë kontekstualë duhet të merren parasysh kur merren parasysh politikat e financimit të shëndetit në çdo vend të caktuar. Derisa sigurisht që është e dobishme dhe e nevojshme për të mësuar mësime nga përvoja e vendeve të tjera, instrumentet e politikave nuk mund thjesht të transplantohen nga një vend në tjetrin. Çështja kritike për hartuesit e politikave kombëtare është identifikimi dhe kuptimi se si faktorët jashtë sistemit shëndetësor e kufizojnë atë që mund të arrihet dhe cilat reforma të financimit të shëndetësisë mund të zbatohen.

Financimi i Sektorit Shëndetësor

1

Çfarë përmbeldh Financimi i Sektorit Shëndetësor?

- Përdorimin e informacionit ekonomik në formulimin e politikave shëndetësore.
- Etapat kryesore të studimit të shpenzimeve në sektorin shëndetësor.
- Hapat kryesore praktike të pregatitjes së këtyre studimeve të shpenzimeve.
- Konkluzionet e punës dhe problemet kyçe të zhvillimit të ardhshëm.

2

Si funksionon Informacioni Ekonomik dhe Politikat Shëndetësore?

- Tregjet ndërkombëtare sot janë përfshirë në financimin, planifikimin dhe menaxhimin e shërbimeve shëndetësore.
- Menaxherët e shëndetit kanë pranuar nevojën jo vetëm për shërbime shëndetësore të integruara, por edhe për integrim të planifikuar të shërbimeve shëndetësore, duke përfshirë kështu edhe elementët që nuk janë lidhur direkt me këto kosto.
- Koncepti i sektorit shëndetësor dhe rritja e presionit të financimit të tij bën që shumë vende të përpiqen të ri-orientojnë shërbime shëndetësore dhe aktivitete të tjera shëndetësore.

3

Vazhdim. . .

- Kjo situatë është stimuluese sepse i kushton vëmendje të veçantë **efiçiencës ekonomike**:
- *përmirësimit të efiçiencës së shpërndarjes së burimeve:* financimin dhe shpërndarjen e burimeve sipas kategorive të sëmundjeve të ndryshme, pacientëve, sipas zonave gjeografike si dhe shërbimet që rritin dobinë neto të shoqërisë;
- *përmirësimi i efiçiencës operative:* ndarja e mekanizmave të financimit dhe e metodave me koston më të ulët të prodhimit dhe të shpërndarjes së shërbimeve shëndetësore për përmirësimin e treguesve shëndetësorë.

4

Vazhdim. . .

- Të dy këto elemente kërkojnë mekanizma të përshtatshëm financimi dhe pagese në mënyrë që të sigurohen burimet e nevojshme dhe të mundësohet ofrimi i shërbimeve sipas qëllimit të dëshiruar, pa vendosur barriera në aksesin, koston apo dis-proporcionin e shpërndarjes së shërbimeve shëndetësore.
- Objektivi i maksimalizimit të dobisë neto për shoqërinë nënkupton gjykime mbi vlerat relative shoqërore të rezultateve të ndryshme.

5

Cilat janë këto gjykime?

1) Mënyra e përmirësimit të shëndetit (*psh: ulja e vdekshmërisë kundrejt uljes së sëmundshmërisë*);
2) Nivelet e përmirësimit dhe kostoja e tyre (*psh: zhdukja totale e një sëmundjeje me një kosto të caktuar kundrejt eliminimit të pjesshëm me një kosto më të ulët*);
3) Mosha, gjinia dhe shtresat sociale që përfitojnë (*psh: meshkujt e punësuar 15-65 vjeç kundrejt fëmijëve nën 5 vjeç*);
4) Zonat gjeografike që përfitojnë (*psh: zonat urbane kundrejt zonave rurale*)

6

Vazhdim . . .

5) Kostoja dhe përfitimi mes grupeve të popullatës, psh. tipa të ndryshëm barazie, si:
   - ✓ *Barazi horizontale*: ato me të ardhura të përafërta paguajnë njëlloj, apo ato me nevoja të njëjta dhe shërbime të njëjta,
   - ✓ *Barazi vertikale*: kontributet janë përpjesëtimore me mundësinë për të paguar.

6) Kostoja dhe përfitimi përgjatë periudhave kohore të ndryshme – kostoja dhe përfitimi mund të jenë të lidhura ngushtë në kohë

7

Kujdes!!!

- Struktura të ndryshme financimi kanë kosto të ndryshme dhe shpërndarje të ndryshme të efekteve të përfitimit, të cilat duhet të kihen parasysh.
- Të gjitha vlerat e lartpërmendura që të vlerësohen, duhet të përmbledhin disa pika të rëndësishme funksionimi lidhur me ***eficiencen e shperndarjes*** dhe ate ***operative***, per arritjen e te ardhurave dhe shperndarjen e shpenzimeve.

8

Cilat janë këto pika?

1. Performanca e financimit (*psh. përpjestimi i buxhetit të miratuar mund të ndryshojë nga një lloj shpenzimi në tjetrin*);
2. Pranueshmëria sociale dhe politike (*psh: në financim mund të ketë evazion të gjerë të taksave të papranueshme*)
3. Besueshmëria (*psh: disa taksa mund të quhen jo – efiçiente nëse ka lëkundje të mëdha vjetore të të ardhurave*)
4. Fleksibiliteti (*psh: investimet e kushtueshme në ndërtesa*)
5. Zhvendosja (*psh: taksa e të ardhurave mund të zhvendosë donacionet bamirëse në vend që ti plotësojë ato*)

9

Vazhdim . . .

6. Impakti mbi shëndetin dhe sjelljet ndaj sëmundjeve (*psh: taksat e larta mbi duhanin dhe alkoolin mund të ulin problemet shëndetësore*);

7. Efektet në ofrimin dhe funksionimin e shërbimeve shëndetësore. Modelet e financimit dhe shpenzimeve mund të ndikojnë në disa mënyra:
   a) *Tipin e shërbimit të ofruar* – zonat rurale mund të mbështetin punonjësit e fshatit
   b) *Përdorimin e shërbimeve* – shërbimet publike falas kanë më shumë gjasa që të përdoren nga të varfërit

10

Vazhdim . . .

8. Efektet në ekonomi – shërbimet dhe aktivitetet shëndetësore. Financimi dhe shpenzimet e vendeve të ndryshme mund të kenë efekte të rëndësishme në ekonomi. Kjo përfshin:
   a) Inflacionin,
   b) Probleme të shkëmbimit të marrëdhënieve me vendet e tjera,
   c) Mungesë stimuli për investime,
   d) Kostot oportune,
   e) Përmirësimi i produktivitetit ekonomik.

11

Vazhdim . . .

Të dhënat financiare (informacioni) janë të vetmet tregues që i lejojnë menaxherët shëndetësor të:

a) *Kenë një panoramë të të gjitha burimeve,*
b) *Vlerësojnë efiçiencën ekonomike,*
c) *Vleresojnë dhe përpilojnë përparësitë e shërbimeve, si dhe të drejtpeshojnë kostot dhe përfitimet,*
d) *Vendosin rregullimin e sistemit të organizimit dhe financimit për arritjen e objektivave,*
e) *Vleresojnë politikat gjatë zbatimit dhe rishikimit të nevojave për përmirësimin e efiçiencës së aktiviteteve shëndetësore.*

12

Zhvillimi i Studimeve mbi Financimin dhe Shpenzimet në Sektorin Shëndetësor

- Qëllimi në këtë mes është të përshkruhen stadet kryesore të studimeve.
- Gjatë 1950 ka ekzistuar një interes në rritje për shpenzimet dhe kostot e shërbimit shëndetësor.
- Analiza e 1° sistematike u organizua për të përftuar një raport financiar relativisht të plotë të të gjithë burimeve madhore të financave dhe shpenzimeve.
- Kjo analizë u realizua nga Abel-Smith për OBSH-në dhe puna u bazua në disa pyetësorë.
- U përfshinë 6 shtete.

13

Vazhdim . . .

- Ndërsa studimi i 2 përfshiu 29 shtete, nga të cilët 21 ishin vende në zhvillim.
- Të dy këto studime tentuan të përcaktojnë komponentët e ndryshëm përbërës të shërbimeve shëndetësore.
- **Pati 5 përfundime të rëndësishme:**

14

1. Tani ishte e mundur të bëheshin krahasime në shkallë ndërkombëtare të financimeve dhe shpenzimeve në shërbimin shëndetësor.
2. U dha një shtysë e madhe për të përsëritur dhe shtrirë krahasime të tilla dhe për të përmirësuar metodologjinë.
3. Këto përfundime do të jepnin një ndihmë të konsiderueshme në një përpjekje paralele për të përkufizuar dhe klasifikuar shpenzimet.
4. Vendet në zhvillim treguan se shpenzimet totale shëndetësore përfshinin akoma më shumë burime dhe përfitime nga ç'ishin llogaritur.
5. Studime të tilla mund të realizohen relativisht shpejt, me mjete të pakta etj.

15

Metodologjia e Financimit të Sektorit Shëndetësor

Çdo treg ndërkombëtar vendos dhe ndjek metodologjinë e tij i cili duhet të kalojë në disa etapa:

1. *Fusha e mirëpërcaktuar e studimit;*
2. *Objektivat e tij specifikë;*
3. *Burimet e të dhënave që do të shqyrtohen;*
4. *Metodat e mbledhjes së të dhëndave (përfshihet këtu plani i punës dhe vazhdimësia e tij);*
5. *Metodat e vlerësimit aty ku ato janë të nevojshme;*
6. *Dokumentacioni i duhur;*
7. *Analizat e propozuara;*
8. *Procedurat për pregatitjen dhe shpërndarjen e raportit.*

16

Të gjitha këto elementë shqyrtohen dhe përmblidhen në Përkufizimin e Sektorit Shëndetësor :

- *Përcaktimi i saktë i shërbimeve dhe aktiviteteve që kompromentojnë sektorin shëndetësor është thelbësor.*
- *Kriteri praktik më i përdorur është që shpenzimet në sektorin shëndetësor përfshijnë shpenzimet kapitale dhe të momentit në aktivitete, synimi parësor i të cilave (pavarësisht efektit) është të **përmirësojë shëndetin**.*
- *Këto studime përfshijnë parandalimin dhe përpjesëtimin shëndetësor, diagnozën, trajtimin e kujdesin dhe rehabilitimin lidhur me sëmundjen, paaftësinë ose dëmtimin.*
- *Ato prekin si shërbimin modern ashtu edhe atë tradicional.*
- *Gjithashtu duhen përfshirë edhe shpenzimet për arsimin dhe trajtimin e stafit shëndetësor, si dhe për kërkimet shkencore në fushën e mjekësisë.*

17

Fusha e studimit dhe objektivat

- Në nivelin praktik, problemet shëndetësore të vendit, përparësitë, planet dhe synimet kanë nevojë të rishikohen me kujdes dhe të formulohet një set i plotë dhe specifik objektivash për studim.
- Analizat e studimeve tregojnë se shumë nga vështirësitë gjatë mbledhjes së të dhënave shtohen nga mungesa apo papërshtatshmëria e konsultimeve përgatitore.

18

Proçesi i Financimit të Sektorit Shëndetësor përmbledh 4 pika të rëndësishme:

1) Sigurimi i një baze praktike për vlerësim dhe për vendimmarrje;
2) Dobia e çdo kufizimi të porositur duhet peshuar me kujdes ndaj investimeve të ngjashme në kohë, përpjekje dhe para të nevojshme për ta përfituar atë;
3) Të dhënat përmbledhëse duhet të mbahen në përpjesëtime të menaxhueshme, në mënyrë që pamja në tërësi e situatës të mos humbasë në detaje të panevojshme, gjithmonë mund të parashikohen kufizimet dytësore për të përpunuar pika të veçanta;
4) Përparësi kryesore duhet të ketë paraqitja e rezultateve të studimit në një mënyrë të orientuar nga politikat dhe menaxhimi.

19

Vlerësimi i Financimit të Shpenzimeve

Ky vlerësim kërkohet në disa situata, të cilat janë:

1) Në raste ku llogaritë nuk janë në një formë të përshtatshme për të bërë të mundur kufizimet e kërkuara.
2) Në aktivitetet e shumëqëllimshme ku duhet të vlerësohet komponenti i shpenzimeve të përcaktuara për shëndetin e njerëzve.
3) Aty ku burimet financiare dhe/ose punonjësit e shërbimit shëndetësor i mbajnë pak ose aspak llogaritë (raportet financiare), apo nuk janë përgatitur për të vënë raportet e tyre në dispozicion.

20

Në vlerësimin e këtyre shpenzimeve ekzistojnë disa metoda:

1. Studime të veçanta ose intervista të punonjësve të sektorit shëndetësor;
2. Adaptim të të dhënave nga studime më të përgjithshme të ardhurash, siç janë studimet e të ardhurave rurale;
3. Analiza e taksave të dokumentuara që kanë të bëjnë me grupet e ndryshme të punonjësve;
4. Vlerësime të bazuara në studimet e shpenzimeve familjeve;
5. Vlerësime të bazuara në llogaritë e siguracioneve shëndetësore

21

Vazhdim…

6. Makrovlerësime të të ardhurave dhe shpenzimeve nga llogaritë e të ardhurave kombëtare;
7. Kosto të statistikave përshkruese;
8. Statistika të tregëtisë dhe prodhimit;
9. Të përdoren të dhëna të studimeve të ndryshme mjekësore për të përmirësuar efiçiencën dhe efektivitetin e burimeve kyçe të zhvillimit.

22

Zhvillimet për të ardhmen…

1. *Metodologjia duhet testuar, përpunuar, adaptuar dhe shtrirë drejt sistemeve me skema të ndryshme organizimi dhe financimi;*
2. *Të integrohet kjo punë analitike në kontekstin e përgjithshëm të planifikimit dhe menaxhimit shëndetësor rutinë;*
3. *Të përmirësohet specifikimi i detajuar në deklaratat e politikave shëndetësore;*
4. *Të adaptohet sistemi rutinë i infromacionit për të siguruar të dhënat e nevojshme;*
5. *Të mobilizohet kjo formë në gjetjen e burimeve dhe mekanizmave të rinj;*
6. *Të dhenat e studimeve të përdoren për të përmirësuar efiçiencën dhe efektivitetin e burimeve kyce.*

23

FALEMINDERIT

24

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Pa blerje aktive (përzgjedhëse), pa matje dhe monitorim dhe pa stimuj shpërblyes për performancën dhe cilesinë më të mirë, asnjë ndryshim sinjifikativ nuk do të ndodh në financimin e kujdesit mjekësor në krahasim me sistemin e mëparshëm.

Tamas Evetovits, OBSH 2004

TË GJITHË DUAN NJË SISTEM SHËNDETËSOR **FALAS**, **TË AKSESUESHËM** PËR TË GJITHA SHËRBIMET, DHE **CILËSI TË LARTË**. FATKEQESISHT SHPRESË KA VETËM PËR DY NGA TRE KËRKESAT.

"Falas nuk merr asgjë dhe asnjëherë. Thjesht, "fatura" ende nuk të ka ardhur"
(Franklin Jones)

Një sistem shëndetësor ideal do të ishte ai sistem që është i aftë të ofrojë shërbim shëndetësor bazë, lehtësisht të arritshëm e cilësisht të pranueshëm për popullatën me efiçiencë te lartë.

- Kufizimi i burimeve në çdo vend do të thotë që është e nevojshme të ketë shkëmbime (*trade offs*).
- Ashpërsia e këtyre shkëmbimeve ndikohet nga shumë faktorë, për më tepër nga konteksi fiskal (*përpjestim i drejtë*).

Disa Pyetje dhe Dilema:

- *A paguan çdo person kur merr kujdes shëndetësor?*
- *A duhet të kontribuohet më parë një sasi parash për të patur mundësi të marrësh shërbim kur nevojitet?*
- *A mund të perdoret kontributi për dikë tjetër?*
- *Kush duhet të kontribuojë më shumë?*
- *Kush e cakton masën e kontributit, dhe pse nuk lihet në dorën e vetë individit?*
- *A është e drejtë që individi të vendosë vetë për veten e tij në lidhje me kontributin dhe marrjen e shërbimeve?*
- *A është e drejtë që individi i cili paguan me pak kontribut, të përfitojë më shumë shërbim shëndetësor?*

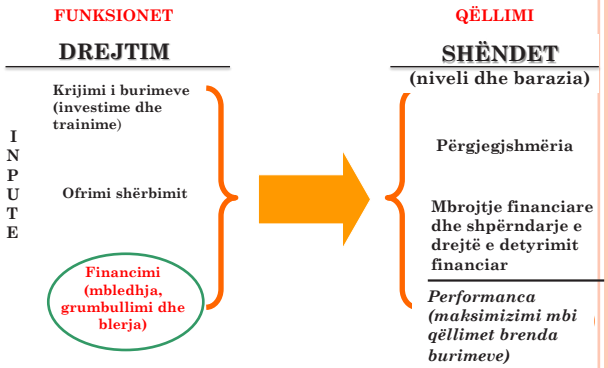
Për Çfarë Jemi të Interesuar

- Ne e vleresojmë një sistem financimi shëndetësor (dhe reformat e propozuara / zbatuara) jo nga sasia e parave të gjeneruara apo nga menyra se si funksionon një skemë e veçantë, por nga impakti që ka në:
  - *Mobilizimin e burimeve të nevojshme për të siguruar shërbim bazë për popullatën;*
  - *Barazinë në financim dhe dhënien e shërbimit (Solidariteti);*
  - *Mbrojtjen Financiare;*
  - *Transparencën, Përgjegjësinë dhe Zgjedhjen;*
  - *Cilesinë dhe Eficencën.*

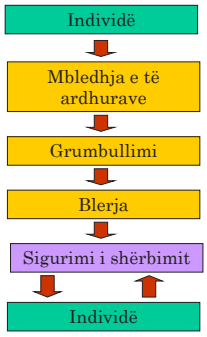
Për Çfarë Jemi të Interesuar

- Ne e vleresojmë një sistem financimi shëndetësor nëse udhëhiqet nga parimet e mëposhtme:
  - *E drejta për kujdes shëndetësor është një e drejtë themelore e individit;*
  - *Garantimi i të drejtave të barabarta në kujdesin shëndetësor, bazuar në mos diskriminim;*
  - *Sistemi i kujdesit shëndetësor funksionon mbështetur në efiçencën dhe cilësinë e shërbimit, duke garantuar sigurinë e pacientit dhe paanësinë;*
  - *Pjesëmarrja e aktorëve të ndryshëm, pacientëve, konsumatorëve dhe qytetarëve;*
  - ***Llogaridhënia ndaj qytetarëve***

Financimi Shëndetësor në Kuadër të një Sistemi Shëndetësor



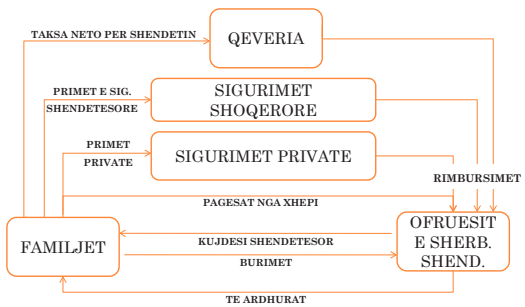
Jo thjesht çështje parash; është një sistem që fillon dhe mbaron me jetë njerëzish



- Kush janë burimet e financimit dhe si grumbullohen ato?
- Si akumulohen fondet për popullatën?
- Si paguhen ofruesit e shërbimit?
- Si qarkullojnë fondet në sistem dhe cilat janë marreveshjet institucionale që rregullojnë këtë proçes?
- Cilat janë të drejtat dhe detyrimet e qytetarëve?

Funksionet e Financimit Shëndetësor

Struktura e Analisës se Financimit Shëndetësor



Burimet Totale = Shpenzimet Totale = Të Ardhurat Totale

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

- **TF + SI + UC + PI = P x Q = W x Z**

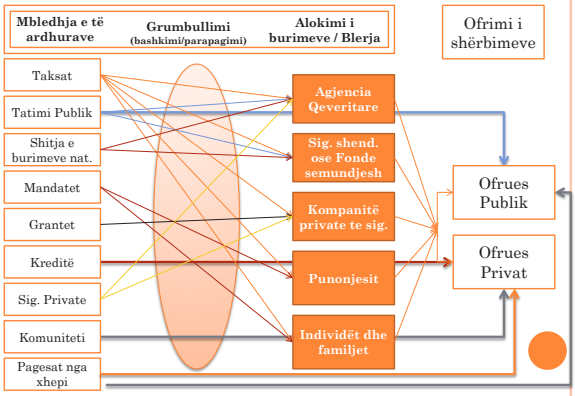
Ku:

TF - Burimet e gjeneruara nga financimi nga taksat
SI - Burimet përmes sig. shoqërore shëndetësore
UC - Burimet e pagesave nga xhepi
PI - Burimet përmes sig. Privat

P - Çmimi mesatar i paguar për shërbim
Q - Sasia tot. e ofruar / përdorur e kujdesit shënd.

W - Sasia e burimeve (imputeve) të përdorura për kujdes
Z - Normat e pagesës (çmimi) i këtyre burimeve (imputeve)

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR



FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Funks. I – Mbledhja e të ardhurave (Vjelja e tyre)

Vjelja e të ardhurave është mbledhja e parave nga:
-burimet parësore (familjet, ndërmarrjet) dhe
-burimet dytësore (qeveria, donatorët, të jashtme).

Paratë vilen nëpërmjet 5 mekanizmave kryesorë:

1 - Taksimi

2 - Sigurimet shëndetesore

3 - Sigurimet shëndetesore vullnetare

4 - Pagesat e drejtpërdrejta nga xhepi

5 - Donacionet

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Funks. II - Grumbullimi i të ardhurave dhe risku

Grumbullimi në një (apo disa) fondeve është rruga kryesore për të ***shpërndarë riskun financiar*** midis kontribuesve. Fondi minimizon jo vetem kostot e pacientit por edhe ato të dhënësit të shërbimit.

Strukturat organizative të grumbullimit të të ardhurave lidhen me:
✓*përmasat dhe numrin e fondeve,*
✓*zgjedhjen dhe konkurrencën për të tërhequr sa më tepër kontribues,*
✓*mekanizmat për transferimet midis fondeve,*
✓*menaxhimin e institucioneve që qeverisin këto fonde.*

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Parapagimi =/≠ Bashkimi i fondeve

- Parapagimi (në mungesë të grumbullimit), thjesht mundëson blerjen që më parë duke paguar për shpenzime mesatare.
- Bashkimi i shoqëruar me parapagimin, mundëson krijimin e Sig. Shend. dhe rishpërndarjen e shpenzimeve shëndetësore midis individëve (menaxhimi i të ardhurave).
- Në pikëprerjen midis shpenzimeve shëndetësore të pritshme dhe aftesisë për të paguar, parapagimi është një mekanizëm vendimtar për arritjen e objektivave të **drejtësisë**.
- Mjet financiar i dobishëm për shpenzime të medha të parashikueshme ose shpenzime që nuk lidhen me rrjedhën e të ardhurave.
- Mundësi për dhënien e shërbimit në kohën kur ka nevojë konsumatori (ofrues privat *vs*. publik).

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Funks. III - Alokimi i burimeve

Alokimi i burimeve lidhet me blerjen e shërbimeve dhe pagesat.

Blerja e shërbimeve është proçesi përmes të cilit, te ardhurat e grumbulluara në fonde iu alokohen institucioneve apo individëve dhënës të shërbimit (mjekëve dhe profesionistëve të tjerë), në këmbim të prodhimit apo të dhënies së një sasie të caktuar shërbimesh.

Alokimi ka të bëjë edhe me format e pagesave në sektorin e shëndetësisë. Pagesat janë shpërblimi i organizatave apo individëve për shërbimet shëndetësore që kryejnë.

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Mënyra se si përshtaten blerja e shërbimit, dhe dhënia e saj, ndikon në:

- *Sasinë e fondeve të disponueshme, nivelet shoqëruese të shërbimeve kryesore dhe mbrojtja financiare,* (gjeresia / thellesia e mbulimit)
- *Drejtesinë me të cilën janë ngritur fondet për të financuar sistemin* (barra e taksave mbi te ardhurat),
- *Efiçiencë ekonomike për rritjen e të ardhurave në kushte çrregullimi apo humbje ekonomike* ("barra e tepërt" e tatimit),
- *Nivelet e grumbullimit* (subvencionim - shpërndarje),
- *Sasitë dhe llojet e shërbimeve të blera dhe të konsumuara,*
- *Efiçiencë teknike e prodhimit të shërbimeve dhe akses financiar dhe fizik të shërbimeve nga popullata.*

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Drejtësia në kontributet financiare:

Mekanizmat financiare duhet të përballen me 2 sfida:

- *Familjet nuk duhet të varfërohen nga pagesat e tyre për shërbimet shëndetësore*
- *Familjet e varfëra duhet të paguajnë më pak se familjet e pasura*

Sistemi shëndetësor mund te konsiderohet shumë i mirë nga pikpamja e drejtësisë në financim kur:

- në vend të pagesave të drejtpërdrejta nga xhepi, egzistojnë forma të parapagesave dhe kur kontributet për to janë progresive, pra të mbështetura mbi aftësinë për të paguar;
- raporti midis shpenzimeve totale shëndetësore dhe gjithë shpenzimeve të tjera, përjashtuar shpenzimet për ushqime, do të ishte i barabartë për të gjitha familjet e një vendi, pavarësisht nga të ardhurat, gjendja shëndetësore apo shfrytëzimi që ato i bëjnë shërbimeve shëndetësore.

Bevan: "*Esenca e kënaqësisë ndaj shërbimeve shëndetësore është që të pasurit dhe të varfërit duhet te trajtohen njëlloj; varfëria nuk është paaftësi dhe mirëqenia nuk është dizavantazh*".

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Ndikimi i funksioneve në Sistemet Shëndetësore, mbi…:

- Rezultatet dhe shpenzimet shëndetësore (kosto – efikasiteti);
- Akses financiar dhe fizik të shërbimeve nga popullsia;
- Përmirësimi i shëndetit;
- Konsumatorë të kenaqur.

Në mënyrë të barabartë, efiçentë dhe financiarisht të qëndrueshme

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Ndikimi i funksioneve në Sistemet Shëndetësore ...:

Efiçencë
- "Të bësh gjerat mirë me kosto min." → Efiçencë Teknike; Kosto-efektive
- "Të bësh gjërat që duhen" → Efiçencë alokative

Efiçienca e Grumbullimit te te Ardhurave = Çrregullime në ekon. të shkaktuara nga taksa të ndryshme

Efiçienca Alokuese = Max. i mirëqënies nëpërmjet rezultateve të dëshirueshme

Efiçienca Teknike = Shërbime të prodhuara me kosto më të ulët të mundshme

Efiçienca e Shkembimit = Shtrembërimi më i vogël i burimit të të ardhurave mund të sjellë më pak të drejta për individin (sh. **Taksa mbi votimet**?)

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Funksionet e Financimit Qeveritar: 4 lloje Shërb. Shënd.

- *Shërbimi Shëndetësor Kombëtar* – mbulim universal i detyrueshëm, financim kombëtar i përgj. i të ardhurave (taksat) (Beveridge); *(efiçienca, drejtesia, lehtesia e mbledhjes, konsensusi politik, alternativa te tjera te te ardhurave (burimet natyrore)).*
- *Sigurimet Shoqërore* – mbulim i detyrueshëm universal, nga sig. shoq. (publik) financuar nga punëdhënës (Bismarck); *(integrohen shpesh bashkë me metodat e tjera).*
- *Sigurimet Private* – zotërim privat i inputeve të sek. Privat (SH.B.A.); (parapagimi, shpërndarja e rrezikut)
- *Out off Pocket* – kosto derjtpërdrejt nga konsumatori (Kina)

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Metodat e Financimit të shëndetësisë në BE

VENDET	SISTEMI KRYESOR I FINANCIMIT	SISTEMI SUPLEMENTAR I FINANCIMIT
Finlandë, Greqi, Irlandë, Itali, Suedi, Spanjë, Mbretëria e Bashkuar	**Publik: taksat**	**Siguracione private vullnetare, pagesë direkte**
Danimarkë, Portugali	**Publik: taksat**	**Pagesë direkte nga xhepi**
Austri, Belgjik, Francë, Gjermani, Luksemburg	**Publik: siguracione të detyrueshme**	**Siguracion vullnetar privat, pagese direkte, taksat publike**
Holanda	**Siguracion miks i detyrueshëm, miks publik e privat vullnetar**	**Taksat publike, pagesë direkte**

Funksionet e Financimit Shëndetësor

Mbledhja e të Ardhurave & Financimi Qeveritar i Sherb. Shend.

- Mobilizimi i burimeve të nevojshme për të financuar shërbimin shëndetësor publik, pa përdorimin e huave të tepruar në sektorin publik (borxhi i tepruar i jashtëm).
- Rritjen e të ardhurave në mënyrë të paanshme, në përputhje me standardet ndërkombetare,
- Sistemi nëpërmjet taksave:
  - *Të bazohet në kriteret e përshtatshmërisë dhe qëndrueshmërisë së të ardhurave,*
  - *Taksat duhet të jenë të qëndrueshëm dhe mundesisht të rriten me kalimin e kohës,*
  - *Efiçiencë: - të minimizojnë shtrëmbërimet ekonomike,*
  - *Drejtësi: të trajtojnë me drejtësi grupet me të ardhura të ndryshme,*
  - *Lehtësi e mbledhjes: të thjeshta për tu administruar,*
  - *Konsesus politik: të ketë transparencë, shpërndarje të gjerë në përdorim.*

Funksionet e Financimit Shëndetësor

Vështirësitë në mbledhjen e taksave tek vendet me të ardhura të ulëta

- *Shumica e popullsisë e përqëndruar në zonat rurale;*
- *Pjesa me e madhe e vetë-punesuar në bujqësi dhe me të ardhura natyrale;*
- *Transaksione të vështira për tu ndjekur;*
- *Shkallë e lartë analfabetizmi, dhe mungesë informacioni mbi rëndësinë e grumbullimit të taksave;*
- *Sektori informal i firmave të vogla private;*
- *Produktet bujqësore jo më stabilitet të çmimit;*
- *Nivel i lartë i pabarazisë i shpërndajes së të ardhurave;*
- *Kapaciteti administrues i taksave shumë i kufizuar;*
- *Vështirësi për të zbatuar "taksimin progresiv";*
- *Vështirësi në taksimin e "elitave të pasura" dhe politike*
- *"Taksimi direkt" vs. "Taksimi indirekt".*

Funksionet e Financimit Shëndetësor

Shpërndarja e rrezikut, mbrojtja financiare dhe barazia

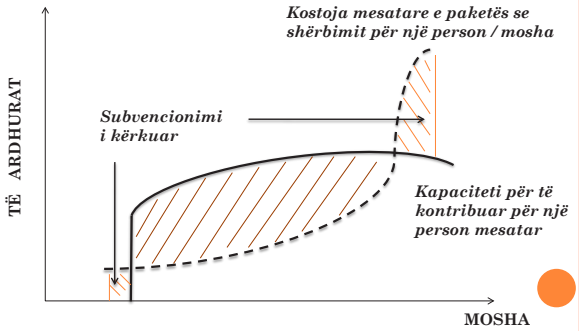
Sigurimi i mbrojtjes financiare nënkupton që asnjë familje nuk duhet të varfërohet në shpenzimet për shëndetin; kontributet janë të bazuara në aftesinë për të paguar; qeveria duhet të sigurojë akses të drejtë financiar dhe fizik ndaj shërbimeve.

Kjo kërkon:

- Maksimizimin e "parapagimit" për të siguruar rreziqet e shëndetit (*shpenzime të larta te paparashikueshme*);
- Arrjte të shpërndarjes max të mundshme të rreziqeve të shëndetit brenda popullatës (*nga individë me rrezik të ulët në ato me rrezik të lartë*);
- Sigurimin e drejtësisë në sistem përmes mekanizmave parapagues (*nga individë me të ardhura të larta në ato me të ardhura të ulta*)
- Zhvillimin e marrevështjeve blerëse që nxisin ofrimin efiçient dhe të barabartë të shërbimeve cilësore.
- Hartimin e politikave për grupet në nevojë, për të eliminuar pabarazinë dhe reduktuar varferinë.

FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Shpërndarja e rrezikut, mbrojtja financiare dhe barazia – Parapagimi…



FUNKSIONET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Shperndarja e rrezikut, mbrojtja financiare dhe barazia – vazhdim…

*Marrëveshje organizative alternative për **shpërndarjen e rrezikut dhe parapagimit**:*

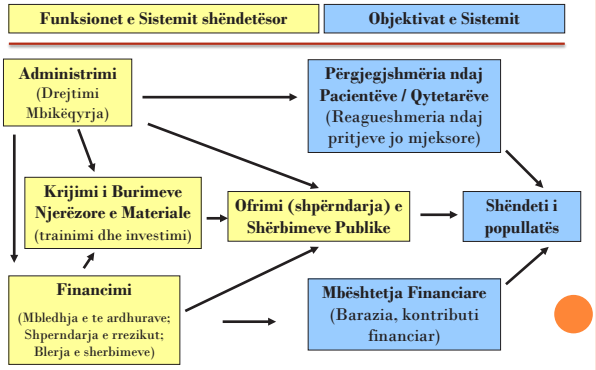
- Ministria e Shëndetësisë ose Shërbimet Shëndetësore Kombëtare (taksat).
- Organizatat e Sigurimeve Shoqërore (listepagesat).
- Sigurimet Shëndetësore Vullnetare Private (primet e sigurimit).
- Sigurimet Shëndetësore Komunitare (sipas normave te rrezikut).

*Alternativa për **gjenerimin e të ardhurave dhe financimin e subvencionimeve**:*

- Subvencionimet brenda një bashkimi ndaj rrezikut. (*karakteristike në vendet me kontribute dhe bazë të ardhurash të mjaftueshme*)
- Subvencionimet ndërmjet burimeve të ndryshme të rrezikut. (*fondi i solidaritetit ose i barazisë – bashkimi i rreziqeve - Gjërmani*)
- Subvencionimet të drejtperdrejta publike përmes transferimeve nga qeveria (*kompanitë e sigurimeve subvencionojnë disa grupe të veçanta popullsie*)

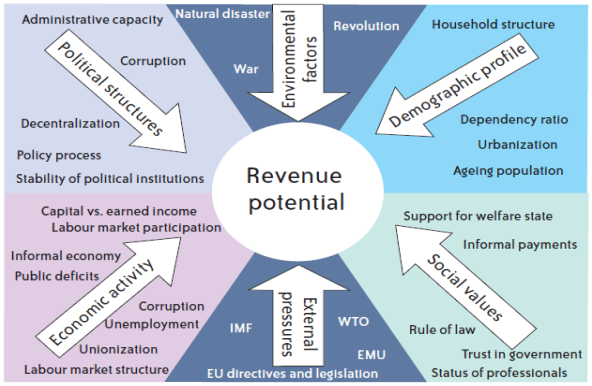
FUNKSIONET E SISTEMIT TË FINANCIMIT SHËNDETESOR

Lidhja midis Funksioneve dhe Objektivave (Raporti OBSH 2000):



FUNKSIONET E SISTEMIT TË FINANCIMIT SHËNDETESOR

Përcaktuesit e Financimit Shëndetësor:



FUNKSIONET E SISTEMIT TË FINANCIMIT SHËNDETESOR

OBJEKTIVAT:

1. ***Sigurimi i Shendetit:***
   - *Përmiresimi i shëndetit,*
   - *Niveli mesatar i shendetit,*
   - *Pa barazitë e shpërndarjes në popullsi.*

2. ***Përgjigje ndaj Kërkesave të Njerëzve / Pacientëve***
   - *Fuqizimi i përgjigjeve ndaj kërkesave "legjitime"*
   - *Sigurimi për tju përgjigjur kërkesës reale për shëndet*
   - ***Respekti për individin** (dinjitetin (e drejta njerëzore), autonomi individuale, konfidencialiteti)*
   - ***Orientimi ndaj klientit / customer satisfaction** (vëmendje, kushte elementare, mbështetje shoqërore, mundësi zgjedhje)*

3. ***Drejtesia (fairness) në kontributet financiare***
   - *Familjet nuk duhet të varfërohen apo të paguajnë një pjesë të mirë të të ardhurave të tyre për të siguruar shërbime shëndetësore*
   - *Familjet e varfëra duhet të paguajnë për sistemin shëndetësor më pak se familjet e pasura*

FUNKSIONET E SISTEMIT TË FINANCIMIT SHËNDETESOR

FUNKSIONET:

1. ***Financimi** (vjelja, grumbullimi, blerja)*

2. ***Ofrimi i Shërbimeve Shëndetësore Publike***
   - *Kombinimi i imputeve për prodhimin e shërbimeve (personale, jo personale); menaxhimi i shërbimeve (direkte, indirekte)*
   - *Roli i M. Shendetesise dhe lidhje me inst. e tjera*

3. ***Krijimi i Burimeve në Shëndetësi***
   - *Perfshirja e organizatave te tjera ne krijimin e burimeve (univ., qendrat kerkimore, qendrat farmaceutike)*

4. ***Drejtimi – Stewardship***
   - *Përcaktimin, zbatimin dhe monitorimin e rregullave të sistemit;*
   - *Krijimin e kushteve të duhura për të gjithë aktorët e sistemit shëndetësor;*
   - *Përpunimin e drejtimeve strategjike për sistemin shëndetësor në tërësi;*

- Projektimi i përgjithshëm i sistemit (hartimi i politikave),
- Vlerësimi i performancës së sistemit ,
- Përcaktimi i përparësive të sistemit (dhe arritja e një konsensusi),
- Avokatia ndërsektoriale (promovimi i politikave ne sektore te tjere),
- Përcaktimi i rregullave të sistemit ,
- Mbrojtja e konsumatoreve.

FUNKSIONET E SISTEMIT TË FINANCIMIT SHËNDETËSOR

FUNKSIONET - Problematikat:

Në ç'masë duhet të përfshihet sektori publik kundrejt sektorit privat, apo anasjellas?

A duhet të realizohet funksioni i blerjes së sherbimeve si dhe funksioni i prodhimit të shërbimeve nga e njejta organizatë/institucion?

Të pasurit një fond apo disa grupe fondesh? Kush do ti mbrojë kontribuesit në rast falimenti apo defiçiti?

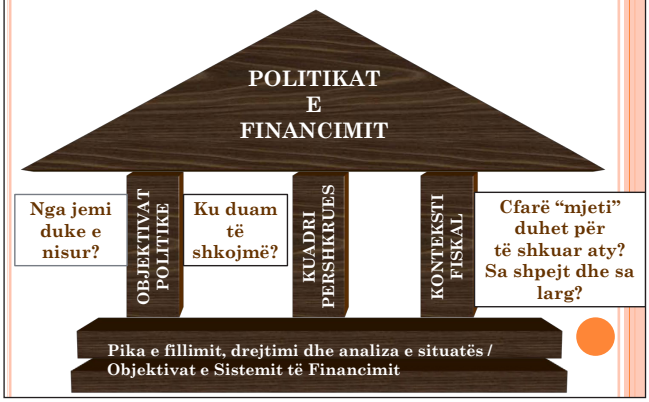
A duhet sektori privat të ketë marrëdhënie më atë publik (psh, kur mjeket private kanë të drejtë t'i referojnë pacientët e tyre në institucionet publike) apo do të jenë tërësisht të ndarë nga njëri-tjetri?

Në aspektin e menaxhimit, kush i drejton institucionet, mjekët apo menaxhëret profesionistë?

Çfarë stimujsh apo mekanizma të tjerë duhen aplikuar që prodhuesit privatë të shërbimeve të ofrojnë edhe shërbime jo-personale, psh. edukim shëndetësor?

Në varesinë e kujt duhet të jenë institucionet që krijojnë burime njerëzore, nën Ministrinë e Arsimit apo nën Ministrinë e Shëndetësisë? Kjo sjell edhe një pasojë tjetër: a realizohet siç duhet përputhja midis kërkesës dhe ofertës për personel?

TRE SHTYLLAT KRYESORE PËR TË ARRITUR POLITIKAT E FINANCIMIT SHËNDETËSOR



TRE SHTYLLAT KRYESORE PËR TË ARRITUR POLITIKAT E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

Shtylla e parë përbëhet nga një grup i qartë objektivash për politikën e financimit shëndetësor, të cilat bazohen në vlerat themelore siç janë eficienca, barazia, solidariteti dhe pjesmarrja.

Shtylla e dytë është një përshkrim gjithëpërfshirës i sistemit ekzistues kombetar i financimit shëndetësor.
Një analizë e detajuar e situatës aktuale duke përdorur një kuadër konceptual që përshkruan funksionet dhe politikat e ndryshmë të financimit shëndetësor.

Shtylla e tretë tregon se si faktorët kontestuale, sidomos ***shtrengesat fiskale***, kufizojnë shtrirjen se deri ku një vend mund të përballojë arritjen e objektivave të politikave.

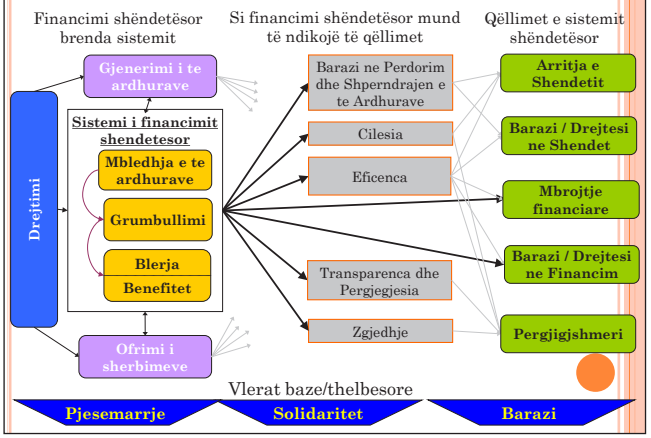
I. Objektivat Politike të Financimit të Kujdesit Shëndetësor

- *Objektivat e politikave të financimit shëndetësor shërbejnë si kritere për të* ***vlerësuar arritjen dhe performancën e sistemeve të financimit të shëndetësisë dhe efektet e reformave***. Ato mund të jenë:

1. ***Identike me qëllimet*** e gjera të sistemit shëndetësor:
   - *promovimi i mbrojtjes universale kundër rrezikut financiar;*
   - *nxitjen e shpërndarjes më të drejtë të barrës së financimit;*

2. Të ***ndërmjetëm për qëllimet*** e sistemit shëndetësor:
   - *promovimi i përdorimit të barabartë dhe ofrimi i shërbimeve në raport me nevojën për të tilla shërbime;*
   - *përmirësimin e transparencës dhe llogaridhënies së sistemit ndaj popullatës;*
   - *promovimi i cilësisë dhe efikasitetit në ofrimin e shërbimeve;*
   - *përmirësimi i efikasitetit në administrimin e sistemit të financimit të shëndetësisë.*

Lidhjet e sistemit të financimit shëndetësor me objektivat e politikave, funksionet e tjera dhe qëllimet e përgjithshme të sistemit



I. Objektivat Ekonomike / Politike të Financimit të Kujdesit Shëndetësor

- ***Mbrojtja Financiare****: Familjet nuk duhet të varfërohen si rezultat i nevojës për kujdes shëndetësor dhe as të detyrohen të zgjedhin ndërmejt shëndetit të tyre dhe mireqënies ekonomike.*

- ***Drejtësia në Financë:*** *Në varësi të kapacitetit për të paguar, familjet e varfëra duhet të paguajne për sistemin shëndetesor më pak së familjet e pasura (Objekti i Barazisë dhe Solidaritetit).*

- ***Barazi në Shfrytëzimin (Përdorimin) e Shërbimeve****: Shërbimet shëndetësore dhe burimet duhet të shpërndahen sipas nevojës, jo sipas faktorëve të tjerë siç është aftësia e njerëzve për të paguar shërbimet.*

I. Objektivat Ekonomike / Politike të Financimit të Kujdesit Shëndetësor

- ***Transparencë dhe llogaridhënie*** *të sistemit ndaj popullatës: të drejtat dhe detyrimet e popullsisë duhet të kuptohen mirë nga të gjithë, duke reflektuar një premtim nga shteti tek qytetarët.*
- ***Eliminimi i Pagesave nga Xhepi:*** *Sipas parimit se parapagimet e detyrueshme janë më të drejta; parapagimet vullnetare janë më pak të drejta; pagesat nga xhepi më të padrejtat.*
- ***Arritjen e Qellimeve të Tjera Shëndetësore:*** *të cilat njëherazi ndikojnë mbi objektivat e ndërmjetme: promovimi i cilësisë dhe transparences, efikasiteti në organizim dhe administrim të përgjithshëm.*

I. Objektivat Ekonomike të Kujdesit Shëndetësor …*(vazhdim)*…

1. EFIÇENCA:

"*TË MARRËSH SA ME SHUMË NGA BURIMET E PAKTA*"

- ELEMENTET BAZË TE EFIÇENCËS:
  a. Mos shpërdorim i burimeve;
  b. Prodhimi i secilit produkt me koston më të ulët;
  c. ***Prodhimi në sasi dhe cilësi sipas vlerësimit të individëve.***

I. Objektivat Ekonomike të Kujdesit Shëndetësor …*(vazhdim)*…

- MOS SHPËRDORIM I BURIMEVE
- PRODHIMI I SECILIT PRODUKT ME KOSTO TË ULËT
- PRODHIMI I SASISË DHE CILËSISË SË PRODUKTIT QË INDIVIDËT VLERESOJNË MË SHUMË

- **EFIÇENCË TEKNIKE**
- **KOSTO EFEKTIVE**
- **EFIÇENCË NË ALOKIMIN E BURIMEVE**

I. Objektivat Ekonomike të Kujdesit Shëndetësor …*(vazhdim)*…

2. BARAZIA:

"Kujdes shëndetësor i shpërndarë në menyrë të barabartë ose të drejtë"

- BARAZIA HORIZONTALE:
  - Kurim i njejtë për nevojë të njëjtë
- BARAZIA VERTIKALE:
  - Shpërndarje e pabarabartë ndërmjet individëve apo komuniteteve të ndodhur në situata të ndryshme në varësi të kushteve në të cilat ndodhen.

I. Objektivat Ekonomike të Kujdesit Shëndetësor …*(vazhdim)*…

- Kriteri i barazisë horizontale
  - Shpenzime të njëjta për nevoja të njëjta: psh. *kosto e njejte e nje infermieri ne te gjithe spitalet*
  - Përdorim i njëjtë për nevojë të njëjtë; psh e *njejta kohezgjatje ne spital kerkon kondita te njejta shendetsore*
  - Një barazi e reduktuar në shëndet e njëjtë për të gjithë: psh *i njejti nivel vdekshmerie sipas moshes dhe seksit ndermjet rajoneve*
  - E njëjta mundësi për akses në shërbimet shëndetësore për nevojë të njëjtë; psh *e njejta kohe pritjeje per pacientet me te njejtat kondita.*

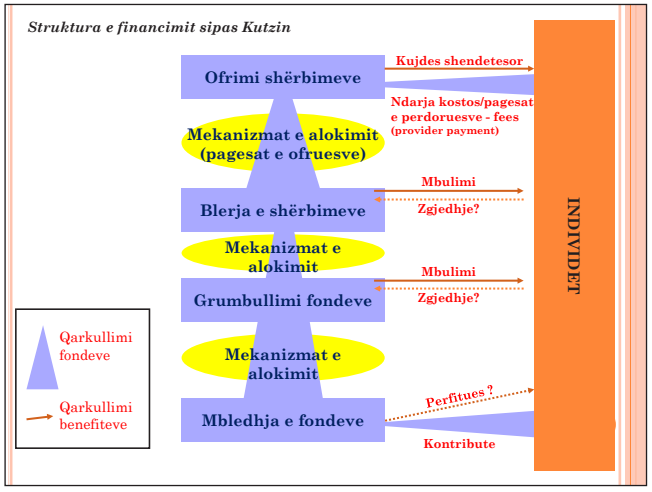
I. Objektivat Ekonomike të Kujdesit Shëndetësor …*(vazhdim)*…

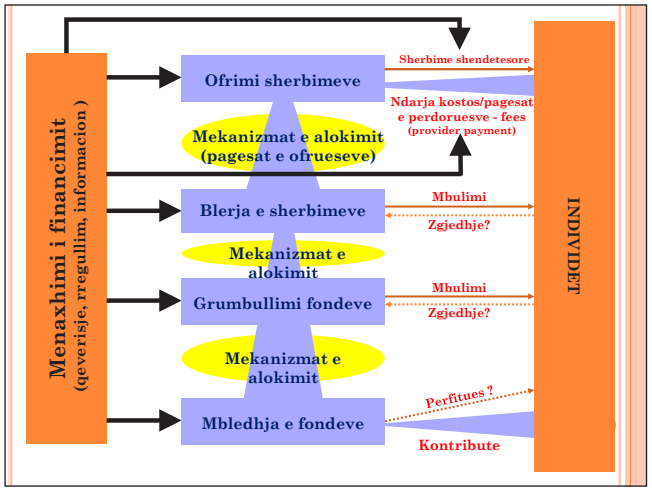
- Kriteri i barazisë vertikale
  - Trajtim jo i njejtë për nevojë jo të njëjtë; psh *trajtim jo te njejte per pacientet qe ndeshen me kondita te lehta ne krahasim me ata me kondita me serioze.*
  - Financim progresiv mbështetur në aftesine për të paguar; psh *nje takse e te ardhurave progresive.*

II. Sistemet e Financimit për sa i Përket Funksioneve jo Modeleve (DREJT REFORMAVE)

(PËRSHKRIM GJITHËPËRFSHRIRËS I SISTEMIT EKZISTUES KOMBËTAR I FINANCIMIT SHËNDETËSOR NISUR NGA BURIMI I FONDEVE)

- Burimi i fondeve nuk duhet të përcaktojë organizimin e sektorit, mekanizmat me anë të të cilave burimet shpërndahen ose saktësinë me të cilën përcaktohet e drejta për përfitime.
- Për të përshkruar sistemet e ndryshme të financimit shëndetësor dhe reformat ne to, integrohen nënfunksionet dhe politikat e ndryshme të financimit shëndetësor, si:
  - ***Mbledhja e të ardhurave*** për tu ofruar individëve një paketë bazë shërbimesh si dhe mbrojtja financiare përkundrjet shpenzimeve mjekësore;
  - ***Menaxhimi i të ardhurave*** në menyrë efiçiente dhe të barabartë *(grupimi)* (*risk pooling*)
  - ***Blerja e shërbimeve shëndetësore*** të cilat janë jo vetëm teknikisht efiçientë por dhe janë në efiçiencë alokative
  - *Politika mbi* ***përfitimet dhe ndarjen e kostove të pacientëve*** *(p.sh.* ***bashkë-pagesat****)*
  - *Mënyra në të cilën zbatohet* ***administrimi i sistemit të financimit***





II. Sistemet e Financimit për sa i Përket Funksioneve (drejt reformave)

(përshkrim gjithëpërfshrirës i sistemit ekzistues kombëtar i financimit shëndetësor)

- ***Mos klasifikimi i sistemeve sipas modeleve standarde***
- ***Kuptimi i kompleksitetit dhe ndërvaresisë së sistemeve ekzistuese***
- ***Akses dhe hapësirë për reforma të ndryshme***
- ***Arritja e një performance më të mirë***

II. Sistemet e Financimit për sa i Përket Funksioneve (drejt reformave)*(vazhdim)*...

Kujdes:

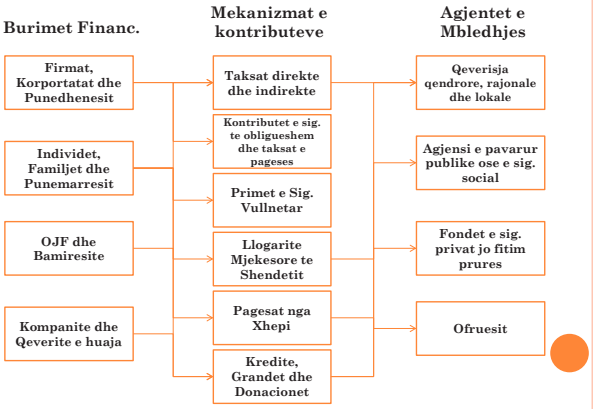
- ***"Qeveria"*** *si e tillë nuk është në të vërtetë një "burim" fondesh*
- ***Të gjitha "fondet"*** *(përveç ndihmës se huaj), vijnë nga njerëzit, pavarësisht formës së saj*
- ***Mjetet e kontribuimit*** *nga ana e individëve, si dhe menaxhimi i këtij fondi, ka rëndësi të veçantë në hartimin e politikave dhe reformave shëndetësore*
- *Nje sistem shëndetësor është një mjet për realizimin e një qëllimi, ndaj si çdo sistem tjetër evoluon dhe duhet* ***ristrukturuar***

III. Përfshirja e Shtrëngimeve Fiskale

Hapësira Fiskale - Qëndrueshmeri fiskale

- ***Konteksti Fiskal:*** Aftësia e qeverisë për të mobilizuar (mbledhur) taksat dhe të ardhurat e tjera publike me nevojën që këto të balancohen me shpenzimet totale publike.
- ***Hapesira Fiskale:*** disponueshmëria e hapesirës buxhetore që lejon një qeveri të sigurojë burimet për një qëllim të caktuar pa u ndikuar nga pozicioni financiar i qeverisë (roli FMN apo BB).
- ***Qendrueshmeria Fiskale:*** Kapaciteti i qeverisë, të paktën për të ardhmen, të financojë programet e dëshiruara të shpenzimeve të saj, si dhe detyrimin për të jetuar brenda një buxheti (*zvogëlimin e defiçitit*).

III. Përfshirja e Shtrëngimeve Fiskale



III. Përfshirja e Shtrëngimeve Fiskale

Si krjohet Hapësira / Qëndrueshmëria Fiskale?

- Të ardhurat shtesë mund të rriten përmes masave të taksimit ose fuqizimit të administrimit të tyre,
- Shpenzimet me prioritet më të ulët mund të ndërpriten, për tu krijuar hapësirë atyre më të domosdoshmeve,
- Burimet mund të huazohen nga burime të tjera të brëndëshme ose të jashtme,
- Qeveritë mund të perdorin forcën e tyre të pushtetit ablosut (dmth. duke detyruar B.Q. të printojë para në momente të caktuara),
- Qeveritë mund të marrin grante nga burimet e jashtme.
- Fleksibiliteti i FMN në politikat e jashtme karshi shpenzimeve.

TEMA 4

METODAT DHE INSTRUMENTET E VLERËSIMIT EKONOMIK

Për të bërë të mundur studimin e shëndetit nga pikëpamja ekonomike duhen përdorur instrumente pune të përshtatshme për të studiuar dhe analizuar.
Shumica e këtyre instumenteve janë perfeksionuar paraprakisht nga ekonomistët, të cilët e kanë provuar efikasitetin e tyre në këtë fushë. Këto metoda janë mënyra trajtimi që na lejojnë të nxjerrim disa kritere objektive për të mundësuar zgjidhjen e një problemi në fushën e ekonomisë së shëndetit. Njohja e këtyre kritereve na bën të mundur të analizojmë në mënyrë kritike problemet e ndryshme që u dalin sistemeve të shëndetësisë.

Instrumentet e krahasimit: Studimet kosto-fitim, kosto efikasitet, kosto-dobi

Specifikat dhe mangësitë që karakterizojnë tregun e shëndetit diktojnë metoda të cilat bëjnë të mundur sqarimin e vendimeve dhe përcaktojnë zgjedhjet që duhen bërë .Këto metoda e kanë pikënisjen nga disa të tjera të përdorura disa vite më parë dhe që njihen me emrin "racionalizimi i zgjedhjeve buxhetore" (RZB) në Francë dhe "planifikimi, racionalizimi dhe buxhetimi i sistemeve" (PRB) në Amerikë.
Për të vlerësuar një politikë shëndeti, një strategji të ndihmës mjkësore, ose një program parandalimi, duhet të japësh një gjykim mbi vlerën e tyre. Ky përkufizim është jo shumë i qartë, ndaj duhet përcaktuar mirë.
Eshtë e rëndësishme të njohësh se kush e bën gjykimin, si është marrë ky gjykim, cila është shkalla e vlerësimit që përdoret, domethënë cili është "instrumenti" që na lejon të krahasojmë një vendim me të tjerë të mundshëm. Ky instrument do të na mundësonte klasifikimin e vendimeve të mundshme në raport me njëri-tjetrin dhe, ndonjëherë, edhe të shprehim ndonjë shkallë preference.
Eshtë e qartë se zgjedhja e instrumentit të krahasimit dhe e të gjitha politikave e strategjive që krahasohen do të kushtëzojnë rezultatin e këtij vlerësimi. Prandaj, duhet njohur se kush e zgjedh instrumentin dhe se si strategjitë alternative janë përzgjedhur.
Në qoftë se, p.sh., na duhet të vlerësojmë një strategji të ndihmës mjekësore që përdor një specialitet farmaceutik X, është e mundshme ta krahasojmë me një strategji që përdor një placebo, ose me një ose shumë strategji që përdori një specialitet konkurues. Eshtë interesant fakti që të dimë se kush e ka përcaktuar teknikën që mundëson klasifikimin e këtyre strategjive në raport me njëra tjetrën: ndërmarrja që prodhon specialitetin A, spitali që e përdor, apo siguracioni mjekësor që financon ndihmën mjekësore.
Rezultati rrezikon të jetë i ndryshëm në varësi të këndvështrimit të përcaktimit të politikave që do të vlerësohen, edhe pse teknikat e ndryshme llogaritëse e statistikore janë përdorur në mënyrë korrekte. Pra rezultati përfundimtar varet më shpesh nga zgjedhja e instrumentit të krahasimit dhe një konsensus sa më i gjerë është i rëndësishëm në këtë fushë.

Instrumente të krahasimit janë të shumta, por ato që të gjitha ndërtohen mbi të njëjtin parim. Një tërësi kriteresh përcaktohen për të përshkruar rrjedhojat e çdo strategjie që është në vlerësim. Këto kritere zgjidhen në mënyrë që të jetë e mundur të klasifikosh në raport me secilin prej tyre rrjedhojat e strategjive që duam të krahasojmë.
Për të ilustruar shembullin e përmendur më parë që konsiston në vlerësimin e një strategjie që përdor një specialitet A, në krahasim me një specialitet B, mund të përdorim kriteret e mëposhtme që u referohen rrjedhojave ekonomike e mjekësore: "shpenzime të kryera nga përdorimi i një strategjie ", dhe "probabiliteti i shërimit".
Mund të thuhet se në rastin e kriterit të parë stategjia A parapëlqehet më shumë se B, nëse shpenzimet e vëna për strategjinë A janë më të vogla se shpenzimet e strategjisë B.
Nëse ballafaqohemi me kriterin e dytë, ne parapëlqejmë stategjinë B ndaj A, nëse probabiliteti i shërimit kur përdorim produktin B është më i madh se probabiliteti i shërimit kur përdorim produktin A.
Është e qartë se zgjedhja e këtyre kritereve s'mund të jetë e përsosur. Është mbase mjaft e rëndomtë të përshkruash rrjedhojat e dobishme dhe të nevojshme për të krahasuar të dyja strategjitë.
Përpilimi i listës së kritereve që do të përdoren në një protokoll vlerësimi përbën një nga fazat kryesore të procesit të vlerësimit.
Nuk ka nomenklaturë të një tipi të vetëm; kjo mund të përpilohet në funksion të problemit që trajtohet dhe shpesh ka vështirësi në parashtrimin e saj.
Në fakt, ajo vihet në pikëpyetje kur rezultatet e vlerësimit u komunikohen të interesuarve. Prandaj ka rëndësi që të bihet dakord që në fillim në mënyrë tepër të qartë për përbërjen e kësaj nomenklature përpara se të hidhet një hap i mëtejshëm.
Edhe pse shumë i thjeshtë, shembulli i sipërpërmendur na lejon të hedhim dritë mbi problemet teknike që hasim gjatë përpilimit të procesit të vlerësimit.

Problemi i parë është ai i metodave të matjes:
Si mund ta përcaktojmë shumën e shpenzimeve të duhura gjatë përdorimit të një strategjie të dhënë?
A mund ta përcaktojmë duke u nisur nga një protokoll i ndihmës mjekësore teorike, ose nga një studim i shpenzimeve të kryera mbi një grup pacientësh (monstër) të zgjedhur me kujdes?
Në këtë rast, a duhet të përdorim një shpenzim mesatar apo ta bazojmë klasifikimin duke u nisur nga cilësitë e shpërndarjes statistikore të shpenzimeve?
Në të njëjtën mënyrë, do të duhet të përcaktojmë protokollin statistikor që do të na çonte në përfundimin se probabiliteti i shërimit me një strategji të caktuar është më i madh se ai i një strategjie tjetër.
Zgjidhja e këtyre problemeve nuk është e thjeshtë; për këtë na vijnë në ndihmë metodat statistikore, kalkulimet e probabilitetit, epidemiologjia dhe ekonometria.
Problemi i dytë lidhet me transformimin (shndërimin) e klasifikimeve të strategjive sipas çdo kriteri, në një klasifikim të vetëm dhe global që na mundëson percaktimin e strategjisë më të mirë (në funksion të procesit të vlerësimit të adoptuar paraprakisht). Ky problem quhet "agregati i preferencave". Një ndër të parët që e studioi ishte markezi i Condorcet.
E rimarrim shembullin tonë. Rezultatet e matjeve na kanë dhënë:

- Strategjia A parapëlqehet ndaj B-së për kriterin e parë.
- Strategjia B parapëlqehet ndaj A-së për kriterin e dytë.

Çfarë përfundimi mund të nxjerrim për sa i përket klasifikimit të A në raport me B? Cila metodë do na lejonte dhënien e një përgjigjeje?

Më e thjeshta e metodave të agregatit i përket ekonomistit italian Pareto (1848-1923):

Sipas tij, *A parapëlqehet ose është indiferente ndaj B, në qoftë se dhe vetëm nëse A parapëlqehet ose është indiferente ndaj B*.

Për të gjitha kriteret e zbatuara në shembullin tonë, strategjia A preferohet ndaj B në qoftë se dhe vetëm nëse ajo kushton më pak dhe nëse ajo ka një probabilitet shërimi më të madh se strategjia B.

Kjo procedurë agregati është e shkëlqyer dhe nuk ka veçse një të metë: që nuk mund të nxjerrim përfundime në disa raste, p.sh. nëse A parapëlqehet në mënyrë strikte ndaj B për kriterin e parë dhe B parapëlqehet në mënyrë strikte ndaj A për kriterin e dytë.

Një tjetër procedurë është agregati *leksiko-grafik* që i korrespondon tipit të marrëdhënies midis fjlëve që përdoret në fjalor për t'i klasifikuar ato.

Ajo na lejon të bëjmë një klasifikim, por ka një mangësi: që të imponon përcaktimin e preferencave sipas kritereve të nomenklaturës.

Supozojmë që të kemi privilegjuar kriterin mjekësor (kriteri numër 2 i shembullit) ndaj kriterit ekonomik (kriteri numër 1).

Mund të themi se A parapëlqehet ndaj B nëse probabiliteti i shërimit kur përdorim strategjinë A është në mënyrë strikte më i madh se probabiliteti i shërimit kur përdorim strategjinë B, ose kur këto probabilitete janë të barabarta nëse shpenzimet e duhura për strategjinë A janë më të vogla ose të barabarta me ato të strategjisë B.

Ka edhe shumë rregulla të tjera të agregatit të preferencave. Eshtë e rëndësishme të njohësh veçoritë e tyre kryesore, sepse zgjedhja e rregullës është ndonjëherë përcaktuese për rezultatin përfundimtar (është i njohur fakti që zgjedhja e procedurës elektorale mund të favorizojë shumë një kandidat).

Ashtu si edhe për përcaktimin e nomenklaturës e të protokollit të matjes, një marrëveshje e qartë duhet të arrihet ndërmjet atyre që do të marrin parasysh rezultatet e vlerësimit mbi procedurën e agregatit që do të përdoret.

Përpara se të analizojmë shkurtimisht tre procedurat kryesore të agregatit të preferencave që janë metodat kosto-fitim (ose, kosto-avantazh), kosto efikasitet dhe kosto-dobi, është e nevojshme t'u kthehemi problemeve të matjes që mund të shtrojë përdorimi i një kriteri të dhënë.

Problemi i parë është ai i shtruar prej hyrjes së dimensionit kohor. Problemi i dytë lidhet me matjen e dimensioneve kualitative si p.sh. "cilësia (vlera e jetës)"

Për të shqyrtuar problemin e parë, ne do të mbështetemi tek shembulli i mëposhtëm:

Duhen klasifikuar dy strategji parandalimi të quajtura A dhe B. Zgjedhim midis kritereve të seleksionuara për formimin e nomenklaturës shumën e investimeve të nevojshme për realizimin e tyre. Mirëpo, për këto dy strategji investimet janë kryer në dy radhë në të njëjtat data. Në datën 1 shuma e investimeve të nevojshme për realizimin e strategjisë A është 100 milionë lekë dhe shuma e strategjisë B është 10 milionë lekë.

Në datën 2 shumat e nevojshme janë respektivisht 10 milionë lekë për A-në dhe 100 milionë lekë për B-në.

Për ta thjeshtëzuar akoma shembullin tonë, supozojmë se përqindja e inflacionit ka qenë 0 gjatë periudhës që ndan dy datat e investimeve.
A mund të arijmë në përfundimin pra se strategjitë A dhe B janë ekuivalente për kriterin "investim" përderisa shuma e përgjithshme të dy investimeve arrin për çdo strategji 110 milionë lekë? Ekonomistët i përgjigjen negativisht kësaj pyetjeje. Në fakt, edhe në mungesë të inflacionit nuk është e barazvlefshme të zotërosh një lek në datën 1 dhe një lek në datën 2.
Për të përcaktuar situatën që është e preferueshme, është gjithnjë e nevojshme që të nisemi nga e njëjta epokë për të krahasuar shumat e parave të disponueshme në të njëjtin moment.
Në qoftë se ne zotërojmë një lek në datën 1, ne mund ta investojmë atë menjëherë në përdorime të ndryshme si p.sh., t'ia japim hua bankierit tonë me një interes të caktuar deri në datën 2. Ai do të na sigurojë për këtë hua një kthim (fitim) të llogaritur duke u nisur nga përqindja e interesit, e cila nuk ndryshon. Nëse përqindja e interesit është 10% për periudhën në fjalë, ai do të n'a kthejë në datën 2 shumën prej 1 lek plus 10%, pra 1.10 lekë.
Në qoftë se ne bazohemi tek përdorimi i lekut tonë në datë 1, ne e nxjerrim vlerën e tij në datën 2 që eshtë 1.10. Neve na intereson më shumë atëherë 1 lek në datën 1 sesa 1 lek në datën 2, sepse 1 lek në datën 1 është i barazvlefshëm me 1.1 në datën 2.
Me të njëjtin arsyetim neve do të mund të gjykojmë edhe për datën 1, duke kërkuar se cila ishte shuma që ne duhet të zotëronim në datën 1 në mënyrë që kjo shumë të jetë e baraz-vlefshme me një lek që disponojmë në datën 2, në rast se ne dëshirojmë shërbimet e bankierit.

Shuma X është e tillë:

$$X + 0.1 = 1$$

$$\text{Pra , } X = 1/(1+0,1) = 0,91 \text{ lekë}$$

Sigurisht, ne mund ta përdornim monedhën tonë në një mënyrë tjetër: e hidhnim në treg me përqindje interesi të ndryshueshëm, blinim një objekt që mund ta shisnim në datën 2, etj.
Vlerësimi i fitimit prej këtij leku gjatë një periudhe të caktuar del prej të ashtuquajturës "përqindje e aktualizimit".
Në qoftë se mendojmë t'ia japim hua paranë tonë një banke me një përqindje interesi prej 10%, përqindja e aktualizimit do të jetë e barabartë me përqindjen e interesit të huasë, d.m.th.10%.

Zgjedhja e përqindjes së aktualizimit është e vështirë sepse ajo përmban në vetvete preferencat tona imediate në raport me të ardhmen dhe është në një masë të konsiderueshme subjektive.
Përcaktimi i kësaj përqindjeje duhet të jetë rezultat i një konsensusi mes aktorësh që do ta përdorin.
Nëse në shembullin tonë ne përdorim një përqindje aktualizimi prej 10%, shuma e investimeve për strategjinë A e llogaritur në datën 1 është e barabartë me:

$$100+10/(1,01) = 100,91 \text{ milionë}$$

Për këtë kriter, strategjia B do të preferohet ndaj A-së që është më e shtrenjtë.
Kjo teknikë aktualizimi është delikate në përdorim për shkak të vështirësisë së përcaktimit të përqindjes së aktualizimit kur zhvendosim shuma parash. Ajo është po aq delikate sa edhe në rastet kur e përdorim për kritere jomonetare si p.sh. vite jetese të fituara potencialisht prej këtyre dy strategjive të parandalimit.

Problemi qëndron në krahasimin e një viti jetese të fituar në datën 1 me një vit jetese të fituar në datën 2.
Në përgjithësi, në ngjashmëri me çka bëhet në kuadrin monetar, zgjedhim një përqindje aktualizimi dhe aplikojmë formulën matematike të llogaritjes aktuariale (e paraqitur në të gjitha librat e administrimit) për numrin e viteve të fituara të jetës.
Problemi qëndron në faktin se në këtë rast asnjë teori e besueshme nuk e garanton këtë metodë që ka avantazhin të jetë e thjeshtë dhe praktike për të trajtuar rezultatet e një vlerësimi.
Problemi i dytë i matjes që ne dëshirojmë ta shqyrtojmë është ai i masës në konceptin abstrakt, që karakterizohet nga shumë dimensione si p.sh. koncepti "gjendja shëndetësore", ose "cilësia e jetës".
Këto nocione përcaktohen shpesh nga pyetësorë përkatës. Le të shqyrtojmë pyetësorin e mëposhtëm që prek tre dimensione të cilësisë së jetës:
Lëvizshmëri fizike, mirëqënie, shëndet.
Shtrohen tri pyetjet e mëposhtme dhe përcaktohen modalitetet e përgjigjeve të lejuara:

- ***Pyetja nr.1***: Lëvizshmëria juaj është: e mirë, mesatare (mjaftueshëm), e kufizuar, shumë e vështirë.
- ***Pyetja nr. 2:*** A ndiheni i lumtur: gjithnjë, shpesh, ndonjëherë, asnjëherë.
- ***Pyetja nr.3:*** Shëndeti juaj është: i mirë, mesatar (mjaftueshëm), çka (jo keq) kalueshëm, mediokër.

Ky pyetësor na lejon të përcaktojmë disa "tipa" individësh:
P.sh. individët që kanë një lëvizshmëri të mirë, që janë gjithnjë të lumtur dhe me shëndet të mirë.
Ky pyetësor i vogël na lejon të përcatojmë kështu 4 në fuqi të tretë "tipa" individësh, pra 64 tipa. Është e qartë që një individ mund të bëjë pjesë në njëkohësisht në një ose një tjetër tip në 64 tipat e mundshme.
Të gjithë do të jenë dakord që parapëlqehet: "të kesh lëvizshmëritë mirë, të ndjehesh gjithnjë i lumtur dhe të kesh një shëndet të mirë" sesa: "të kesh një lëvizshmëri shumë të vështirë, të mos jesh asnjëherë i lumtur dhe të kesh një shëndet mediokër".
Në të kundërt, është shumë delikate që të shprehësh preferencën (ose indiferencën) për tipa të tillë si: "lëvizshmëri e mirë, asnjëherë i lumtur dhe shëndet mediokër" dhe "lëvizshmëri shumë e vështirë, gjithnjë i lumtur dhe shëndet mediokër".
Ndërtimi i shkallës së cilësisë së jetës na dikton përcaktimin e një pyetësori të përshtatshëm, që lejon përftimin e "tipave" të individëve që kanë një domethënie lidhur me konceptin e cilësisë së jetës (koncept validiteti). Njerëzit që do t'i përgjigjen këtij pyetësori, duhet t'a kenë kuptuar atë në mënyrë të përkryer.
Ai duhet të jetë i riprodhueshëm, d.m th. të japë të njëjtat rezultate kur përdoret tek persona të ngjashëm (në lidhje me cilësinë e jetës), kur nga këndvështrime të ndryshme gjërat janë të barabarta.
Për më tepër, ky pyetësor duhet të jetë i ndjeshëm, d.m.th. të kapë çdo nryshim të cilësisë së jetës gjatë modifikimit të një parametri të mjedisit (p.sh.përdorimi i një trajtimi mjekësor ndaj një sëmundje të caktuar).
Këto cilësi: vlefshmëri, riprodhimtari dhe ndjeshmëri, duhet të studiohen me kujdes gjatë përpilimit të një pyetësori.
Gjithashtu, pyetësori duhet të konceptohet në mënyrë të tillë që të bëhet i mundur përcaktimi i klasifikimit të të gjitha "tipave" të individëve që ai merr përsipër të përshkruajë. Këtu kemi të

bëjmë me një detyrim mjaft të madh përderisa na dikton të shprehim preferencën tonë midis dy "tipave" cilatdo qofshin ato, ndërkohë që s'lejohet abstenimi dhe të gjitha profilet janë të krahasueshme.

Problemi i dytë është ai i përkufizimit të këtij klasifikimi:

A përpunohet ai nga një ekspert, nga një grup ekspertësh që duhet të bien në konsensus apo nga një grup përdoruesish, etj.?
Një kombinim i përdorur shpesh konsiston në aplikimin e një marrëdhënieje që në matematikë quhet *marrëdhënie rendore* e tipit "superior" ose e" barabartë" që përcaktohet në shumën e numrave realë.
Kështu përftojmë atë ç'ka ekonomistët e quajnë funksion utiliteti, d.m.th. një aplikacion i shënuar me u(x) i cili çdo "tipi" pyetësori i bashkëngjit një numër që vërteton përkatësinë e mëposhtme:
Në qoftë se "tipi" 1 është i preferuar ose neutral në lidhje me tipin 2, atëherë numri që i asociohet "tipit" 1 me anë të aplikacionit është superior ose i barabartë me numrin që i asociohet "tipit" 2 me anë të aplikacionit u(x) dhe anasjelltas.
Ky reciprocitet është i rëndësishëm sepse, në qoftë se pranojmë një specifikim të funksionit (d.m.th. njohjen e shprehjes së saj algjebrike), është e lehtë renditja e tipave të përshkruar në pyetësor.
Po rimarrim shembullin tonë dhe po pranojmë që "funksioni i vlefshëm utilitar" që shpreh preferencat tona në 64 tipat që pyetësori përkufizon është i ndërtuar si më poshtë vijon:

Përgjigjeve të mundshme të çdo pyetjeje i asociojmë numrat si më poshtë:
Mirë =4, Mjaftueshëm (mesatar) = 3, I kufizuar = 2, shumë i vështirë = 1
Gjithmonë = 4, Shpesh = 3, Ndonjëherë = 2, Asnjëherë = 1
Mirë = 4, mesatar = 3, Kalueshëm (çka) = 2, Mediokër = 1

Pastaj për çdo "tip" caktojmë një numër të barabartë me shumën e numrave që u bashkëngjiten përgjigjeve të cilat karakterizojnë "tipin" në fjalë.

P.sh.në rastin e tipit:
Lëvizshmëri e mirë, gjithnjë i lumtur, shëndet i mirë, i bashkëngjitim numrin
4+4+4=12
Tipit:
Lëvizshmëri shumë e vështirë, asnjëherë i lumtur, mediokër.
I bashkëngjitim numrin 1+1+1=3.
Me që 12 >, nxjerrim si konkluzion se tipi i parë parapëlqehet ndaj të dytit, ç'ka duket fare e thjeshtë.
Në të kundërt, në qoftë se interesohemi për tipat me numër 6, d.m.th. teorikisht të barasvlefshëm, do të ndiehemi paksa në mëdyshje sepse do të kemi të bëjmë me:

1. -lëvizshmëri e mirë, asnjëherë i lumtur, shëndet mediokër
2. -lëvizshmëri e mjaftuedhme, shpesh i lumtur, shëndet mediokër
3. -lëvizshmëri e mjaftueshme, ndonjëherë i lumtur, shëndet çka
4. -lëvizshmëri e kufizuar, shpesh i lumtur, shëndet mediokër
5. -lëvizshmëri e kufizuar, ndonjëherë i lumtur, shëndeti çka
6. -lëvizshmëri e kufizuar, asnjëherë i lumtur, shëndeti jo keq

7. -lëvizshmëri shumë e vështirë, shpesh i lumtur, shëndeti mjaftueshëm
8. -lëvizshmëri shumë e vështirë, ndonjëherë i lumtur, shëndeti çka
9. -lëvizshmëri shumë e vështirë, asnjëherë i lumtur, shëndeti mediokër
10.-lëvizshmëri shumë e vështirë, gjithnjë i lumtur, shëndet mediokër

Pra, 10 tipa të grupuar në një nivel të vetëm përderisa supozohen si teorikisht të barasvlefshme.
Në fakt, ndjeshmëria e pyetësorit tonë është në një mënyrë të konsiderueshme e kufizuar, sepse vetëm nivelet e dobisë nga 3 tek 12 mund të studiohen, ndërkohë që 64 tipat e tjerë mundemi vetëm t'i përshkruajmë.
Kësaj metode mund t'i bëjmë edhe një kritikë tjetër për faktin se ajo bazohet tek diçka që e marrim si të qenë, si të dhënë: pranimin e specifikës së funksionit u(x). Mirëpo, në vend të një modeli të bazuar në mbledhjet, ne mund të kishim përpiluar po aq mirë një model tjetër të mbështetur në shumëzimet, në të cilin numri i bashkëngjitur një tipi do të ishte i barabartë me prodhimin e numrave të bashkëngjitur përgjigjeve të cilat e karakterizojnë tipin në fjalë.
Në këtë rast, nivelet e dobishmërisë do të varionin nga 1 tek 64, por ne nuk do të mund të studionim të gjithë numrat.
Funksionet e dobisë (utilitetit) të ndërtuara sipas kësaj metode në mënyrë empirike nuk kanë në vetvete një garanci shkencore serioze, prandaj edhe duhen trajtuar me shumë kujdes.
Funksioni i utilitetit është në fakt një entitet matematik abstrakt që duhet ndërtuar vetëm nëpërmjet studimit të preferencave të ekspertëve ose të individëve. Ky funksion nuk duhet t'i përcaktojë në mënyrë arbitrare këto preferenca.
Deri tani ne e kemi përdorur këtë funksion utiliteti për të paraqitur klasifikimet. Në terma matematike ky funksion quhet *funksioni i debisë rendor*, sepse i përcakton gjërat sipas një rendi.
Në fakt, është po aq e mundshme futja e nocionit të intensitetit në preferencat p.sh; të shprehësh faktin se një "tip" është dy herë më i papëlqyeshëm se një tjetër "tip". Do të bëhet fjalë atëherë për të krijuar një *funksion dobie themelore*.
Në shembullin tonë, nëse pranojmë se funksioni i parë i dobisë është një funksion themelor, kjo do të thotë që *tipi,* "lëvizshmëri e mirë, gjithmonë i lumtur, dhe shëndet i mirë", niveli i dobisë i të cilit është i barabartë me 12, është dy herë më i papëlqyer se *tipi,* "lëvizshmëri e kufizuar, shpesh i lumtur, shëndet mediokër ", niveli utilitar i të cilit është i barabartë me 6.
Ndonjëherë mund të përdorim edhe një shkallë tjetër dhe të fundit dobie. Bëhet fjalë për shkallën e quajtur "me intervale" që u korrespondon funksioneve të dobisë të ashtuquajtura "*neumanienne*". Këto të fundit na lejojnë të modelizojmë një intensitet preference në tipa të ndryshëm.
Supozojmë se funksioni i dobisë i përmendur më sipër të jetë "*neumanienne*" dhe le të shqyrtojmë tre tipat e mëposhtëm:

Tipi 1: Lëvizshmëri e mirë, shumë i lumtur, shëndet i mirë.
Tipi 2: Lëvizshmëri shumë e vështirë, shëndet mediokër.
Tipi 3: Lëvizshmëri e kufizuar, shpesh i lumtur, shëndet mediokër.

Do të kemi:

U (tipi 1) – u (tipi 2) = 12 – 3 = 9
U (tipi 1) – u (tipi 3) = 12 – 6 = 3

Parapëlqehet pra të kalohet 3 herë më shumë nga tipi 2 tek tipi 1 sesa nga tipi 3 tek tipi 1.

Shumë metoda eksperimentale janë vënë në përdorim për të studiuar nivelet e dobisë "*neumanienne*".
Për fat të keq, këto metoda nuk janë fort bindëse dhe kjo del nga një analizë serioze e hipotezave dhe e teorive mbi të cilat ato ngrihen.
Mbasi bëmë sqarimet e duhura, ne mund të shqyrtojmë tani metodat e ndryshme *kosto-rezultat* që përfshijnë studimet *kosto-fitim, kosto-efikasitet*, dhe *kosto-dobi*.
Si shembull, ne supozojmë se do të kemi për të vlerësuar disa strategji referimi sipas së cilës nuk ndërmarrim asnjë veprim.

Studimet kosto-fitim

Studimet kosto-fitim kryhen për të realizuar lidhjet që kanë kostot e një veprimi mjekësor me rrjdhojat e tyre të shprehura në vlera monetare. Këto studime përcaktojnë një nomenklaturë që i shpreh të gjitha kriteret në terma monetare.
Për secilin nga këto kritere, llogaritet vlera absolute e diferencës midis modalitetit që ofron strategjia që vlerësohet.
Kostoja e strategjisë del duke mbledhur vlerat absolute të këtyre ndryshimeve (diferencave) për kriteret në rastin e të cilëve situata e referimit parapëlqehet ndaj strategjisë në fjalë.
Fitimi del duke mbledhur vlerat absolute të diferencave për kriteret në rastin e të cilëve strategjia në fjalë parapëlqehet ndaj situatës së referimit.
Për t'a ilustuar marrim shembullin e mëposhtëm:
Duhen vlerësuar dy strategji parandaluese të osteoporozës nëpërmjet një trajtimi hormonal (zëvendësues) tek gruaja në menopauzë.

- Strategjia e parë konsiston në dhënien grave që nuk paraqesin ndonjë kundërindikim një trajtim hormonal përgjatë 15-vjetëve duke filluar nga mosha 50 vjeç.
- Strategjia e dytë ka të bëjë me dhënien e të njëjtit trajtim përgjatë tërë jetës grave të moshës 50 vjeç e lart që nuk paraqesin ndonjë kundër-indikim.
- Situata e referimit konsiston në faktin që nuk ndërmarrim asnjë veprim.
  Vlerësimi bëhet nga organizmi që financon ndihmën mjekësore dhe kurën hormonale.

Kriteret e seleksionuara janë:

- Shpenzimet e shtrimit në spital për kurimin e femurit proksimal;
- Shpenzimet e ndihmës mjekësore në shtëpi;
- Shpenzimet e ndihmës mjekësore në institucion;
- Shpenzimet e trajtimit hormonal e të përkujdesjes mjekësore.

Një model simulimi është realizuar duke pasur si bazë historinë e 100 000 grave, sipas strategjisë së përdorur. Ky model dha rezultatet e mëposhtme:

Studimet kosto-efikasitet

Studimet kosto-efikasitet hedhin dritë mbi lidhjen që ekziston midis kostove të një veprimi mjekësor dhe rrjedhojave të tij të shprehura në njësi fizike (vjet jetë të fituar, numri i të sëmurëve të shmangur, etj.).
Në këto studime përdorim një procedurë agregati, nomenklatura e të cilit përbëhet nga një kriter jomonetar (kriteri i efikasitetit) dhe nga disa kritere, njësitë e të cilëve shprehen në sasi monedhe.

Kriteret monetare përfshihen në një kriter të vetëm që është fitimi i strategjisë në fjalë në raport me një strategji referencë (ne e kemi parë se si ta llogaritim këtë fitim në agregatin kosto-fitim absolut). *Çdo strategjie i bashkangjisim fitimin që sjell efikasiteti në raport me situatën e referimit*.
Le të marrim shembullin e mëparshëm dhe t'i shtojmë nomenklaturës kriterin "jetëgjatësia 50 vjeç" të llogaritur në ditë jete.
Modeli i Van der Loos na lejon të llogaritim këtë jetëgjatësi për secilën nga strategjitë e shqyrtuara:

- Strategjia e "të bërit asgjë": 12 143 ditë,
- Strategjia "hormonoterapie përgjatë 15-vjetëve": 12 206 ditë,
- Strategjia "hormonoterapie gjatë gjithë jetës": 12 206 ditë,

Fitimet e efikasitetit që i korrespondojnë në këtë rast jetëgjatësisë 50 vjet:
- Strategjia "hormonoterapi gjatë 15 vjetëve": 20 ditë
- Strategjia "hormonoterapi gjatë gjithë jetës": 63 ditë.

Në rastin kur e njëjta strategji parapëlqehet në të njëjtën kohë për kriterin fitim dhe për kriterin efikasitet, nuk mund të kemi probleme për të zgjedhur, pasi kjo strategji na del përnjëherësh më e mira.
Nëse dy strategji kanë të njëjtën efikasitet, racionaliteti ekonomik na bën të zgjedhim natyrisht atë që paraqet përfitimin më të madh. Kjo procedurë e thjeshtë ka të bëjë me parimin e zgjedhjes së kostos minimum.
Për fat të keq, shpesh situata është më komplekse.

Në shembullin tonë:
Strategjia "trajtim për 15 vjet" ka një fitim negativ të barabartë me 6152 milionë lekë për një efikasitet prej 20 ditësh.
Strategjia "trajtimi jatë gjithë jetës" ka koston më shtrenjtë (kosto negative -220 milionë lekë), por siguron një efikasitet më të madh : 63 ditë.
Dy proçedura janë në dispozicionin tonë për të na ndihmuar të marim një vendim:
Agregati kosto-efikasitet i marë mesatarish dhe agregati kosto-efikasitet marzhinal.
Edhe njëra edhe tjetra strategji kanë të njëjtën objektiv: të dalim në një situatë ku efikasiteti i të dy srategive është i njëjtë dhe pastaj t'i krahsasojmë kostot e tyre respektive. Është e nevojshme të supozojmë se për çdo strategji, fitimi (ose kostoja nese ky i fundit është negativ) është funksion i nivelit të efikasitetit të fituar.
Në agregatin kosto-efikasitet mesatar supozohet që ky funksion të jetë i tipit linear. Është pra e mundshme llogaritja e fitimit të një njesie efikasiteti dhe strategjia do të jetë ajo strategji, fitimi i së cilës për një njësi efikasiteti do të jetë më i madhi.

Në shëmbullin tonë: fitimi i një njësie efikasiteti për strategjinë "trajtim për 15 vjet" është:

- 152/20 =-7,6 milionë lekë.

Për srategjinë "trajtim për gjatë gjithë jetës" ky fitim është:

-220/63=-3,49 milionë lekë.

Në qoftë se hipoteza e tipit linear të funksionit pranohet, procedura e agregatit kosto-efikasitet mesatar na lejon të parapëlqejmë strategjinë e trajtimit gjatë gjithë jetës.
Në fakt, duhet përmendur se hipoteza e tipit linear provohet rrallë për shkak të ekzistencës së shpeshtë të kostove fikse dhe të pamundësisë për të rritur gjithmonë efikasitetin, cilatdo qofshin mjetet materiale në dispozicion të strategjisë.
Në rastet e shpeshta ku kjo strategji nuk mund të përmbushet, mund të përdorim agregatin kosto-efikasitet "marzhinal".
Agregati kosto-efikasitet marzhinal nxjerr vështirësi në vënien në përdorim, sepse ai supozon që fitimet dhe efikasitetet e të dy strategjive që krahasohen të jenë të përafërta.
Nga ana tjetër, është e nevojshme të përcaktosh se për cilin nga të dy nivelet e efikasitetit do të kryhet krahasimi i fitimeve: në nivelin e efikasitetit të strategjisë së parë apo të së dytës.

Supozojmë se fitimi në efikasitet i strategjisë së dytë të jetë më i madh se ai së parës, dhe se ne kemi vendosur të krahasojmë të dyja strategjitë në këtë nivel efikasiteti.
Procedura kosto-efikasitet marzhinal vlerëson se cili do të ishte fitimi monetar i një njësie suplementare efikasiteti për strategjinë 1, duke u nisur nga niveli i efikasitetit që ajo ka arritur në rastin e fitimit që studiohet.
Duke njohur këtë fitim dhe duke supozuar se kostoja ndryshon në një mënyrë lineare në intervalin që ndan nivelet e efikasitetit të dy strategjive, është e thjeshtë të llogarisësh koston e strategjisë 1 për të njëjtin nivel efikasiteti.

Të marrim shembullin e mëposhtëm:
- Strategjia 1 sjell një fitim prej -1000 dhe një efikasitet prej 100;
- Strategjia 2 sjell një fitim prej -1200 dhe një efikasitet prej 105.

Krahasojmë këto dy strategji në nivelin e efikasitetit 105 dhe parashtrojmë se për të kaluar nga niveli i efikasitetit 100 tek niveli 101 (fitimi i një njësie efikasiteti duke u nisur nga niveli 100), duhen shpenzuar 100 njësi monetare.
Në qoftë se e pranojmë tipin linear të funksionit që lidh fitimin monetar me efikasitetin në intervalin 100-105, fitimi i strategjisë 1 për një nivel efikasiteti 105 do të jetë i barabartë me:

$$-1000 + 5\ (-100) = 1500 \text{ njësi monetare.}$$

Në nivelin 105 parapëlqehet strategjia e dytë. Ky rezultat është atëherë i kundërt me atë që mund të merrej nëpërmjet një procedure agregati kosto-efikasitet mesatar.

Studimet kosto-dobi

Studimet kosto-dobi nxjerrin në pah lidhjen midis kostove të një aksioni mjekësor me pasojat e tij të shprehura në variabël cilësor (kualitativ).
Këto studime përdorin një nomenklaturë që përmban më shumë se një kriter monetar. Eshtë rasti p.sh. kur kriterit i bashkangjitim cilësinë e jetës për këto vite të fituara.
Eshtë e nevojshme t'i bashkojmë këto dy kritere në një të vetëm. Le të përpiqemi të ndërtojmë një funksion dobie kardinal mbi çiftet "numri i viteve të jetës" dhe cilësia e jetës gjatë këtyre viteve. Ky funksion na lejon p.sh. të llogaritim nivelin e dobisë të 10-vjetëve jetë me një lëvizshmëri të kufizuar, ose të 5 vjetëve jetë me një lëvizshmëri mesatare.

Mbasi kemi ndërtuar funksionin e utilitetit, ndeshemi me të njëjtat probleme që hasen me agregatin kosto-efikasitet; nivelet e efikasitetit zëvendësohen vetëm me nivelet e utilitetit.
Eshtë e panevojshme të nënvizojmë vështirësitë teorike të një metode të tillë.
Metoda e aplikimit më e njohura mban emrin e QALY (*Quality Adjusted Life Years*). Megjithëse e përdorur gjerësisht, kjo metodë është bërë objekt i kritikave të ashpra.

Metoda ekonometrike

Ekonometria eshtë një mënyrë shkencore të vepruari qëllimi të cilës është identifikimi, shpjegimi dhe parashikimi i fenomeneve të natyrës ekonomike. Për këtë, ajo mbështetet në instrumente të formalizuara për të krijuar, matur, strukturuar dhe modelizuar informacionin që lidhet me këto fenomene.
Të marrim disa shembuj për të ilustruar rëndësinë e kësaj metode. Konsumimi farmaceutik është një nga preokupimet e mëdha të organizatave të ngarkuara për financimin e tyre. Mirëpo, lexojmë shpesh në shtyp se në Shqipëri konsumohen shumë ilaçe. Kjo është e vërtetë, por duhet provuar dhe kjo s'është e thjeshtë. Për t'ia dalë mbanë, duhet të kalojmë stadin e fjalimeve që mjaftohen të japin një pohim dhe të përpilojmë një argumentim i cili i bazuar në kritere të padiskutueshme do të na mundësojë pranimin apo refuzimin e hipotezave të ngritura.
Në qoftë se dëshirojmë të sjellim disa elemente njohëse që hedhin dritë mbi konsumimin e ilaçeve, do të duhet që në fillim të përcaktojmë qartë se për çfarë flasim.Vetëm me këtë kusht do të jetë i mundur përdorimi i metodës ekonometrike.
Një ekonometrist duhet t'i njohë në mënyrë të saktë konceptet ekonomike me të cilat do të punojë dhe të dijë se në ç'mënyrë do të mund t'i llogaritë.
Nuk ka shumë rëndësi nëse punojmë me një koncept konsumimi farmaceutik tërësor. Në fakt, të ndjekësh evoluimin e këtij konsumimi në kohë nuk paraqet ndonjë interes në qoftë se nuk e shpjegojmë dhe nuk i bashkëngjisim koncepte efikasiteti terapeutik. Për këtë eshtë e nevojshme të punosh për konsumime në klasa farmaceutike, apo në patologji.
Pasi e kemi përcaktuar zgjedhjen, do të duhet të përcaktojmë se në çfarë njësie do të përfshihen seritë kronologjike që interesojnë ekonometristin: në vlerë, në volum (vlerë e pjesëtuar nga një tregues çmimi) ose në sasi. Dy njësitë e para paraqesin shumë mangësi, sidomos kur dëshirojmë të kryejmë krahasime ndërkombëtare.
Në fakt, procesi i formimit të çmimeve të ilaçeve është i ndryshëm nga një vend në tjetrin, aq më tepër që problemi i paritetit të monedhave në momente të ndryshme nuk eshtë i lehtë për t'u trajtuar.
Pra na mbetet të merremi me sasitë, po çfarë sasish?
Numri i kutive të shitura përdoret shpesh, por kjo njësi krijon probleme që lidhen me ambalazhimin e medikamenteve.
Taboulet propozoi përdorimin e konceptit të dozës ditore të përcaktuar (*Defined Daily Dose*, ose DDD), që është i përcaktuar për çdo princip aktiv dhe i shprehur në masë substance. Konsumimet maten në DDD për 1000 banorë në ditë. Përftojmë kështu seri kronologjike që janë vazhdime shifrash të observuara në data të ndryshme.
Puna e parë e ekonometristit ka të bëjë me studimin e serive kronologjike, d.m.th. me studimin e ndryshimeve të sasisë së matur në funksion të kohës. Kjo na lejon të përcaktojmë tendencën e këtyre serive dhe të vëmë në pah, kur është e mundur, ndryshimet eventuale të sezoneve.
Njohja e këtyre karakteristikave do të jetë e nevojshme për të parashikuar evoluimin e konsumimit në të ardhmen.

Këto parashikime mbështeten në modelet e probabilitetit, d.m.th. në disa marrëdhënie "sjelljeje" që plotësohen nga një term që quhet "*Aleatuar*" që përmbledh në vetvete mosnjohjen tonë për të gjitha fenomenet që nuk u morën në konsideratë. Për të parashikuar p.sh., konsumimin ambulator në Shqipëri të antibiotikëve sistemike duke u nisur nga shifrat e disponueshme të viteve të mëparshme, do të mund të përdornim (ekonometristi do të thoshte "specifikonim") modelin matematik të mëposhtëm:

Konsumimi në kohën t=a * konsumimin në kohën (t-1) + b + termin aleatuar

Modelet e këtij tipi janë studiuar nga Box dhe Jenkins. Përdorimi i tyre është kompleks, por na lejojnë rezultate të cilat i konsiderojmë si të vërteta dhe që i përftojmë nëpërmjet llogaritjes së saktësië dhe të rrezikut të një gabimi të mundshëm.

Një preokupim i dytë i ekonometristit është vënia në praktikë e teorive ekonomike.
Imagjinojmë se një ekonomist propozon teorinë e mëposhtme:
"Konsumimi i antibiotikëve sistemikë në Shqipëri varet direkt nga buxheti vjetor i firmave farmaceutike për këto produkte dhe nga numri i shqiptarëve të prekur nga gripi çdo vit".
Ekonometristit do t'i duhet të specifikojë një model duke pasur për bazë këtë teori, d.m.th. të zgjedhë variablet "për t'u shpjeguar" (të quajtura variable endogjene), variabël "shpejgues" (ose ekzogjen) dhe marrëdhëniet që lidhin këto variabla midis tyre.
Në shembullin që ne po studiojmë, zgjedhja e variableve është e thjeshtë:
Konsumimi i antibiotikëve sistemikë në Shqipëri në datën *t* i shprehur në DDD/1000 banorë në ditë është variabli për t'u shpjeguar ose endogjen.

Variablet shpjegues ose ekzogjenë janë:

- Buxheti vjetor i industrisë farmaceutike për antibiotikët sistemikë në Shqipëri në datën *t* i shprehur në lekë "konstantë" (d.m.th.i ponderuar nga inflacioni i vitit në fjalë në raport me një vit bazë),
- Numri i shqiptarëve të prekur nga gripi në datën *t.*

Shënojmë respektivisht C(t), P(t) dhe G(t) këto tre variable.

Është i nevojshëm përcaktimi i marrëdhënies që i lidh ato. Teoria ekonomike nuk e përcakton këtë të fundit dhe ekonomistit i duhet të zgjedhë në mes shumë marrëdhëniesh.

Nga më të thjeshtat e tipit:

$$C(t)=aP(t)+bG(t)+c+\text{termin aleatuar}$$

deri tek më të ndërlikuarat si:

$$C(t)=aP(t)^2/3\ G(t)-1+b\ eg(t)\ +c+\ \text{termin aleatuar},$$

por ekzistojnë marrëdhënie edhe më të ndërlikuara.

Zgjedhja që bën ekonometristi merr parasysh rezultatet e analizës deskriptive të të dhënave që ka në dispozicion, vështirësitë teknike që dalin prej specifikimeve të sofistikuara, numrin e observimeve të disponueshme, etj. Ai, gjithashtu, merr parasysh edhe cilësinë e axhustimit që do të realizohet. Në fakt, çdonjëra nga specifikimet e mundshme përmban një term *aleatuar* që përmbledh gabimet e specifikimeve dhe që, për çdo observim, është i barabartë me diferencën midis konsumimit të observuar dhe atij të llogaritur, duke u nisur nga vlerat e observuara të variableve shpjegues.
Në mënyrë intuitive mund të themi se një specifikim "i mirë" është ai për të cilin ndryshimet që përmendëm më lart janë të gjitha shumë të vogla.
Për të vendosur modelin që do të adaptohet dhe për të përcaktuar cilësinë e tij, ekonometristit i duhet të bëjë një tërësi hipotezash mbi shpërndarjen e probabilitetit të termit "të rastësishëm". Këto hipoteza duhet të testohen medoemos dhe rezultati i këtyre testeve statistikore duhet të figurojë në atë të modelit.

Këto hipoteza lejojnë:

- Vlerësimin e modelit, d.m.th. vlerësime të sakta dhe me intervale besueshmërie të parametrave të modelit,
- Testimin e përshtatshmërisë së modelit,
- Testimin e fuqisë shpjeguese të çdo variabli ekzogjen.

Në qoftë se zgjedhim modelin:

$$C(t) = aP(t) + bG(t) + c + \text{termin aleatuar}$$

d.m.th.një model i tipit linear, do të na duhet të vlerësojmë tre parametrat a, b dhe c.

Teknikat e vlerësimit janë klasike dhe të njohura mirë nga statisticienët dhe epidemiologët.
Për të mos dalë nga kuadri i këtij kapitulli, le të kemi parasysh thjesht faktin se për një model të tillë do jetë e përshtatshme të paraqiten jo vetëm vlerësimet e sakta të a, b dhe c, por gjithashtu të bëhet një numër llogaritjesh statistikore si më poshtë:

- Vlera e përllogaritur e koefiçientit të korrelacionit shumëfish (sa më i mirë të jetë modeli aq më afër 1-it është ky koefiçient);
- Vlera P e testit F të Fisherit;
- Vlerat P të testeve të Student-it (që verifikon se secili prej parametrave është i ndryshëm nga zeroja në mënyrë të konsiderueshme, në të kundërt ata do të anullonin parametrin e studiuar);
- Rezultati i testit të Durbin dhe Wadson (që lejon analizimin e problemeve "të autokorrelacionit" të mbetjeve të rastësishme në rastin kur këto mbetje nuk do të ishin edhe aq të rastësishme).

Lexuesi i interesuar mund t'u referohet veprave të shumta statistikore që i kushtohen përdorimit të këtyre teksteve.
Duke u nisur pikërisht nga këta tregues do të vlerësohet teoria e ekonomistit tonë.
Le të supozojmë se koefiçienti “r” i korrelacionit linear shumëfish është i barabartë me 0,85 dhe se vlerat P të testit të Studentit për parametrat a, b, dhe c janë respektivisht 0,7; 0,001 dhe 0,0001.

Çfarë konkluzionesh mund të nxjerrim nga sa më sipër?

Cilësia e modelit duket e mirë (r është relativisht afër vlerës ideale të modelit perfekt që është 1) por nuk mund të hedhim poshtë hipotezën a=0 sepse vlera P e testit të Studentit për koefiçientin a është 0,7 (më e madhe se 0,05 që është limiti i riskut i quajtur *alfa* përgjithësisht i pranuar në statistikë. Duke parë rezultatet e modelit, variabli P(t) (buxheti i promovimit) nuk mund të konsiderohet si një variabël shpjegues i konsumimit të antibiotikëve sistemik në Shqipëri, çka i vë një pikëpyetje të madhe teorisë së ekonomistit tonë!
Ky shembull shumë i thjeshtë tregon se sa të kujdesshëm duhet të jenë diskutimet mbi konsumimin farmaceutik.
Ato duhet të mbështeten në modele të pakundërshtueshme në nivelin e zgjedhjes së variableve të përdorura, të masës së tyre (njësi të zgjedhura, metoda mostrash të përdorura), të specifikimit të modeleve (verifikim hipotezash probabiliste që janë në bazë të modelit, metoda vlerësimi dhe teste statistikore të përdorura).
Ka pak metoda në këtë fushë që respektojnë këto rregulla praktikisht të mira. Nga ana tjetër, ekzistojnë shumë diskutime kontradiktore.
Në fakt, modelet ekonometrike janë shpesh më komplekse se modeli i paraqitur në shembullin më lart që ka të bëjë vetëm me një variabël endogjen dhe që përdor vetëm një ekuacion sjelljeje.
Një shembull i tillë është modeli i Tiboutit që ka për objekt ndërtimin e një treguesi që mat gjendjen shëndetësore të një popullsie. Ai i përket klasës së modeleve të quajtura MIMIC (*Multiple Indicator Multiple Causes*). Ky model mbështetet në idenë e mëposhtme:
Gjendja shëndetësore e një popullsie është rezultantja e një tërësie faktorësh dhe influencon në nivelin e treguesve klasikë të përdorur për të përcaktuar gjendjen shëndetësore të kësaj popullsie (siç janë jetëgjatësia pas lindjes, ose vdekshmëria foshnjore).
Tibouti presupozon se demografia, shërbimi mjekësor, niveli i të ushqyerit të popullsisë dhe shpërndarja gjeografike e saj janë faktorët që influencojnë më shumë në gjendjen shëndetësore të një popullsie.
Specifikimi i modelit, siç e kemi parë, konsiston në zgjedhjen e variableve që do të përdoren, në përcaktimin e statusit të tyre (endogjen apo ekzogjen), si dhe në shtrimin e ekuacioneve të sjelljes që shprehin lidhjet që variablet e modelit kanë midis tyre.
Variablet ekzogjene janë:

- Përqindja e popullsisë së vendit nën moshën 15 vjeç, e quajtur DEMO(i)
- Numri i banorëve për mjek, i quajtur MEDE(i)
- Numri i kalorive në një ditë dhe për çdo banor, i quajtur CALO(i)
- Përqindja e popullsisë urbane, e quajtur URBA(i).

Variablet endogjene janë:

- Jetëgjatësia pas lindjes e quajtur ESPV(i),
- Përqindja e vdekshmërisë foshnjore, e quajtur MORT(i)
- Një tregues i gjendjes shëndetësore të popullsisë së vendit, shënuar me ETAT(i).

Do të vëmë re se të gjitha variablat e zgjedhur mund të maten për çdo vend, përveç variablit endogjen ETAT(i) që nuk është i përcaktuar.
Eshtë pikërisht vetë modeli që do të na lejojë të përllogaritim vlerat e këtij treguesi që rezultojnë vlera të variableve të tjera dhe lidhjet që këto të fundit kanë midis tyre.

Pas përdorimit të modeleve ekonometrike për të parashikuar dhe për të shpjeguar, do të gjendemi përballë një përdorimi të tretë të mundshëm: ndërtimi i variableve latente.
Lidhjet që duhen testuar midis variableve ekzogjene dhe endogjene janë si më poshtë vijon:

- Jetëgjatësia pas lindjes është funksion i përqindjes së popullsisë nën 15 vjeç, i numrit të banorëve për mjek dhe i nivelit të gjendjes shëndetësore të popullsisë.
- Përqindja e vdekshmërisë foshnjore është funksion i përqindjes së popullsisë nën 15 vjeç, i numrit të kalorive për çdo ditë dhe për çdo banor, si dhe i nivelit të gjendjes shëndetësore të popullsisë.
- Niveli i gjendjes shëndetësore të popullsisë është funksion i numrit të banorëve për mjek, i numrit të kalorive për çdo banor dhe i përqindjes së popullsisë urbane.

Na mbetet të përcaktojmë formën e saktë të këtyre lidhjeve. Para së gjithash, për arsye teknike dhe për lehtësi, supozojmë që këto lidhje janë lineare të tipit: $y = ax + b$.
Cilësia e kësaj hipoteze lineariteti duhet të studiohet duke u nisur nga teste të ndryshme statistikore që disponon ekonometristi. Shtrimi formal i ekuacioneve të sjelljes është shumë i lehtë dhe i njëjtë me shprehjen verbale të tre lidhjeve të cituara më lart.

Përftojmë:

ESPV(i) = aDEMO(i) + bMEDE(i) + cETAT(i) + d + termin aletuar

MORT(i) = eDEMO(i) + kCALO(i)+mETAT(i) + termin aleatuar

ETAT(i) = pMEDE(i) + qCALO(i) + sURBA(i) + termin aleatuar

Ku:

A=a	B=b+cp
C=cq	D=cs
E=d	K=e
M=pm	N=k+mq
S=sm	T=n

Termat ALEA janë kombinime lineare të "termave aleatuar".

Është e mundur që të vlerësohen sipas rregullave të “artit” statistikor parametrat A, B,...T të dy ekuacioneve të para të formës së reduktuar të modelit.
Duke u nisur nga këto vlerësime, ekonometristi do të mund (ndonjëherë por jo gjithmonë) të propozojë vlera të caktuara për parametrat e formës strukturore. Kjo etapë është etapa e identifikimit të modelit. Një model është i identifikueshëm kur është e mundur përllogaritja e vlerës së parametrave të formës strukturore duke u nisur nga vlerësimet e parametrave të formës së reduktuar.
Shpesh modelet janë pjesërisht të identifikueshme, d.m.th.vetëm vlerat e disa parametrave të formës strukturore mund të llogariten. Ka mundësi që të jetë megjithatë i mjaftueshëm për objektivin e ndjekur nga modeli.
Eshtë pikërisht ky rast, sepse ne urojmë vetëm të njohim vlerat e parametrave p, q dhe s me qëllim që të llogaritim vlerën e ETAT(i) për çdo vend i. Faktikisht, kjo përllogaritje është e

mundshme sapo njohim MED(i), CALO(i) dhe URBA(i) në sajë të ekuacionit të tretë të formës strukturore të modelit.
Eshtë shumë e lehtë të përllogaritet shprehja e p, q dhe s në funksion të parametrave të formës së reduktuar.
Mjafton të bëhen disa llogaritje matematikore për format e shprehura më lart për të gjetur:

$$p=MD/cS$$
$$q=C/c$$
$$s=D/c$$

Kjo lejon që për çdo vlerë të c të përllogaritet një vlerësim i parametrave në formën e mëposhtme:

$$cETAT(i)=(MD/S)MEDE(i)+C\ CALO(i)+D\ URBA(i)$$

Të fiksosh një vlerë te c është e barasvlefshme me zgjedhjen e një njësie për shkallën në të cilën është matur treguesi. Atëherë, vlera më e përshtatshme është "njësia".
Vlerësuar në një mostër prej 94 vendeve për të dhënat relative në vitin 1973, formula që lejon kalkulimin e ETAT(i) është:

$$ETAT(i)=-0{,}275\ MEDE(i)+0{,}199\ CALO(i)+0{,}100\ URBA(i)$$

Ky ekuacion na lejon të llogaritim një tregues të gjendjes shëndetësore për çdo vend që lejojnë krahasime interesante. Sa më shumë të ngrihet vlera e tij, aq më e mirë do të jetë gjendja shëndetësore e popullsisë së vendit që studiohet.
Për më tepër, kjo marrëdhënie përfundimtare na lejon të përfytyrojmë skenare të ndryshëm, d.m.th. të mund të parashikojmë vlerën e një variabli (për shembull gjendjen shëndetësore të vendit) duke bërë të variojë një tjetër (përqindja e urbanizimit ose numri i kalorive të konsumuara).
Vlera e këtij treguesi të gjendjes shëndetësore për 1973 është e barabartë me 28,4 për Etiopinë, 40, 69 për Çadin, 80, 49 për Irakun, 92, 89 për Zvicrën, 96, 38 për SHBA dhe 98, 58 për Francën.
Në tabelat e mëposhtme do të gjejmë nivelet e gjendjes shëndetësore të 11 vendeve europiane për vitet 1960, 1973 dhe 1980. Modeli është mbështetur (d.m.th. parametrat e ETAT(i) të vlerësuara) mbi të dhënat e 1973:
Në mënyrë të përmbledhur, përpjekja e ekonometristit bën një përdorim të gjerë të metodave të modelizimit, të krijimit të të dhënave dhe të trajtimeve të tyre statistikore.

TREGUES TË GJËNDJES SHËNDETËSORE PËR VENDET EUROPIANE PËR VITET 1960, 1973, dhe 1980

	1960	**1973**	**1980**
Portugalia	80,53	86,57	87,73
Greqia	82,92	90,96	95,46
Spanja	85,95	91,60	96,35
Irlanda	89,91	92,23	96,05
Gjermania	93,50	95,40	98,58
Belgjika	91,95	95,58	98,62

Italia	88,80	95,94	96,63
Franca	95,25	98,58	98,67
Holanda	100,00	99,43	102,60
Mbretëria e Bashkuar	99,84	99,62	99,81
Danimarka	99,20	100,20	99,80

Në këtë pikë, ekonometria qëndron shumë afër epidemiologjisë. Njëra interesohet për fushën e ekonomisë, tjetra për fushën e sëmundjeve por metodat e tyre janë të ngjashme dhe mjetet e tyre janë shpesh të njëjta.

Metoda statistikore: analizat e të dhënave

Metoda ekonometrike mbështetet në një teori që lind një model. Një informacion ndërtohet në mënyrë të tillë që të lejojë vlerësimin e këtij modeli dhe të testojë përshtatshmërinë e teorisë.
Kjo metodë quhet racionaliste dhe u kundërvihet përpjekjeve empirike të analizës së të dhënave. Kjo shpesh quhet ekonometri pa model, atëherë kur përdoret në fushën e ekonomisë.
Analiza e të dhënave përdor gjithnjë një informacion tepër voluminoz gjë që shpjegon mbiemrin "shumë-dimensional" që përdoret dendur për të cilësuar këtë metodë. Bëhet fjalë për një metodologji në thelb përshkruese që sjell sinteza informacioni disponibël dhe vë në dukje fenomenet latente që rezultojnë nga marrja në konsideratë e shumë faktorëve njëkohësisht.
Kundërshtarët e metodës racionaliste tregojnë në përgjithësi një farë përbuzjeje për këtë metodë, por të mos e marrësh fare parasysh do të quhej neglizhencë e një fushe të rëndësishme të statistikës. Në fakt, analiza e të dhënave, e përdorur në limitet e saj, lejon të ndërtohen modele shpesh më rezultative sesa të përpunuarit, duke u nisur nga një teori që nuk mbështetet në studim.
Guitton kujton për këtë çështje imazhin që propozonte Bacon në lidhje me empiristët dhe racionalistët :

"*Empirikët, të ngjashëm me milingonat, nuk dinë veçse të mbledhin dhe të përdorin; racionalistët, të ngjashëm me merimangat, bëjnë rrjeta që i nxjerrin nga vetja. Ndërsa puna e bletës qëndron midis këtyre të dyjave; ajo mbledh materialet e saj mbi lulet e kopshteve dhe të fushave, por ajo i transformon dhe i distilon me anë të një virtyti që është vetëm i saji*".

Dërpjekjet e shkencëtarëve duhet të jenë përpjekjet e bletës dhe nuk duhet të privohen, shpesh për mungesë eksperience, nga metodat empirike dhe racionaliste. Mjetet e privilegjuara të analizës së të dhënave janë analiza me përbërës kryesor dhe analiza e korrespondencave të thjeshta ose të shumëfishta. Ne do t'i ilustrojmë këto dy teknika me anë të shembujve.

Analiza në përbërës kryesore

Për të studiuar evoluimin shoqëror dhe sanitar të vendeve të Amerikës Latine, ekzistojnë për njëzet nga këto vende, vlera të pesë treguesve të matur në vitet 1950, 1960 dhe 1980.
Këto tregues janë konsumimi vjetor i letrës për çdo banor, numri i shtretërve spitalorë për banor, numri i mjekëve për banor, vdekshmëria foshnjore dhe përqindja e analfabetizmit.
Kemi pra përpara nesh një tabelë numrash që përmban 60 rreshta dhe 5 kolona. Ka një rresht për çdo vend në një datë të dhënë: për shembull Argjentina 1950, Argjentina 1960, Argjentina 1980, Kuba 1850, Kuba 1960, Kuba 1980.

Në fjalorin e analizës së të dhënave, këto "vende të datuara" quhen individë. Kolonat u korrespondojnë pesë treguesve që janë zgjedhur dhe që ne do t'i quajmë variabla. Ja një pjesë e kësaj tabele:
Analiza krahasuese e këtyre 20 vendeve për 3 periudhat në fjalë, kërkon studimin njëkohësisht të 300 numrave që përmban kjo tabelë.

Ekstrakt i tabelës së të dhënave sanitare dhe shoqërore për 20 vende të Amerikës Latine

	Letër	Shtretër	Spitali	Mjek	Vdeksh. foshnj	Analfabet
Argjentinë	50	7,8	6,40	128	73,9	13,6
Argjentinë	60	8,3	6,40	130	59,0	8,6
Argjentinë	80	7,4	5,68	187	62,0	6,0
Bolivi	50	0,6	1,80	25	123,1	67,9
Bolivi	80	1,4	4,91	54	151.0	27.0
Brazil	50	1,6	3,40	33	170.0	0.6
Brazil	60	3,3	3,30	40	128.0	39.4
Brazil	80	1,8	3,76	59	95.0	30.0

Duke u nisur nga kjo tabelë mund të dimë:

- Cilat janë vendet që "ngjajnë" në të njëjtën datë ose në data të ndryshme, në lidhje me tërësinë e variableve të mbajtura ?
- Cilat janë vendet që duken qartë se janë të ndryshme?
- Cilat vende kanë pësuar evoluime të ngjashme në kohë, në lidhje me tërësinë e pesë variableve?

Do të ishte e lehtë t'u përgjigjemi këtyre pyetjeve, po të kishim vetëm dy tregues sepse do të mjaftonte të bënim një skicë. Çdo individ (vend i datuar) do të vendosej në një sistem aksesh të *orto-normuara*; do të vendosnim në aksin horizontal të vlerave të treguesit të parë dhe në aksin vertikal treguesin e dytë.

Paraqitja e "resë së pikave": vendet e datuara në hapësirën

Letër-Shtretër

Duhet që dy pika (vende të datuara) që kanë të njëjtat koordinata janë të mbivendosura dhe se individët që ato përfaqësojnë, ngjajnë në mënyrë të përkryer në raport me dy variablet e seleksionuara. Atëherë e kuptojmë me lehtësi që ngjashmëria ndërmjet individëve përfaqësohet nga distanca që i ndan ato. Duke pasur parasysh këtë gjë, do të mund të lidhim vizualisht në grafik vendet që kanë komponente të ngjashëm në raport me dy treguesit e zgjedhur.

Nëse ne sjellim një variabël të ri, është ende e mundshme të paraqitet reja e pikave (koordinatat). Çdo pikë ka tashmë tri koordinata: thuhet se ato janë vendosur në një hapësirë tredimensionesh.
Nëse një variabël i ri futet përsëri, çdo pikë ka atëherë katër koordinata dhe ne duhet të paraqesim një re pikash në një hapësirë të dimensionit të katërt (atë çka nuk dimë ta bëjmë në letër).
Në shembullin që ne trajtojmë, çdo "vend i datuar" zotëron pesë koordinata. Reja e pikave që i përfaqëson qëndron në një hapësirë të dimensionit të pestë. Pra, nuk është e mundur të vizualizohet kjo re, të paktën të sillet në një plan, d.m.th. në një hapësirë me dy dimensione.
Problemi që shtrohet është të nxirret një plan, paraqitjen e një reje pikash të vendosur në një hapësirë të dimensionit më të madh se dy. Në fakt, çdokush ka shpesh rastin të zgjidhë këtë problem praktik. Kjo arrihet sa herë që fotografohen objekte, persona ose një peizazh: këto përbëhen nga pika të vendosura në një hapësirë të dimensionit tre dhe fotografia riprodhon këto objekte në një hapësirë të dimensionit dy.
Sigurisht, informacioni i përmbajtur në një fotografi varet nga këndi i marrjes së pamjes, d.m.th. të orientimit të planit të pelikulës mbi të cilën projektohen fotonet që dalin nga objektet e fotografuara. Parimi i analizës në përbërës kryesorë është i njëjtë. Kërkohet orientimi i planit mbi të cilin janë projektuar ortogonalisht pikat e resë. Duhet të përcaktohet një kriter që lejon zgjedhjen e orientimit më të mirë.
Por, ne kemi vënë re se informacioni që ne na interesonte ishte distanca që ndante "pikat e resë". Ne zgjedhim pra planin e projektimit për të cilin distancat ndërmjet pikave të projektuara janë më përfaqësueset e distancave reale midis pikave.
Teknikisht, kërkohet një plan projektimi në atë mënyrë që shuma e katrorëve të distancave midis pikave të projektuara të marra dy nga dy, të jetë maksimale dhe do ta quajmë këtë plan *kartë faktoriale*.
Është e qartë që disa distanca do të paraqiten mirë, në kohën që të tjera distanca do të paraqiten më pak. Një tërësi përllogaritjesh lejon pra të ndërtojmë disa tregues të destinuar të vlerësojnë cilësinë e përgjithshme të paraqitjes së "resë së pikave" në plan, si dhe cilësinë e paraqitjes së çdo pike të projektuar.
Është tepër e rrezikshme të analizohen grafikët e sjellë nga një analizë në komponente kryesore, pa përdorur këto tregues pasi kjo mund të çojë shumë lehtë në gabime interpretimi.
Është gjithashtu e rëndësishme të kujtojmë se kjo paraqitje nuk është veçse një përshkrim i arritur nga të dhëna disponibël dhe se ajo nuk mund të përdoret asnjëherë për të bërë të vlefshme një teori (ajo vetëm mund ta ilustrojë).

Koordinimi me standardizim

Kontrolli i punës realizohet me anë të mësimit praktik të një serie të saktë detyrash për t'u përmbushur para një problemi të dhënë.
Këtu ka pra fitim *automatizmash* të cilat janë të çmuara në aktivitetet ku koha e reflektimit është e kufizuar (shërbim urgjencash, reaminacioni, kirurgjia, etj.).

Koordinimi me anë të kërkesës për kualifikim

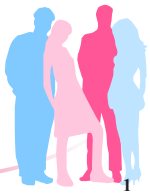
Kjo mënyrë koordinimi pune kërkon një formim paraprak të personelit që përfiton kështu një farë niveli kualifikimi.

Ky tip kontrolli përdoret nga shumica e sistemeve të shëndetit që kanë nevojë për personel të diplomuar në fushën paramedikale dhe medikale.
Këto mënyra të ndryshme koordinimi pune mund të bashkërendohen (një infermiere praktikon akte të standartizuara nën kontroll mjekësor), ose të jenë në oponencë (në spitale, hierarkia mjekësore është në oponencë shpesh me hierarkinë administrative).
Kompleksiteti i marrëdhënies së ndërsjellë i detyrave dhe pushteteve në fushën e shëndetit shpjegon, në një pjesë të madhe, vështirësitë që hasen në koordinimin e mjeteve ekzistuese.
Kështu, metoda organizative konsideron që joefikasiteti i sistemit të shëndetit është për shkak të një mungese koherence midis këtyre elementeve të ndryshme.
Kjo metodë e përgjithshme nuk është e destinuar vetëm për të sjellë një diagnostikim të funksionimeve të këqija të një shërbimi. Ajo është në gjendje të propozojë eventualisht zgjidhje pak a shumë të realizueshme që mund të integrohen, për shembull, në një planifikim kombëtar (program formimi të përsonelit, reformë e spitalit publik, etj.).
Në një organizim shumë të madh dhe kompleks si ai i shëndetit, i cili është i vështirë për t'u reformuar në thellësi, metoda organizative na lejon kështu vënien në dukje të disa shqetësimeve të produktivitetit që mund të përmirësohen në saje të këshillave të thjeshta (përmirësimi i komunikimit në brendësi të këtyre shërbimeve në saje të mbledhjeve periodike, motivimi i personelit paramedikal me anë të rregullimit të orareve, etj.).
Minzberg avancon se një organizim kompleks (si ajo që përfaqëon një sistem shëndeti) imponon një supervizion në adaptim e sipër.
Ky autor propozon kështu studimin e organizatava komplekse sipas pjesëve:

- *Qendra operacionale:* Përbëhet nga anëtarë të organizatës puna e të cilave është e lidhur direkt me përkujdesjen (personeli mjekësor dhe paramjekësor).
- *Maja strategjike* Maja strategjike korrespondon me përgjegjësit më të ngritur të hierarkisë. Bëhet fjalë për qeverinë e një vendi nëse organizimi i konsideruar është sistemi i shëndetit në tërësinë e tij. Nëse organizimi i studiuar është një spital, maja strategjike është përfaqësuar nga drejtimi i përgjithshëm për pushtetin administrativ dhe për pushtetin mjekësor me anë të shefave të shërbimit.
- *Linja e hierarkisë:* Hierarkia përfaqëson tërësinë e personave që ndodhen midis nivelit më të ulët dhe më të lartë hierarkik të organizimit. Në kuadrin spitalor, kjo renditje është dyfish pasi aktiviteti administrativ bashkëjeton me aktivitetin e përkujdesjeve. Çdo element i vendosur në një nivel të dhënë të renditjes hierarkike ka përgjegjësinë e punës për agjentët që evoluon në të gjitha nivelet më të ulëta.
- *Teknostruktura:* Përfaqëson personat që janë ngarkuar të organizojnë punën e të tjerëve. Në fushën e shëndetit, mund të bëhet fjalë për shërbimet ministeriale të planifikimit sanitar ose spitalor, shërbimet e formimit profesional ose marrjes në punë, shërbimet e analizës kontabël ose të administrimit, etj.
- *Njësitë logjistike:* Ato përfaqësojnë shërbimet shtesë që s'merren direkt me prodhimin e shërbimeve por janë të nevojshme në mënyrë indirekte në jetën organizative. Në një spital, njësitë logjistike mund të jenë restoranti i ndërmarrjes, lavanderia, biblioteka, komiteti i ndërmarrjes, pritjes, mirëmbajtjes, dyqaneve në hollin e hyrjes, njësitë e kërkimit, etj. Numri i rëndësishëm i këtyre njësive logjistike në spitale vjen nga një dëshirë fillestare për të fituar një autonomi maksimale përkundrejt shërbimeve të jashtme me qëllim që të kontrollohet më mirë aktiviteti. Aktualisht, kostoja e këtyre shërbimeve shtesë është bërë shumë e rëndësishme dhe njësitë spitalore kanë tendencë që të ndihmohen përherë e më shumë nga shoqëritë e nëntrajtimit.

Metoda organizative konsiston në analizimin e cilësisë së marrëdhënieve midis këtyre pesë elementëve.
Shumë teori i marrin këto raporte në formën e komunikimit, autoritetit, shkëmbimit të të mirave materiale dhe personave etj., sipas një përpjekjeve që mund të nxitet nga shkencat e ekonomisë, sociologjisë, menaxhimit dhe psikologjisë.
Këto inspirime të ndryshme na lejojnë të kuptojmë në mënyra të ndryshme një problem preciz dhe ndonjëherë mund të propozojmë zgjidhje.
Metoda organizative është kështu një mjet origjinal, por ende i vështirë për t'u kuptuar drejt nga joekspertët.
Ajo, megjithatë, mund të përdoret në fushën e shëndetit sa herë që dyshohet për një problem joefikasiteti, d.m.th. mund të përdoret në të gjitha rastet.

Metodat dhe instrumentet e vlerësimit ekonomik



1

Për të bërë të mundur studimin e shëndetit nga pikëpamja ekonomike duhen përdorur instrumente pune të përshtatshme për të studiuar dhe analizuar.



2

Instrumentet e krahasimit:

Studimet kosto-fitim, kosto-efikasitet, kosto-dobi

- Për të vlerësuar një politikë shëndeti, një strategji të ndihmës mjekësore, ose një program parandalimi, duhet të japësh një gjykim mbi vlerën e tyre. Ky përkufizim nuk është shumë i qartë!!!
- Është e rëndësishme të njohësh se kush e bën gjykimin, si është marrë ky gjykim, cila është shkalla e vlerësimit që përdoret dmth cili është "instrumenti" që na lejon të krahasojmë një vendim me të tjerë të mundshëm.

3

Shembull:

- Nëse duhet të vlerësojmë një strategji të ndihmës mjekësore që përdor një specialitet farmaceutik A (pra specialitet A) e krahasojmë me një strategji që përdor një placebo (pra specialitet B). Ose krahasimin mund ta bëjmë me 1 ose më shumë strategji të tjera që përdorin një specialitet konkurues.

- Për të bërë krahasimet midis strategjive të ndryshme përdoren disa kritere si më poshtë:

4

Kriteret u referohen rrjedhojave ekonomike dhe mjekësore

- ***Kriteri 1 (kriteri ekonomik):*** -Shpenzime të kryera nga përdorimi i një strategjie

- ***Kriteri 2 (kriteri mjekësor):*** -Probabiliteti i shërimit

5

Thuhet se:

- Në rastin e kriterit të 1 (pra ekonomik), strategjia A parapëlqehet më shumë se B nëse shpenzimet e vëna për strategjinë A janë më të vogla se shpenzimet e strategjisë B.

- Në rastin e kriterit të 2 (pra mjekësor), strategjia B parapëlqehet më shumë se A, nëse probabiliteti i shërimit kur përdorim produktin B është më i madh se probabiliteti i shërimit kur përdorim produktin A.

6

- Përpilimi i listës së kritereve që do të përdoren në një protokoll vlerësimi përbën një nga fazat kryesore të proçesit të vlerësimit.
- Nuk ka një nomeklaturë të një tipi të vetëm, kjo mund të përpilohet në funksion të problemit që trajtohet.
- Gjatë trajtimit të shembullit hedhim dritë mbi problemet teknike që hasim gjatë përpilimit të proçesit të vlerësimit.

7

Problemi i 1 është i ai metodave të matjes

1. Si mund ta përcaktojmë shumën e shpenzimeve të duhura gjatë përdorimit të një strategjie të dhënë?
2. A mund ta përcaktojmë duke u nisur nga 1 protokoll i ndihmës mjekësore teorike, ose nga studimi i shpenzimeve të kryera mbi 1 grup pacientësh (monstër) të zgjedhur me kujdes?
3. A duhet të përdorim 1 shpenzim mesatar apo ta bazojmë klasifikimin duke u nisur nga cilësitë e shpërndarjes statistikore të shpenzimeve.

8

- Duhet të përcaktojmë protokollin statistikor që do të na çonte në përfundimin se probabiliteti i shërimit me një strategji të caktuar është më i madh se ai i 1 strategjie tjetër.
- Zgjidhja e këtyre problemeve nuk është e thjeshtë; për këtë na vijnë në ndihmë metodat statistikore, kalkulimet e probabilitetit, epidemiologjia dhe ekonometria.

9

Problemi i 2 lidhet transformimin (shëndrimeve) e klasifikimeve të strategjive sipas çdo kriteri

- Ky problem quhet "**agregati i preferencave**"
- Një ndër të parët që e studioi ishte markezi i Condorcet



10

Rezultatet e matjeve në shëmbullin tonë na kanë dhënë.

- Strategjia A parapëlqehet ndaj B–së për kriterin e parë
- Strategjia B parapëlqehet ndaj A–së për kriterin e dytë

11

Cila metodë do na lejonte dhënien e një përgjigje?

- Më e thjeshta e metodave të agregatit i përket ekonomistit italian Pareto (1848-1923):
  - Sipas tij, *A parapëlqehet ose është indiferente ndaj B, në qoftë se dhe vetëm nëse A parapëlqehet ose është indiferente ndaj B.*
- Për të gjitha kriteret e zbatuara në shembull, strategjia A preferohet ndaj B nqs dhe vetëm nëse ajo kushton më pak dhe nëse ajo ka 1 probabilitet shërimi më të madh se strategjia B.
- Kjo proçedurë agregati është e shkëlqyer dhe ka veçse një të metë: që nuk mund të nxjerrim përdundime në disa raste:
  - *Nëse A parapëlqehet në në mënyrë strikte ndaj B për kritetin e 1 dhe B parapëlqehet në mënyrë strikte ndaj A për kriterin e 2.*

12

Cila metodë do na lejonte dhënien e një përgjigje?

- Një tjetër proçedurë është agragati *leksiko –grafik,* që i korrespondon tipit të marrëdhënies midis fjalëve që përdoren në fjalor për ti klasifikuar ato.
- Ajo na lejon të bëjmë një klasifikim, por ka një mangësi: që të imponon përcaktimin e preferencave sipas kritereve të nomeklaturës.

13

Supozojmë se kemi privilegjuar kriterin mjekësor (kriteri 2) ndaj kriterit ekonomik (kriteri 1)

- Mund të themi se A parapëlqehet ndaj B nëse probabiliteti i shërimit kur përdorim strategjinë A është në mënyrë strikte më i madh se probabiliteti i shërimit kur përdorim strategjinë B, ose kur këto probabilitete janë të barabarta nëse shpenzimet e duhura për strategjinë A janë më të vogla ose të barabarta me ato të strategjisë B.

14

Tre proçedurat kryesore të agregatit të preferencave janë:

- ***Metodat kosto – fitim;***
- ***Kosto – efikasitet;***
- ***Kosto – dobi.***



15

Problemet e matjes që mund të shtrojë përdorimi i një kriteri të dhënë:

- ***Problemi i parë*** është ai i shtruar prej hyrjes së dimensionit kohor.
- ***Problemi i dytë*** lidhet me matjen e dimensioneve kualitative si psh: cilësia (vlera e jetës).

16

Për të shqyrtuar problemin e 1 mbështetemi të shembulli:

- Duhen klasifikuar 2 strategji parandalimi të quajtura A dhe B. Zgjedhim midis kritereve të seleksionuara për formimin e nomeklaturës shumën e investimeve të nevojshme për realizimin e tyre. Për këto 2 strategji investimet janë kryer në 2 radhë në të njëjtat data.
- Në datën 1 shuma e investimeve për realizimin e strategjisë A është 100 milion lekë dhe shuma për strategjinë B është 10 milion lekë
- Në datën 2 janë 10 milion për strategjinë A dhe 100 milion për strategjinë B.
- Inflacioni që ndan 2 datat e investimeve ka qenë 0

17

- A mund të arrijmë në përfundimin pra se strategjitë A dhe B janë ekuivalente për kriterin "investim" përderisa shuma e përgjithshme e të 2 investimeve arrin për çdo strategji 110 milionë lekë?
- Ekonomistët i përgjigjen negativisht kësaj pyetjeje. Në fakt në mungesë të inflacionit nuk është e barazvlefshme të zotërosh 1 lek në datën 1 dhe 1 lek në datën 2.
- Nëse kemi 1 lek në datën 1 dhe e fusim në bankë me 10% interesi, në datën 2 banka do të na kthej 1 lek plus 10%, pra 1.10 lekë

18

- Me të njëjtin arsyetim gjykojmë se cila ishte shuma që ne duhet të zotëronim në datën 1 në mënyrë që kjo shumë të jetë e barazvlefshme me 1 lek që disponojmë në datën 2, në rast se dëshirojmë shërbimet e banakierit:

  X + 0.1 = 1 Pra, X = 1/(1+0.1) = 0.91 lekë

- Vlerësimi i fitimit prej këtij leku gjatë një periudhe të caktuar del prej të ashtuquajturës "përqindje e aktualizimit". Nqs mendojmë tja japim hua paratë tona 1 banke me % interesi prej 10%, përqindja e aktualizimit do jetë e barabartë me % e interesit të huasë dmth 10%

19

- Problemi i 2 i matjes që shqyrtojmë është ai i masës në konceptin abstrakt, që karkaterizohet nga shumë dimesione si psh: koncepti "gjendja shëndetësore" ose "cilësia e jetës".
- Këto nocione shpesh përcaktohen nga pyetësorë përkatës.
- Pyetësori na lejon të përcaktojmë disa "tipa" individësh.
- Njerëzit që do ti përgjigjen pyetësorit duhet ta kenë kuptuar në mënyrë të përkryer.
- Pyetësori duhet të jetë i riprodhueshëm dmth të japë të njëjtat rezultate kur përdoret tek persona të ngjashëm .

20

Pyetësori prek 3 dimesionet e cilësisë së jetës:
Lëvizshmëri fizike, mirëqenie, shëndet

- **Pyetja 1:** ***Lëvizshmëria juaj është?***

  a) E mirë, **b)** Mesatare (mjaftueshëm),
  c)E kufizuar, **d)** Shumë e vështirë

- **Pyetja 2:** ***A ndiheni i lumtur?***

  a) Gjithnjë **b)** Shpesh **c)** Ndonjëherë **d)** Asnjëherë

- **Pyetja 3:** ***Shëndeti juaj është?***

  a) I mirë **b)** Mesatar (mjaftueshëm)
  c) Çka (jo keq) **d)** Kalueshëm **e)** Mediokër

21

Pyetësori

- Na lejon të përcaktojmë 64 tipa individësh.
- Këto cilësi: vlefshmëri, riprodhimtari dhe ndjeshmëri duhet të studiohen me kujdes gjatë përpilimit të 1 pyetësori.
- Pyetësori duhet të konceptohet në mënyrë të tillë që të bëhet i mundur përcaktimi i klasifikimit të të gjitha "tipave" të individëve që ai merr përsipër të përshkruajë.
- Një kombinim i përdorur shpesh konsiston në aplikimin e 1 marrëdhënieje që në matematikë quhet marrëdhënie rendore e tipit "superior" ose "e barabartë" që përcaktohet në shumën e numrave realë.

22

Përgjigjeve të mundshme të çdo pyetje i asociojmë 1 nr.

- Mirë = 4 — Mjaftueshëm (masatar) = 3
  I kufizuar = 2 — Shumë i vogël = 1
- Gjithmonë = 4 — Shpesh = 3
  Ndonjëherë = 2 — Asnjëherë = 1
- Mirë = 4 — Mesatar = 3
  Kalueshëm (çka) = 2 — Mediokër = 1

- Pastaj për çdo tip caktojmë një nr të barabartë me shumën e numrave që u bashkëngjiten përgjigjeve të cilat karakterizojnë "tipin" në fjalë

23

Shembull:

- Në rastin e tipit: Lëvizshmëri e mirë, gjithnjë të lumtur, shëndet i mirë kemi këto numra:

4+4+4=12

- Në rastin e tipit: Lëvizshmëri shumë e vështirë, asnjëherë i lumtur, mediokër kemi këto numra:

1+1+1=3

- Meqë 12 është më e madhe se 3 nxjerrim si konkluzion se tipi i parë parapëlqehet më shumë se i dyti
- Në terma matematike ky funksion quhet **funksioni i debisë rendor,** sepse i përcakton gjërat sipas 1 rendi.
- Ndonjëherë mund të përdorim edhe 1 shkallë tjetër dhe të fundit dobie. Bëhet fjalë për shkallën e quajtur "me intervale" që u korrespondon funksioneve të dobisë të ashtuquajtura *neumanienne.*

24

Studimet Kosto – Fitim

- Studimet kosto – fitim kryhen për të realizuar lidhjet që kanë kostot e një veprimi mjekësor me rrjedhojat e tyre të shprehura në vlera monetare. Këto studime përcaktojnë 1 nomeklaturë që i shpreh të gjitha kriteret në terma monetare.
- Për secilin nga këto kritere llogaritet: vlera absolute e diferencës midis modalitetit që ofron strategjia që vlerësohet.
- Kostoja e strategjisë del duke mbledhur vlerat absolute të këtyre ndryshimeve (diferencave).
- Fitimi del duke mbledhur vlerat absolute të diferencave për kriteret.

25

Shembull:

- Duhen vlerësuar 2 strategji parandaluese të osteoporozës nëpërmjet një trajtimi hormonal (zëvendësues) tek gruaja në menopauzë.
- ***Strategjia e parë***: Konsiston në dhënien grave që nuk paraqesin ndonjë kundërndikim të një trajtimi hormonal përgjatë 15 vjetëve duke filluar nga mosha 50 vjeç.
- ***Strategjia 3 dytë***: Ka të bëjë me dhënien e të njëjtit trajtim përgjatë tërë jetës grave të moshës 50 vjeç e lart që nuk paraqesin ndonjë kundër-ndikim.
- Situata e referimit konsiston në faktin që nuk ndërmarrin asnjë veprim.

26

Vlerësimi bëhet nga organizimi që financon ndihmën mjekësore dhe kurën hormonale

- ***Kriteret e seleksionuara janë:***
  - ✓Shpenzimet e shtrimit në spital për kurimin e femurit proksimal.
  - ✓Shpenzimet e ndihmës mjekësore në shtëpi.
  - ✓Shpenzimet e ndihmës mjekësore në institucion.
  - ✓Shpenzimet e trajtimit hormonal e të përkujdesjes mjekësore.

27

Ky model dha rezultatet e mëposhtme:

- Si bazë u mor historia e 100 000 grave
- Strategji e referimit: 670 626 8946 **0**
- Për 15 vjet: 570 563 8746 **515**
- Gjithë jetës: 301 485 8551 **1127**
- Këto rezultate shprehen në milionë lekë

28

Gjatë 15 vjetëve

- Kostoja e strategjisë se trajtimit është:

  0 – 515 = **515**

Pra nga strategjia e referimit merret shifra e fundit minus 3 shifrat e fundit të trajtimit gjatë 15 vjetëve

- Fitimi është: = (670-570)+(626-563)+(8946-8746) =**363**
- Fitimi i strategjisë së trajtimit përgjatë gjithë jetës është i barabartë me: 363 – 515 = 152 milionë lekë

29

Gjatë gjithë jetës

- Kostoja e strategjisë së veprimit:

  0 – 1127 = **1127**

- Fitmi = (670-301) + (626-485) + (8946-8551) = **905**
- Fitimi i strategjisë së trajtimit përgjatë gjithë jetës është e barabartë me:

  905 – 1127 = 222 milionë lekë

30

Duhet të vendosim se cilën nga strategjitë duhet të pëlqejmë:

- Ne duhet të zgjedhim 1 nga 2 proçedurat e quajtura agregate:
  - ✓ ***Agregati kosto –fitim absolut; -***Agregati kosto – fitim absolut konsiston në zgjedhjen e strategjisë që jep fitim më të lartë, dmth diferenca më e madhe midis fitimit dhe kostos.
  - ✓ ***Agregati kosto –fitim relativ;***

31

- Në rastin e 1 agregati *kosto –fitim absolut* parapëlqehet më shumë strategjia përgjatë 15 viteve ndaj stratëgjisë përgjatë gjithë jetës. Pasi kemi 152 milionë lekë në stratëgjinë e parë (gjatë 15 viteve) kundrejt 222 milionë lekë në strategjinë e dytë (gjatë gjithë jetës)
- Agregati *kosto –fitim relativ* konsiston në zgjedhjen e strategjisë për të cilën herësi i kostos mbi fitmin është më i vogël. Në shembullin tonë kemi:
  - ✓ Strategjia e 15 vjetëve: 515 /363 = 1,42
  - ✓ Strategjia e gjithë jetës: 1127 /905 = 1,24
  - ✓ Në këtë rast strategjia gjatë gjithë jetës parapëlqehet më shumë ndaj strategjisë së trajtimit për 15 vjet.

32

Studimet Kosto –Efikasitet

- Studimet kosto –efikasitet hedhin dritë mbi lidhjen që ekziston midis kostove të një veprimi mjekësor dhe rrjedhojave të tij të shprehura në njësi fizike (vjet të fituar, nr i të sëmurëve të shmangur etj).
- Në këto studime përdorim një proçedurë agregati, nomeklatura e të cilit përbëhet nga 1 kriter jomenetar (kriteri i efikasitetit) dhe nga disa kritere, njësitë e të cilave shprehen në sasi monedhe.
- Kriteret monetare përfshihen në një kriter të vetëm që është fitimi i strategjisë në fjalë në raport me një strategji referencë (e pamë si llogaritet agregati kosto – fitim).

33

Rimarrim shembullin

- Shembullit i shtojmë kriterin "jetëgjatësia 50 vjeç" të llogaritur në ditë jete.
- Modeli i Van der Loos na lejon të llogaritim këtë jetëgjatësi për secilën nga strategjitë e shqyrtuara:
  - ✓Strategjia e "të bërit asgjë": 12.143 ditë
  - ✓Strategjia "hormonoterapie përgjatë 15 vjetëve": 12.206 ditë
  - ✓Strategjia "hormonoterapie gjatë gjithë jetës": 12.206 ditë

34

- Fitimet e efikasitetit që i korrespondojnë në këtë rast jetëgjatësisë 50 vjet:
  - ✓Strategjia "hormonoterapie përgjatë 15 vjetëve": = 20 ditë
  - ✓Strategjia "hormonoterapie gjatë gjithë jetës": = 63 ditë
- Në rastin kur e njëjta strategji parapëlqehet në të njëjtën kohë si për kriterin fitim ashtu edhe kriterin efikasitet, nuk mund të kemi probleme për të zgjedhur, pasi kjo strategji na del përnjëherësh më e mira.
- *Në shembullin tonë:*
  - ✓Strategjia "trajtim për 15 vjet" ka një fitim negativ të barabartë me -152 milionë lekë me një efikasitet prej 20 ditësh.
  - ✓Strategjia "trajtimi gjatë gjithë jetës" ka koston më të shtrenjtë (kosto negative -220 milionë lekë), por siguron një efikasitet më të madh =63 ditë.

35

- Dy proçedura janë në dispozicionin tonë për të na ndihmuar të marrë një vendim:
  - ✓*Agregati kosto-efikasitet i marrë mesatarisht dhe agregati kosto-efikasitet marzhinal.*
  - ✓Të dyja këto strategji kanë të njëjtin objektiv: Të dalim në një situatë ku efikasiteti i të 2 strategjive është i njëjtë dhe pastaj ti krahasojmë kostot e tyre respektive
- Në agregatin kosto-efikasitet mesatar supozohet që ky funksion të jetë i tipit linear. Llogaritja e fitimit të 1 njësie efikasiteti dhe strategjia do jetë ajo strategji, fitimi i të cilës për 1 njësi efikasiteti do të jetë më i madhi.

36

Në shembullin tonë:

- Fitimi i një njësie efikasiteti për strategjinë "trajtim për 15 vjet" është: ***-152 /20 ditë = -7,6 milionë lekë***
- Për strategjinë "trajtim për gjatë gjithë jetës" ky fitim është: ***-220 /63 ditë = -3,49 milionë lekë***
- Nqs hipoteza e tipit linear të funksionit pranohet, proçedura e agregatit kosto-efikasitet mesatar na lejon të parapëlqejmë strategjinë e trajtimit gjatë gjithë jetës.
- Në rastet e shpeshta kur kjo strategji nuk mund të përmbushet, mund të përdorim agregatin kosto-efikasitet marzhinal.
- Agregati kosto-efikasitet marzhinal nxjerr vështirësi në vënien në përdorim, sepse ai supozon që fitimet dhe efikasitetet e të 2 strategjive që krahasohen të jenë të përafërta.

37

- Proçedura kosto-efikasitet marzhinal vlerëson se cili do të ishte fitimi monetar i një njësie suplementare efikasiteti për strategjinë e dhënë duke u nisur nga niveli i efikasitetit që ajo ka arritur në rastin e fitimit që studiohet.

- Duke njohur këtë fitim dhe duke supozuar se kostoja ndryshon në një mënyrë lineare në intervalin që ndan nivelet e efikasitetit të dy strategjive, është e thjeshtë të llogarisësh koston e strategjisë 1 për të njëjtin nivel efikasiteti.

38

Studimet Kosto – Dobi

- Studimet kosto – dobi nxjerrin në pah lidhjen midis kostove të një aksioni mjekësor me pasojat e tij të shprehura në variabël cilësor (kualitativ).

- Këto studime përdorin 1 nomeklaturë që përmban më shumë se 1 kriter monetar. Është rasti psh: kur kriterit i bashkëngjitim cilësinë e jetës për këto vite të fituara.

- Metoda e aplikimit më e njohura mban emrin QALY (Quality Adjusted Life Years). Megjithëse e përdorur gjerësisht, kjo metodë është bërë objekt i kritikave të ashpra

39

Metoda Ekonometrike

- Ekonometria është një mënyrë shkecore të vepruari qëllimi i të cilës është identifikimi, shpjegimi dhe parashikimi i fenomeneve të natyrës ekonomike.
- Ajo mbështetet në instrumente të formalizuara për të krijuar, matur, strukturuar dhe modelzuar informacionin që lidhet me këto fenomene.
- Një ekonometrist duhet t'i njohë në mënyrë të saktë konceptet ekonomike me të cilat do të punojë dhe të dijë se në ç'mënyrë do të mund ti llogaritë.

40

Shembull

- Konsumimi farmaceutik është një nga preokupimet e mëdha të organizatave të ngarkuara për financimin e tyre. Lexojmë se në Shqipëri konsumohen shumë ilaçe. Kjo është e vërtetë por duhet provuar dhe kjo nuk është e thjeshtë.
- Më pas duhet të përcaktojmë se në çfarë njësie do të përfshihen seritë kronologjike që i interesojnë ekonometristit: në vlerë, në volum ose në sasi. Dy njësitë e para paraqesin shumë mangësi sidomos kur duam të kryejmë krahasime ndërkombëtare
- Çmimi i ilaçeve në vende të ndryshme është i ndryshëm.

41

- Mbetet të merremi me sasitë. Nr i kutive të shitura përdoret shpesh por kjo njësi krijon probleme që lidhen me ambalazhimin e medikamenteve.
- Taboulet propozoi përdorimin e konceptit të dozës ditore të përcaktuar (Defenid Daily Dose ose DDD) që është i përcaktuar për çdo princip aktiv i shprehur në masë substance. Konsumimet maten në DDD për 1000 banorë në ditë.
- Puna e 1 e ekonometristit ka të bëjë me studimin e serive kronologjike.

42

Aleatuar

- Në studimet ekonometrike termi aleatuar përmbledh mungesën e informacioneve për fenomenet që nuk merren në konsideratë gjatë studimit.



43

1 preokupim i dytë i ekonometristit është vënia në praktikë e teorive ekonomike:

- Një ekonomist propozon teorinë: "Konsumimi i antibiotikëve sistematikë në Shqipëri varet direkt nga buxheti vjetor i firmave farmaceutike për këto produkte dhe nga numri i shqiptarëve të prekur nga gripi çdo vit".
- Ekonometristit do t'i duhet të specifikojë 1 model duke pasur për bazë këtë teori, dmth të zgjedhë variablet "për tu shpjeguar" (të quajtura variable endogjene) dhevariablet "shpjegues" (ose ekzogjen) dhe marrëdhëniet që lidhin këto variabla mes tyre.

44

Në shembullin tonë kemi:

- ***Variabël për tu shpjeguar ose endogjen është:***
  - ✓ Konsumimi i antibiotikëve sistemikë në Shqipëri në datën ***t*** i shprehur në DDD/1000 banorë në ditë. E shënojmë **C(t)**
- ***Variablat shpjegues ose ekzogjenë janë:***
  - ✓ Buxheti vjetor i industrisë farmaceutike për antibiotikët sistemikë në Shqipëri në datën ***t*** i shprehur në lekë "konstantë" . E shënojmë **P(t).**
  - ✓ Nr i shqiptarëve të prekur nga gripi në datën ***t***. E shënojmë **G(t).**
- Zgjedhja që bën ekonometristi merr parasysh rezultatet e analizës deskriptive të të dhënave që ka në dispozicion, vështirësitë teknike, nr e observimeve të disponueshme etj.

45

- Për të vendosur modelin që do të adaptohet dhe për të përcaktuar cilësinë e tij, ekonometristit i duhet të bëjë 1 tërësi hipotezash mbi shpërndarjen e probabilitetit të termit "të rastësishëm". Këto hipoteza duhet të testohen medoemos dhe rezultati i këtyre testeve statistikore duhet të figurojë në atë të modelit.
- Këto hipoteza lejojnë:
  - ✓Vlerësimin e modelit dmth. vlerësime me intervale besueshmërie.
  - ✓Testimin e përshtatshmërisë së modelit.
  - ✓Testimin e fuqisë shpjeguese të çdo variabli ekzogjen.

46

Bëhen edhe 1 nr llogaritjesh statistikore si:

- Vlera e përllogaritur e koefiçientit të korrelacionit shumëfish (sa më i mirë modeli aq më afër nr 1 është ky koefiçient)
- Vlera P e testit të Fisherit,
- Vlerat P të testit të Studentit,
- Rezultati i testit Durbin dhe Wadson (*që lejon analizimin e problemeve "të autokorrelacionit" të mbetjeve të rastësishme në rastin kur këto mbetje nuk do të ishin edhe aq të rastësishme*),
- Pas llogaritjeve të bëra nqs $\alpha \leq 0{,}05$ i pranuar në statistikë themi se ndryshimi është statistikisht i rëndësishëm.

47

- Modelet ekonometrike shpesh janë komplekse si psh modeli i Tiboutit që ka për objekt ndërtimin e një treguesi që mat gjendjen shëndetësore të një popullsie.
- Ai i përket klasës së modeleve të quajtura **MIMIC (*Multiple Indicator Multiple Causes*).**
- Ky model mbështet në idenë: *Gjendja shëndetësore e një popullsie është rezultantja e 1 tërësie faktorësh dhe influencon në nivelin e treguesve klasikë të përdorur për të përcaktuar gjendjen shëndetësore të kësaj popullsie si jetëgjatësia pas lindjes apo vdekshmëria foshnjore*.
- Tibouti presupozon se demografia, shërbimi mjekësor, niveli i të ushqyerit të popullsisë dhe shpërndarja gjeografike janë faktorët që influencojnë më shumë gjendjen shëndetësore të 1 popullsie.

48

Variablet ekzogjenë janë:

- Përqindja e popullsisë së vendit nën moshën 15 vjeç e quajtur **DEMO (i)**,
- Nr i banorëve për mjek i quajtur **MEDE (i)**,
- Nr i kalorive në një ditë dhe për çdo banor i quajtur **CALO (i)**,
- Përqindja e popullsisë urbane, e quajtur **URBA (i)**.

49

Variablet endogjene janë:

- Jatëgjatësia pas lindjes e quajtur ESPV(i),
- Përqindja e vdekshmërisë foshnjore e quajtur MORT(i),
- Një tregues i gjendjes shëndetësore të popullsisë së vendit shënuar me ETAT(i),
- Të gjitha variablet e zgjedhur mund të maten për çdo vend, përveç variablit endogjen ETAT(i)

50

Variablat latentë

- Lidhjet midis variableve ekzogjene dhe endogjene janë:
  - ✓ Jetëgjatësia pas lindjes është funksion i % së popullsisë nën 15vjeç, i nr të banorëve për mjek dhe nivelit të gjendjes shëndetësore të popullsisë,
  - ✓ Përqindja e vdekshmërisë foshnjore është funksion i përqindjes së popullsisë nën 15vjeç, i nr të kalorive për çdo ditë dhe për çdo banor, si dhe nivelit të gjendjes shëndetësore të popullsisë,
  - ✓ Niveli i gjendjes shëndetësore të popullsisë është funksion i nr të banorëve për mjek, nr të kalorive për çdo banor dhe i popullsisë urbane.

51

- Një model është i identifikueshëm kur është e mundur përllogaritja e vlerës së parametrave të formës strukturore duke u nisur nga vlerësimet e parametrave të formës së reduktuar.
- Shpesh modelet janë pjesërisht të indentifikueshme dmth vetëm vlerat e disa parametrave të formës strukturore mund të llogariten.

52

Metoda statistikore: analizat e të dhënave

- Metoda ekonometrike mbështetet në një teori që lind një model. Një informacion ndërtohet në mënyrë të tillë që të lejojë vlerësimin e këtij modeli dhe të testojë përshtatshmërinë e teorisë.
- Kjo metodë quhet racionaliste dhe u kundërvihet përpjekjeve empirike të analizës së të dhënave. Kjo shpesh quhet ekonometri pa model, atëherë kur përdoret në fushën e ekonomisë.
- Analiza e të dhënave përdor gjithnjë një informacion tepër voluminoz.

53

- Kundërshtarët e metodës racionaliste tregojnë në përgjithësi një farë përbuzjeje për këtë metodë, por të mos e marrësh fare parasysh do të quhej neglizhencë e 1 fushe të rëndësishme të statistikës
- Guitton kujton për këtë çështje imazhin që propozonte Bacon në lidhje me empiristët dhe racionalistët:
  - ✓ *Empirikët të ngjashëm me milingonat, nuk dinë veçse të mbledhin dhe të përdorin; racionalistët, të ngjashëm me merimangat, bëjnë rrjeta që i nxjerrin nga vetja. Ndërsa puna e bletës qëndron midis këtyre të dyjave; ajo mbledh materialet e saj mbi lulet e kopshteve dhe të fushave, por ajo i transformon dhe i distilon me anë të një virtyti që është vetëm i saji.*
- Përpjekjet e shkencëtarëve duhet të jenë përpjekjet e bletës

54

Analiza në përbërës kryesorë

- Shembull: Studimi i evoluimit shoqëror dhe sanitar të 20 vendeve të amerikës Latine. Për këto vende janë matur 5 tregues për vitet 1950, 1960, 1980
- ***Treguesit janë:***
  - ✓Konsumi vjetor i letrës për çdo banor
  - ✓Nr i shtretërve spitalorë për banor
  - ✓Nr i mjekëve për banor
  - ✓Vdekshmëria foshnjore
  - ✓Përqindja e analfabetizmit
- Kemi 1 tabelë që përmban 60 rreshta dhe 5 kolona. Ka 1 rrjesht për çdo vend në një datë të dhënë psh Argjentina 1950, 1960 dhe 1980

55

Metoda statistikore: analizat e të dhënave

- Në fjalorin e analizës së të dhënave, këto "vende të datuara" quhen individë.
- Kolonat u korrespondojnë pesë treguesve që janë zgjedhur dhe që ne do ti quajmë variabla
- Analiza krahasuese e këtyre 20 vendeve për 3 periudhat në fjalë kërkon studimin njëkohësisht të 300 numrave që përmban tabela
- Duke u nisur nga tabela duhet të dimë:
  - ✓Cilat janë vendet që "ngjajnë" në të njëjtën datë ose në data të ndryshme në lidhje me tërësinë e variablave të zgjedhur
  - ✓Cilat janë vendet që duken qartë se janë të ndryshme?
  - ✓Cilat vende kanë pësuar evoluime të ngjashme në kohë, në lidhje me tërësinë e pesë variableve?
- Do ishte e lehtë tu përgjigjemi këtyre pyetjeve po të kishim vetëm 2 tregues sepse do të mjaftonte të bënim 1 skicë

56

Paraqitja e "resë së pikave": vendet e datuara në hapsirën Letër-Shtretër

- Duhet që 2 pika (vende të datuara) që kanë të njëjtat koordinata janë të mbivendosura dhe se individët që ato përfaqësojnë, ngjajnë në mënyrë të përkryer në raport me 2 variablet e seleksionuara.
- Atëherë e kuptojmë me lehtësi që ngjashmëria ndërmjet individëve përfaqësohet nga distanca që i ndan ato
- Mund të lidhim vizualisht në grafik vendet që kanë komponente të ngjashëm në raport me 2 treguesit e zgjedhur.
- Problemi që shtrohet është të nxirret 1 plan, paraqitjen e 1 reje pikash të vendosur në një hapsirë të dimensionit më të madh se 2
- Informacioni që na intereson është distanca që ndante "pikat e resë"
- Kujtojmë se kjo paraqitje nuk është veçse 1 përshkrim i arritur nga të dhëna disponibël dhe se ajo nuk mund të përdoret për të bërë të vlefshme 1 teori

57

Koordinimi me standardizim

- Kontrolli i punës realizohet me anë të mësimit praktik të një serie të saktë detyrash për t'u përmbushur para 1 problemi të dhënë
- Këtu ka pra fitim automatizmash të cilat janë të çmuara në aktivitetet ku koha e reflektimit është e kufizuar (shërbim urgjencash, kirurgjia etj)

58

Koordinimi me anë të kërkesës për kualifikim

- Kjo mënyrë koordinimi pune kërkon 1 formim paraprak të personelit që përfiton kështu një farë niveli kualifikimi
- Ky tip kontrolli përdoret nga shumica e sistemeve të shëndetit që kanë nevojë për personel të diplomuar në fushën paramedikale dhe medikale
- Kjo metodë e përgjithshme është në gjendje të propozojë zgjidhje pak a shumë të realizueshme që mund të integrohen psh: në një planifikim kombëtar

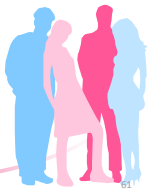
59

Minzberg

- ***Autori propozon kështu studimin e organizatave komplekse sipas pjesëve:***
  - ***Qendra operacionale:*** Përbëhet nga anëtarë të organizatës puna e të cilëve është e lidhur direkt me përkujdesjen.
  - ***Maja strategjike:*** Korrespondon me përgjegjësit më të ngritur të hierarkisë. Nëse organizimi i studiuar është në spital, maja strategjike është përfaqësuar nga drejtimi i përgjithshëm për pushtetin administrativ dhe pushtetin mjekësor.
  - ***Linja e hierarkisë:*** Hierarkia përfaqëson tërësinë e personave që ndodhen midis nivelit më të ulët dhe më të lartë hierarkik të organizimit.
  - ***Teknostruktura:*** Përfaqëson personat që janë ngarkuar të organizojnë punën e të tjerëve.
  - ***Njësitë logjistike:*** Përfaqësojnë shërbimet shtesë që s'merren direkt me prodhimin e shërbimeve por janë të nevojshme në mënyrë indirekte në jetën organizative. Njësitë logjistike mund të jenë lavanderia, biblioteka etj.
- *Kostoja e këtyre shërbimeve shtesë është bërë shumë e rëndësishme dhe njësitë spitalore kanë tendencë që të ndihmohen nga shoqëritë e nëntrajtimit*

60

FALEMINDERIT





Shpenzimet në Sektorin Shëndetësor

1

Shpenzimet në Sektorin Shëndetësor

Sektori i Shëndetit sot ka një ndërhyrje të lartë në të gjitha nivelet e zhvillimit ekonomik.

Merr pjesë në:

1. Në zhvillimin e industrisë farmaceutike (medikamenteve)
2. Në zgjatjen e jetës aktive të individeve duke përmirësuar kështu produktivitetin e punës.
3. Në zhvillimin e vendeve të punës sanitare të lidhur direkt ose indirekt me shëndetin.

2

Metodat e Analizës së Kostove

- Metoda më e përdorur në analizën e kostos spitalore është ajo e ***krahasimit te kostos me sasinë e produkteve të shëndetit***.
- Megjithatë sot, si shëndeti ashtu dhe kostoja spitalore, janë shumë të vështirë të maten nga ana sasiore dhe cilësore.
- Kostoja spitalore e një të sëmuri sot në spital për ditë shtrimi llogaritet, por nuk mund të llogariten me saktësi shpenzimet ditore të medikamenteve, materialeve sanitare apo dhe të ekzaminimive të ndryshme që do të kryhen.
- Kjo sjell si rrjedhojë marrjen në konsideratë të një kostoje mesatare të sëmundjeve përballë konsumimeve të krahasueshme.

(*Vështimin e* ***grupeve homogjene të të sëmurëve***).

3

Metodat e Analizës së Kostove

- Një tjetër metodë që mund të masë koston spitalore është ajo e ***llogaritjes matematike të relacionit***.
- Cilësia e relacionit matematik verifikohet nga faktet që gjejnë një tregues mbi drejtësinë e lidhjeve midis mjeteve e rezultateve.
- Modeli më i thjeshtë është modeli i quajtur **linear** që bazohet mbi relacionet e formës:

$$Y = AX + B$$

4

$$Y = AX + B$$

Ku:

Y = numri i pacientive që kanë nevojë për një operacion në vit psh: *fraktura e kolonës*

X = sasia e personelit që punon në këtë operacion ortopedik

A & B = vlerat e koeficientëve të viteve të mëparshme.

Kjo formulë llogarit vlerësimin e pacientëve që mund të operohen. p.sh. *Fraktura e kolonës gjatë një viti* ***(Y)*** *në funksionin e vlerave të ndryshme të supozuara të sasisë së personelit të nevojshëm* ***(X)***.

5

Evolucioni i Shpenzimeve në Shëndet

Çfarë është Evolucioni i Shpenzimeve?

- Është proçes-verbali i evolucionit progresiv të shpenzimeve në shëndet që lejon në të vërtetë zhvillimin e ekonomisë së shëndetit.
- Bëhet fjalë për një fenomen botëror që përfshin vendet e zhvilluara dhe ato në zhvillim. Të gjitha vendet pësojnë kështu progresin e kostos së shëndetit edhe pse kostoja u nënshtrohet modaliteteve të ndryshme.
- Është zakonisht konstante që rritja e shpenzimeve të shëndetit rriten me pasurimin e vendeve, duke përbërë një tregues të zhvillimit ekonomik.

6

▪Rritja e shpenzimeve sot si në vendet e varfra ashtu edhe në vendet me zhvillim të mirë ekonomik është gjithmonë në varësi të të ardhurave ekonomike.

▪Sot problemi më i rëndësishëm është ai i ***kontrollit të kostos*** në rritje të pandërprerë të një mjekësie gjithmonë e më efikase në të cilën gjen shpëtim gjithnjë e më shpesh popullata.

▪Kostoja mund të rritet në mënyrë të rëndësishme në kohë, në vlerë absolute, por mund të zvogëlohet në vlerë relative nëse bëhet: *p.sh.kurimi i mirë i shumë pacientëve.*

7

Si mund të shpjegohet ngritja e kostos?

Pergjigja:

1. Nga shfaqja konstante e teknikave të reja që kërkojne një specializim në rritje të prakticienëve dhe zhvillimin e medikamenteve të reja, pa tërhequr kështu të vjetrit që janë në treg.
2. Me rritjen e kërkesës në shëndet nga ana e popullatës që përfiton gjithnjë e më tepër nga kontratat e sigurimit publik të të sëmurëve, parapublik ose privat duke u rritur kështu % e të moshuarve (*rritja e frekuences se patologjive kronike dhe te kushtueshme*).

8

Si mund të shpjegohet ngritja e kostos?

3. Nga stili i jetesës që i kushton një rëndësi gjithnjë e më të paktë mënyrës së ushqimit, por një rëndësi gjithnjë e më të madhe argëtimit & shëndetit.
4. Nga shfaqja ose theksimi i fatkeqësive të reja (*psh: SIDA*)
5. Nga zhvillimi i rëndësishëm i demografisë medikale, përgjegjës i një kërkese induite.
6. Nga medikalizimi i fortë i problemeve sociale lidhur me mungesën e strukturave “adapte” të pritjes.
7. Nga zhvillimi i tepruar i formave të shpenzimit të kotë.

9

Si mund të shpjegohet ngritja e kostos?

- *Të gjitha politikat e rregullimit të progresionit të shpenzimeve në shëndet përpiqen të marrin në konsideratë secilin nga këta elemente.*
- *Ato janë në të gjitha rastet delikate për tu venë në funksionim sepse sistemi shëndetësor është një fushë interesash si politike ashtu dhe ekonomike.*
- *Pra, rritja e kostos së shëndetit është e tepruar sepse ajo reflekton direkt evoluimin e shoqërive. Si rrjedhojë shpenzimet shëndetësore të një ekonomie janë tregues zhvillimi të ekonomisë.*

10

Problemi i Tarifikimit

Përpunimi dhe vendosja e politikës së tarifikimit në fushën shëndetësore ofron disa ***avantazhe***:

1. Përbën një bazë pagese për punën e profesionistëve të shëndetit.
2. Lejon krahasimin e akteve dhe shërbimeve midis tyre.
3. Lejon, nëpërmjet fiksimit të çmimeve, homogjenizimin e cilësisë së shërbimeve.

- Në sistemin shëndetësor çmimet nuk ekuilibrohen sipas ofertës dhe kërkesës sepse fusha e shëndetit është varur nga një sistem monopol dhe individët përfitues nuk kanë informacion që lejon vendosjen e konsumit, kështu që ato nuk suportojnë në mënyrë direkte shpenzimet në sajë të siguracioneve të sëmundjeve.

11

Tarifikimi në Praktikën Spitalore

Në praktikën spitalore mjekët kanë interes për tarifa të larta me qëllim që të garantohen të ardhurat e tyre, ndërsa sigurimet shoqërore tregojnë tarifa të ulura me qëllim që të ekuilibrohet buxheti i tyre (*psh. sistemi shendetesor francez*).

Krijohet kështu një raport force i cili :

1. Nëse tarifat ulen, mjekët kërcënojnë të kompromentojnë cilësinë e kujdesit.
2. Nëse tarifat tentojnë të rriten, sigurimet kërcënojnë të zvogëlojnë dëmshpërblimet e riskut të sëmundjes.

Disa vende si Gjermania, përdorin një tarifikim zvogëlues.

12

Tarifikimi në Praktikën Spitalore

- Rivleresimi i dobet i tarifave, nxit prakticienet te modifikojne konsultimet, me qellim uljen e kostos kushtuar klientit, dhe ruajtjen e te ardhurave te tyre.
- Por, perballe interesave divergjente, krijohen pakenaqesira dhe padrejtesi, sa here qe rishikohen listat e tarifikimit.
- Mjeket, perballe tarifave te fiksuara teper te uleta, nxiten drejt nje regjimi "jashte marreveshjes", i ngjashem me tregun e "lire".
- ***Disa vende si Gjermania, përdorin një tarifikim zvogëlues.***

13

Tarifikimi në Mjedis Hospitalorë

*Në praktikën hospitalore tarifikimi ka shumë **probleme**, pasi:*

1. Pjesa më e madhe e spitaleve publike në botë subvencionohen tërësisht nga shteti, regjioni, komuna ose organizata bamirësie.
2. Funksionimi i spitaleve evoluon në mënyrë të konsiderueshme në kohë.
3. Sistemi qe perdoret, eshte ai i cmimit per dite qendrimi (duke perfshire te gjitha sherbimet), nderkohe i semuri nuk kerkon gjithe kohes kujdes ne te gjitha sherbimet.

Spitalet sot deri në një farë mase zvogëlojnë shpenzimet e tyre meqë numri dhe zgjatja e shtrimit në spital zvogëlohen.

14

Interesi i Sistemeve të Informacionit

- Në vazhdim të vënies në jetë të ***reformës franceze të buxhetit global spitalor*** u bë e nevojshme vendosja e **indikatorëve** që lejojnë vlerësimin e aktivitetit mjekësor të çdo institucioni.
- ***Programi i Medikalizimit të Sistemit të Informacionit të Spitaleve*** (PMSI) i përgjigjet objektivit për furnizimin me informacione mbi aktivitetin mjekësor të institucioneve duke siguruar një argument më konstruktiv tek autoritetet e tutelës për të negociuar kërkesat e ardhshme buxhetore.

15

Interesat e PMSI

✓Shërben në identifikimin e treguesve mjekësore të "prodhimit" spitalor e cila lejon një adaptim më të mirë të donacioneve buxhetore globale për çdo spital (*negociatat ekonomike te brendshme/jashtme*).

✓Mund të shërbejë në brendësi të spitalit për të orientuar shpërndarjet e mjeteve brenda shërbimeve mjekesore.

✓Departamentet e informacionit mjekësor kanë lejuar spitalet të pajisen me praktikën mjekësore të specializuar në fushën e shëndetit publik dhe oportuniteti përmbush vonesën e sistemit spitalor në këtë fushë.

✓Përmirësimi i administrimit të informacioneve mjekësore nis gjithmonë me përdorimin e kontabilitetit analitik objektivi i të cilit është afrimi me i mirë i shpenzimeve me unitetet e prodhuara, duke berë të mundur të përcaktohet një çmim për një strukturë spitalore të dhënë.

✓Aplikimi i medikalizimit të sistemeve të informacionit duhet në fund të kalojë kuadrin e thjeshtë të ditë-qëndrimit të shkurtër për tu adaptuar në spitalet me ditë-qëndrim mesatar.

16

Përqasja e kostos me sëmundjen

Problemi i kostos së sëmundjes është një fushë mjaft e rëndësishme e ekonomisë së shëndetit.

Kostot ndahen në:

1) **Kostot Direkte** – përfaqësojnë atë të kujdesit të konsultimeve, medikamenteve të shtrimit në spital, shpenzime transp. etj.

2) **Kostot Indirekte** – përfaqësojnë atë fakt të shprehur në unitete monetare të punës potenciale që do të kishte mundur të bënte pacienti, nëse s'do të ishte i sëmurë. Kuptohet se këto kosto përbëjnë mbi te gjitha kategoritë e popullatës që kanë një funksion prodhues për shoqërinë, që do të thotë ***popullata aktive***.

17

"*Gjykatësit vlerësojnë detyrimin e një fajtori në shumën që viktima ose familja e tij do të kishin vënë në dispozicion për të evituar fatkeqësinë*".

Maimonie (1135 – 1204)

"Një jetë s'vlen asgjë, por asgjë s'vlen një jetë".

Andre Malraux

18

•**Kostot Direkte** – Përfaqësojnë shpenzimet që bëhen për shkak të një vdekjeje. Këto përfshijnë shpenzimet e varrimit (transferimi i trupit, funerali), por gjithashtu shpenzimet konsekutive të vdekjes (objektet ose shpenzime policie etj).

•**Kostot Indirekte** – Korrespondojnë me ***humbjet produktive*** d.m.th. të punës dhe të të mirave që individi do të kishte mundur të prodhonte nëse sdo të kishte vdekur. Kjo kosto varet nga vlera e përqindjes së papunësisë së shoqërisë, meqë një individ aktiv mund të zëvendesohet automatikisht nëse puna është e rrallë. Ky fenomen zëvendësimi bën që të mos ekzistojë asnjë humbje prodhimi për kolektivin.

•Llogaritja e kostos indirekte përdor të njëjtat parime si ato që ne kemi evokuar në paragrafet paraardhës në lidhje me koston indirekte të sëmundjes.

19

Diferenca midis shpresës për jetë në moshën e vdekjes do të merret në konsideratë për të vlerësuar kohën e mundshme të jetës së munguar.

Në këtë mënyrë është e mundur të llogaritet një kosto jete që është e njëjtë me koston e vdekjes.

PSH:

Le të supozojmë që ndërtimi i një shërbimi të vogël reanimacioni kushton 10 milionë lekë dhe do të lejonte shpëtimin e jetës së 100 pacientëve në vit. Nëse kostoja e funksionimit të shërbimit është 1 milionë lekë vitin e parë të funksionimit, kostoja mesatare e një jete të shpëtuar është: **(10 + 1) million / 110.000 lekë**

20

Ose, financimi i këtij projekti konkurron me ndërtimin e një qendre vaksinimi infantile. Ndërtimi i kësaj qendre kushton 500.000 lekë dhe shpenzimet e funksionimit për 1 vit vlerësohen 150.000 lekë.

Aktiviteti i kësaj qendre do të shmangë 1.00 vdekje në vit të shkaktuara nga fruthi.

Kostoja mesatare e një jetë të shpëtuar është:

(500.000 + 150.000) leke / 1.000 = 650 lekë

Kështu, ai që vendos për këto dy projekte do të ketë në dispozicion të dhëna në shifra. *Projekti i parë* lejon të shpëtohet një jetë humane për 110.000 lekë, ndërsa *projekti i dytë* kushton vetëm 650 lekë, d.m.th. 170 herë më pak. Llogjika ekonomike favorizon projektin që shpëton më tepër *"jetë"* për sa më pak harxhime, që do të thotë për shembullin tonë është *qendra e vaksinimeve*.

21

✓Duhet shënuar që llogaritja e kostos mesatare të një jete humane të shpëtuar për të ndriçuar zgjedhjen e atij që vendos është këtu një kombinim për të paraqitur një sinteze të informacioneve mjekësore dhe ekonomike. Kjo sinteze është krejt e justifikuar me rastin që studiohet.

✓Por, *projekti i dytë* është më i mirë se i pari në bazë të kritereve të zgjedhura për krahasim (kostoja dhe numri i jetëve të shpëtuara). Është më i mirë meqë këto dy kritere u morën në konsideratë. Njëkohësisht, projekti i 2-të dominon projektin e parë sipas parimeve të ***ekonomistit Pareto***.

22

FALEMINDERIT

23

TEMA 5

METODAT E PAGESËS SË OFRUESVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Në shumicën e vendeve të botës, pjesën dërrmuese të fondeve të shëndetësisë e përbëjnë *pagesat e personelit*. Ka menyra të ndryshme për të paguar ofruesit e shërbimeve shëndetësore, qofshin këta mjekë të veçantë apo spitale. Mënyrat e kryerjes së pagesave janë të rëndësishme pasi ato ndikojnë si në motivimin e personelit shëndetësor, ashtu edhe në çvendosjen e rrezikut financiar mbi aktorët e ndryshëm tënjë sistemi shëndetësor. Kështu psh, dihet që vendimet për mënyrën e trajtimit, sasinë e shërbimeve, sasinë dhe llojin e barnave etj, i marrin ofruesit e shërbimeve, duke ndikuar drejtperdrejt në koston e shërbimeve, efiçiencën e tyre si dhe në aspektin e barazi/drejtësisë. Është e kuptueshme që menyrat e pagesës ushtrojnë një ndikim të madh tek sjellja e mjekëve apo e personelit tjetër, duke i nxitur ata që të kryejnë me shumë ose më pak shërbime.

Nga ana teorike, doktori nuk duhet të lejojë që vlerësimet financiare të ndikojnë në mënyrën e ushtrimit të profesionit të tij. Nga etika profesionale, ai duhet të sillet si një prift. Por, jo të gjithë doktorët u përmbahen parimeve etike. Prej këtej lind nevoja për të studiuar stimujt financiarë të sistemeve të ndryshme të pagesës së mjekëve. Cilat sisteme të pagesës përkrahin një praktikë mjekësore të mirë, nxitin doktorët që të hyjnë në ato specialitete dhe zona gjeografike ku janë më të nevojshme, dhe vazhdimësinë e lidhjeve mjek/pacient.

Tradicionalisht, mjekët punonin në bazë të një pagese për shërbimin dhe përcaktonin pagesën sipas aftësisë së pacientit për të paguar. Detyrat maksimale të një mjeku të caktuar vareshin nga kërkesa për shërbimin e tij nga ana e atyre në gjendje për të paguar shumë. Diskriminimi ndaj këtij shpërblimi akoma ekziston në mjaft vende. Në Shtetet e Bashkuara, sidoqoftë, tashmë është tepër e zakonshme që një mjek të ketë një listë pagesash që vlejnë për të gjithë pacientet e tij. Për më tepër, niveli i pagesave ka tendencë që të bëhet standard në secilën zonë (më i lartë në zonat e zhvilluara se ato të varfra).

Përpara mbërritjes së shërbimeve të qeverisë dhe sigurimit shëndetësor dhe kur mjekët nuk ishin të gatshëm të ofronin shërbime pa para, pacientët në shumë raste i përdornin mjekët që ata zgjidhnin për t'u vizituar duke u mbështetur në aftësinë për të paguar. Ndërkohë që të pasurit vizitoheshin tek mjeku sa herë që dëshironin, të varfrit shkonin vetëm në raste sëmundjesh ekstreme. Gjatë trajtimit të një pacienti të varfër mjeku merrte parasysh aftësinë e tij për të paguar, sepse, nëse medikamentet që i rekomandonte pacientit konsumonin të gjitha burimet financiare të pacientit, atëherë fatura qe nuk do të paguhej (ose do të paguhej vetëm pas një vonese të madhe),do të ishte pikërisht ajo e mjekut.

Në një treg privat mjekësor, mjeku që ka kërkesa të mëdha nuk ka nevojë që të ofrojë shërbime jo të domosdoshme. Ai mund të rritë të ardhurat thjesht duke ngritur nivelin e pagesave. Puna e tij do të kufizohet vetëm tek ata që kanë mundësi të paguajnë aq sa ai kërkon. Ashtu si mjekët, brenda kufijve, mund të bindin pacientët që të pranojnë dhe të paguajnë për më tepër shërbime se nevojiten, këto të fundit hyjnë në hapësira ku mjekët janë me tepricë nga ku mund të përfitojnë ulje të tarifës së shërbimit. Atje ku pacientët kanë për të paguar faturat e mjekëve të tyre, sasia e shërbimeve të panevojshme kufizohet të paktën për disa pacientë dhe disa sëmundje-nga gatishmëria për të paguar. Por kur faturat e mjekëve paguhen tërësisht nga sigurimi shëndetësor, ky kufi nuk shërben më. Ndërkohë që kërkesa nga pacientët për një shërbim nuk do të kufizohet, ajo që bëhet kritike është numri i shërbimeve që mjekët bindin pacientët që "nevojiten". Kjo varet edhe nga numri i mjekëve, shtretërit e spitalit dhe të tjera lehtësi në secilën fushë (zonë). Por, e rëndësishme është gjithashtu mënyra se si paguhen mjekët.
Mënyrat kryesore të pagesës të përdorura nga sherbimet e qeverisë dhe agjencitë e sigurimit shëndetësor janë pagat, vlerësim me baza numerike dhe pagesa për shërbim. Zgjedhjet që janë bërë ndërmjet këtyre mënyrave të pagesës në vende të ndryshme, janë ndikuar fuqimisht nga sistemi i pagesës që ekziston akoma.

Pagesa për shërbim nga sigurimi shëndetësor

Në një sistem të unifikuar të sigurimit shëndetësor që ka për qëllim t'u japë pacienteve të drejta të barabarta për shërbimet, është e vështirë të justifikohet ndonjë ndryshim në shpërblimin e mjekëve të ndryshëm për të njëjtin shërbim-përveçse kur mjekët kanë kualifikime të ndryshme (psh.specialistët) ose nga një tregues i qartë i rangut (psh. profesorë, stafi i mësimit në spitale, etj.).
Derisa niveli i shpërblimit të jetë më i lartë për çdo mjek, paraqitja e shpërblimit standard nga sigurimi shëndetësor është e pritshme që të "përkeqësojë" shumë mjekë. Ata që më tepër priten të përkeqësohen janë elementët drejtues të profesionitata që dëgjohen dhe kanë influencë më tepër.
Një zgjidhje e këtij problemi është që të përjashtohen grupet me të ardhura më të mëdha nga anëtarësimi i sigurimit shëndetësor të detyrueshëm, në mënyrë që mjekët më të paguar të mund të vazhdojnë profesionin privatisht në mes më të mirëve. Kjo formë aplikohet akoma në Gjermani dhe Holandë. Zgjidhja u kundërshtua në Britaninë e Madhe më 1948, pavarësisht nga kërkesa e madhe për të nga vetë profesioni. Të gjithë popullatës i'u dha e drejta për të përdorur Shërbimin Shëndetësor Kombëtar, kështu që ata ishin të lirë të paguanin për mjekime private, nëse dëshironin. Të ardhurat nga mjekimet private ndihmuan për të ruajtur diferencat ekzistuese në të ardhurat e mjekëve të ndryshëm. Megjithatë në Britani, ishte fare qartë, por jo i plotë, dallimi ndërmjet praktikantëve të përgjithshëm dhe specialistëve. Mjekët më të paguar ishin specialistët dhe ata mund të paguheshin mbi një mënyrë të veçantë e cila përfshinte pagesat shtesë për specialistët që konsideroheshin me një meritë të shquar.

Kur Kanadaja përmirësoi sigurimet shëndetësore për shërbimin e mjekëve, një sasi e madhe e mjekëve ishin specialistë dhe praktika e përgjithshme u ul me shpejtësi. Dëshira e madhe e profesionit për pagesat për shërbimin kufizoi përhapjen, nga e cila mjekët më prestigjozë mund të paguheshin më tepër, përveç atëherë kur ata pranonin të ndërmerrnin shërbime të mirëpaguara.
Një zgjidhje fillimisht e përshtatur nga *Medicare* në Shtetet e Bashkuara ishte që të lejonte mjekun që t'i ngarkonte fondit të sigurimit tarifën (pagesën) e zakonshme. Për më tej, ajo u përshtat në një situatë të tillë që administrata kishte njohuri të kufizuara për tarifat (pagesat) e zakonshme të rreth 300,000 mjekëve që punonin në Shtetet e Bashkuara, që varionte mjaft. Ky sistem ishte i prekshëm nga abuzimet dhe solli mekanizma kompleksë të mbikëqyrjes dhe deklarata kontrolli për pagesën.
Një zgjidhje e tretë, përshtatur në Suedi, Australi dhe Zvicër, dhe fillimisht në Francë, është që t'i rimbursojë një pagesë standarde pacientit për shërbime të caktuara, duke lënë mjekun të lirë për të punuar. Rreziku i këtij sistemi është se mund të ndodhë që disa mjekë të rritin pagesat e zakonshme-me ekstreme kur shtojnë pagesën nga fondi i sigurimit mbi pagesën që i marrin pacientit-pra duke e lënë pacientin jo më mirë se më parë, në të vërtetë më keq akoma nga kostoja e kontributit të sigurimit. Prirja për këtë gjë erdhi në sistemin europian të rimbursimit të sigurimit shëndetësor. Megjithatë, në Suedi mjekët u përgjigjen me një rezervim të konsiderueshëm.
Në Francë, qeveritë që pasuan u përpoqën për 20 vjet që të siguronin që mjekët të mos merrnin më tepër se pagesat për shërbimet nga sistemi i sigurimit shëndetësor. Derisa erdhi De Gaulle në fuqi, në situatën e veçantë politike më 1958, u vunë në vijë të gjitha provincat e Francës. Lëshime i'u bënë grupeve të veçanta të mjekëve, profesorëve dhe shefave të organikave, atyre që kishin bërë kurse pasuniversitare dhe disa specialistëve të tjerë. Këta u lejuan që të merrnin më tepër.
Negocimi për pagesat që duhet të bëhen për shërbime të veçanta mjekësore është një operacion mjaft kompleks dhe për këtë arsye kontrolli i pagesave për faturat e mjekëve në bazë të një liste çmimesh kërkon një kosto të madhe administrative. Disa skema kanë lista me mijëra shërbime të ndryshme dhe çmimet për to. Kjo është thelbësore kur duhet të merren masa për pagesën e çdo lloj procedure mjekësore, dhe shërbimet e specialistëve paguhen në këtë mënyrë. Suedia ka luhatje të vogël për çmimet sepse proçedurat me komplekse ndërmerren nga mjekë rrogëtarë që punojnë në spital.
Modeli i përgjithshëm me sigurimin shëndetësor duke përdorur pagesën e çmimit për shërbim është për çmime standarde që paguhen për secilin shërbim me fjalë të tjera për mjekë që paguhen në bazë të pjesës së punës. Megjithatë, kjo krijon një stimul për mjekët që të zmadhojnë numrin e shërbimeve për të cilat duhet kërkuar pagesë. Atje ku mjekët kanë ofertë të ulët, i nxiton ata që të vizitojnë sa më shumë pacientë. Atje ku ka mungesë pacientësh, është më e mundur që të ketë rritje të shërbimeve për pacientët dhe vizita të shkurtra e të shpeshta sesa kontrollë më të plota por të rralla. Kjo mund të bëjë që pacientët të konsultohen me mjekë të ndryshëm për të njëjtën sëmundje.
Kështu, pagesa e taksës për shërbim ofron më pak presion për një shpërhapje të barabartë gjeografike të mjekëve. Një mjek mund të hyjë në një zonë të mbipopulluar nga mjekët dhe përsëri të gjejë një punë. Ai do ta ketë më të lehtë nëse ka një kualifikim

specialisti. Sa më tepër mjekë të ndodhen në një zonë, aq më tepër shërbime u ofrohen pacientëve. Mjeku i ri mund të përshtatet shpejt në një zonë pak të populluar nga mjekët, por paratë që ai mund të fitojë kufizohen nga shërbimet që ai do të ofrojë. Në Suedi, mjekët, që të ushtrojnë profesionin në zonat e largëta nxiten nga rrogat *part-time*. Ata e plotësojnë rrogën me pagesat për shërbime. Nuk ndodh kështu në Francë, Gjermani ose Zvicër. Në Francë, ka ndryshime zonale për taksat të mbështetura në ndryshimet në paga dhe të kostos së jetesës. Kjo i konsolidon forcat që drejton mjekët në zonat më të zhvilluara. Në të njëjtën mënyrë, në Gjermani e Zvicër fondet publike për të semurët mund të paguajnë më tepër shpërblime dhe kështu i paguajnë mjekët më tepër.
Kur mbi listën e çmimeve jepet një pagesë shtesë për procedurat e ndërmarra, theksi i konsultimit shndërrohet më tepër në veprim, sesa vetëm në vëzhgim dhe dëgjim. Sa më shpejt vendos mjeku të ndërhyjë, aq më e lartë është pagesa dhe, sa më shumë ai ndërhyn, aq më tepër ai mund të kërkojë. Për të ndërmarrë procedura të caktuara, mjekut i duhet të blejë pajisje speciale. Pasi blihen, sa më shumë që të përdoren aq më shpejt me të nxirret kostoja e tyre. Nëse paguhet për një injektim, por asgjë për një recetë, ka një stimul për injektimet. Gjithashtu, ka një stimul financiar që pacientët të mos drejtohen tek specialistët. Kështu, mjekët mund të kërkojnë të interpretojnë testet diagnostike për të cilat kanë pak aftësi dhe të ndërmarrin proçedura për të cilat të mos jenë në lartësinë e duhur. Taksa për shërbim mund të sjellë specializim të ulët për specialitetet dhe kështu me pak mundësi për t'u bërë më të aftë në proçedura të veçanta kirurgjikale. Anasjelltas, mund të sjellë specializim të lartë në mënyrë që kujdesi mjekësor të "copëtohet" në një shumëllojshmëri shërbimesh të ofruara nga një numër i madh specialistësh të ndryshëm.
Një mjek në ushtrimin privat mund të fitojë nga kriteri i kohës; ai ka përparësinë që të vizitojë më pak pacientë për më gjatë dhe të marrë më tepër. Kjo përparësi nuk vlen kur kemi të bëjmë me sigurimin shëndetësor kombëtar me pagesën e taksës për shërbim dhe rroga standarde, ndërkohë që administratorët kërkojnë lista me përcaktime të qarta të bazuara në fakte që mund të kontrollohen lehtë. Pagesa në bazë të kohës mund të rritë kostot dhe të sjellë pakësimin e mjekëve. Atje ku paguhen taksa standarde, mjekët që harxhojnë më tepër kohë duke u përpjekur dhe kuptuar problemin emocional të pacientit kanë disavantazhe financiare. Inspektimet mjekësore sistematike janë gjithashtu një konsum kohe dhe kështu është edhe marrja e anamnezës.Të dyja këto dekurajohen nga taksa për shërbim, dhe sistemet e pagimit kur taksat janë standarde. Në anën tjetër, vizitat pasuese për të parë suksesin e trajtimit janë të shpejta dhe shpërblyese. Kështu ndodh me vizitat para dhe pas lindjes, në të cilat pjesa më e madhe e kujdesit ofrohet nga para profesionalët e trajnuar. Pacienti, i cili nuk është i sëmurë, por thjesht kërkon një çertifikatë sëmundjeje për të përfituar para, është më shpërblyesi nga të gjithë.
Kështu, në mjaft raste, sistemi i pagimit mban rriskun e shfytyrimit të mjekësisë, duke sjellë përdorim të kotë të testeve diagnostike dhe përdorim të tepruar të rrezeve X, si dhe ndërhyrje të panevojshme (përfshi dhe kirurgjinë e panevojshme). A është sistemi i pagimit pjesërisht i përgjegjshëm për faktin se Gjermania Perëndimore ka po aq apendektomi sa Shtetet e Bashkuara, megjithëse me një popullsi tre herë më të vogël?

Tashmë, 33.7% e meshkujve dhe 46.2 % e femrave janë operuar nga apendisiti. Për më tepër, të Shtunat zënë 40% dhe të dielat 25% të operacioneve javore, gjë që është e çuditshme për një operacion që konsiderohet urgjent. A është sistemi i pagimit pjesërisht i përgjegjshëm për faktin se kirurgjia është ulur dy herë aq sa në Shtetet e Bashkuara dhe Britaninë e Madhe, dhe dy ose tre herë më i lartë për disa proçedura kirurgjikale? A është sistemi i pagimit pjesërisht i përgjegjshëm për heqjen e tonsilave (bajameve), e cila është dy herë më e lartë në Kaliforni si në Suedi?
Praktikat e mira mjekësore nuk janë standarde për çdo pacient dhe listat specifike të pagesave nuk mund ta lejojnë këtë gjë. Shpërblimet më të mëdha financiare nuk i përfiton mjeku më i mirë por mjeku më i shpejtë me paturpësinë profesionale më të vogël për t'ju përgjigjur stimujve finanaciarë të sistemit të pagimit. Madje shumë mjekë pretendojnë për shërbime të cilat në të vërtet nuk i kanë kryer.
Probleme të veçanta ngrihen kur një sistem i modifikuar takse për shërbim përdoret për të paguar mjekët për shërbimet ndaj pacientëve të brendshëm. Ky lloj sistemi përdoret në Holandë. Sistemi normal duhet të bëjë pagesë ditore për çdo rast. Thuhet se kjo gjë krijon stimuj për mjekët që të pranojnë spitalin sepse pak ditë në spital do t'i sjellin më tepër para specialistit sesa disa muaj praktikimi jashtë spitalit. Shkalla e pagesës ulet pas ditës së pestë, por mbetet më e lartë se në rastin kur specialisti praktikon jashtë spitalit. Megjithatë, kirurgët paguhen shumë për një proçedurë të shtrenjtë. Kjo krijon stimuj për të liruar dhomat për pacientët e rinj. Në Francë, pagesa ditore u bëhet specialistëve për kujdesin spitalor kur ofrohet në klinikat e tyre private. Deri më 1960, pagimi për kujdesin në klinikat private ishte më i lartë se në spitalet publike dhe specialistët merrnin më tepër për proçedurat e kryera në këto klinika.
Për të mbrojtur standardet e praktikimit dhe ndoshta për të mbrojtur "ndërgjegjen" e sistemit financiar, një shumëllojshmëri kontrollesh dhe rregullimesh janë bërë të njohura në vendet ku mjekët paguhen nga sigurimi shëndetësor sipas taksës për shërbim. Glaser i përshkruan këto proçedura kur praktikoheshin në fillimet e viteve 1960. Ai përcaktoi që pagesat për proçedura të caktuara pretendoheshin vetëm nga specialistë me kualifikimin e kërkuar (Holandë) ose nga mjekë në spitale (Suedi). Pagesa më të larta u bëheshin specialistëve të kualifikuar për proçedura të caktuara sesa praktikuesve të përgjithshëm (Belgjikë). Ose një mjeku i paguhej më tepër nëse ai këshillohej me një mjek tjetër (Francë). Mjaft zbatime nuk kërkojnë pagim edhe për këshillimin edhe për proçedurat e ndërmarra gjatë saj (p.sh. Franca). Kur dy proçedura ndërmerreshin brenda të njëjtës vizitë, pagesa ishte më e ulët se në rast se kryheshin në vizita të ndryshme (Suedi). Një kirurg lejohej që të kërkonte vetëm për oreracionin më të shtrenjtë, nëse kryheshin më tepër se një në të njëjtat plagë (Vendet e Ulëta). Për të ulur vizitat e shumta, mjekët paguheshin në një shkallë zbritëse për vizitat që i bënin një pacienti ose të gjithëve (Suedi, Zvicër dhe Vendet e Ulëta). Më pak paguhej në rast se një person i dytë nga familja vizitohej në të njëjtën kohë (Gjermani). Në disa raste paguhej, një taksë kolektive për një proçedurë dhe kujdesjen e mëvonshme (Francë).
Ndërkohë që listat e çmimeve rregullohen vazhdimisht për të arritur objektiva të veçantë mjekësorë si shtesat dhe të mënjanojë bindjen për proçedura të panevojshme, vizitat dhe konsultimet në veçanti ato të cilat mjeku është i aftë që t'i krijojë, vetëpagimi

i taksës për shërbim zakonisht është i shoqëruar nga kontrolle administrative. Këto kontrolle mund të ushtrohen nga nëpunës ose mjekë kontrolli të punësuar nga agjencitë e sigurimit shëndetësor ose nga mjekë profesionistë lokale, si në Gjermani. Kështu në Zvicër, mjaft fonde për të sëmurët refuzojnë që të paguajnë për proçedura të shtrenjta mjekësore derisa të sigurohet miratimi nga ky fond që më parë. Disa nga fondet e të sëmurëve mbajnë ose reduktojnë pagesat nëse pretendimet i kalojnë normat statistikore. Kjo praktikohet në Vendet e Ulëta dhe mund të aplikohet edhe në Zvicër, pasi të merret vendimi nga një komision i përbashkët. Në Francë, disa fonde për të sëmurët bëjnë që mjekët e kontrollit të vizitojnë pacientin në mënyrë që të dallojnë mbi përformancën mjekësore të panevojshme dhe mashtrimet. Një metodë ekstreme për të ndaluar shërbimet e tepërta është metoda austriake e pagimit për raste. Kështu, taksat paguhen për proçedura të veçanta si injektimet, shpimet, patologjitë, obstetrika, etj. Pagesa kryesore është përçdo pacient që trajtohet në tremujor. Kjo bën që praktikuesi i përgjithshëm t'ia dorëzojë specialistit pacientët e spitalit që kërkojnë trajtim intensiv dhe të kërkojnë pacientë që kanë nevojë vetëm për trajtim sipërfaqësor ose vërtetime sëmundjeje. Këto vërtetime nuk dorëzohen lehtë pa sëmundje aktuale dhe jo pak të moshuar shtrohen në spitale, ndërkohë që mund të trajtohen në shtëpi.

Në mënyrë paradoksale, pagesa e pastër e taksës për shërbim, që në pamje të parë mund të duket për të rritur pavarësinë e mjekut nga kontrolli, çon në kontrolle më të shpeshta sesa kryhen në sisteme të tjera pagesa. Vendimi i mjekut për të ndërmarrë një proçedurë ose të ofrojë një shërbim për një pacient mund të pyetet më pas nga administrata e sigurimeve shëndetësore me anën ë mjekëve të kontrollit. A kishte nevojë pacienti që të shtrohej në spital dhe a ishte qëndrimi i gjatë padrejtësisht? A ishte çdo rreze X, test patologjie apo recetë e nevojshme dhe a ishte e shprehur ekonomikisht? A i kërkoi mjeku pacientit për t'u kthyer për një vizitë përsëritjeje që ishte e panevojshme? Këto proçedura të përmbledhura janë të kushtueshme për t'u bërë dhe harxhojnë kohën e personelit profesional në bërjen e përmbledhjeve. Dhe a është e mundur që gjithnjë të mblidhen evidencat e besueshme rreth nevojës për shërbime pas ngjarjes. Vendet që e kanë përdorur këtë rrugë kanë krijuar teknika statistikore për të zbuluar rastet e abuzimit. Efekti i proçedurave të këtij lloji është kryesisht sigurues. Vetëm rastet më flagrante është ë mundshme që të sillen në dritë. Informacioni i mbledhur nga këto sisteme të sigurimit shëndetësor nuk shërben për qëllime të tjera veçanërisht për ndonjë arsye epidemiologjike siç lidhet rrallë me një popullsi të caktuar në një zonë të dhënë. Ndërkohë që informacioni sigurohet nga sistemi i kontrollit të pagimit, masat ndaj tij provokojnë konfrontime ndërmjet mjekëve dhe shtrirja e saj nuk mund të zgjerohet për ta bërë të dobishme për më shumë qëllime.

Masa e shpërdorimit të burimeve mjekësore e gjeneruar nga sistemi i pagesës së taksave për shërbim nuk është e njohur, por mekanizma të ndryshëm për ta ndaluar atë janë të kushtueshme për t'u administruar si nga mjekët ashtu dhe nga planet e sigurimit. Kjo konsumon burime që mund të përdoreshin për qëllime të tjera, duke përfshirë masat për një shërbim më të mirë e më komod për pacientët. Kostoja e administrimit të sigurimit shëndetësor të detyruar në Belgjikë është më tepër se 10% e shpenzimeve totale, e krahasuar me 4% që është në Vendet e Ulëta. Në Australi, shpenzimet rrjedhëse

për fondet mjekësore janë 18% të kontributeve. Megjithatë, është tepër e vështirë për të bërë krahasime të sakta për kostot administrative në kohën që detyrat administrative variojnë në sisteme të ndryshme të sigurimit shëndetësor.
Pak domethënie mund t'i jepet numrit të rasteve të vërtetuara të abuzimit të zbuluara në vende të ndryshme për shkak se varet nga metodat që përdoren për t'i zbuluar. Për më tepër, hasen vështirësi të mëdha në përcaktimin se cfarë është e nevojshme dhe cfarë jo për pacientë të veçantë. Ndërsa nëpunësit kërkimore do ta kishin relativisht të vështirë të përcaktonin një abuzim, është jo më pak e vështirë për një mjek që të dijë se sa nga ato që ai bën janë më të vërtetë të nevojshme për pacientin e tij. Në Gjermani dhe Zvicër, deklaratat për abuzim bëhen veçanërisht në lidhje me rrezet X dhe elektrografinë dhe në rastin e Gjermanisë edhe për inspektimet e tepërta shëndetësore, të cilat kërkojnë pagesë të veçuar. Në sigurimin shëndetësor në Shtetet e Bashkuara, vëmendja është përqëndruar në kirurgjinë e panevojshme, sepse kjo përcaktohet lehtë nga testet patologjike. Në Japoni, ku mjekët fitojnë në dhënien e ilaçeve, vemendja përqëndrohet në recetat dhe injektimet shtesë. Dhe nuk është çudi që për çdo 100 konsultime jepen 220 receta dhe bëhen 49 injektime.
Masa e abuzimeve varet në mënyrë të paevitueshme nga standardet e përgjithshme të etikës në profesionin e mjekut në vende të ndryshme. Karakteri i një profesioni ndikohet mjaft nga lideret e tij. Atje ku mësuesit e mjekësisë dhe mjekët kryesorë dënojnë me forcë abuzimin, është e mundshme që normat t'i kalohen çdo brezi studentësh dhe të ruhen kur ata të praktikohen. Për më tepër, normat e profesionit nuk janë të pandikuara nga ato të shoqërisë së gjerë në të cilën vepron profesioni. Prandaj, dyshimi ndaj abuzimit është i vogël në Suedi dhe shumë më i madh në Gjermani, Zvicër, Francë dhe veçanërisht i madh në Shtetet e Bashkuara nen *Medicare* dhe *Medicaid* si dhe programeve vullnetare të sigurimit.
Ndodh në këto vende që një mjek të pretendojë para për çdo shërbim, proçedurë, ose test. Për më tepër, përdorimi i burimeve mjekësore në një mënyrë shpërdoruese bëhet një pjesë e zakonshme e praktikës mjekësore, saqë në disa vende kthehet në normë. Mund të jetë një koinçidencë që të vihet theksi në testet diagnostike që realizohen në Gjermani, por profesorët e mjekësisë në Zvicër, Francë dhe Gjermani kanë standard të lartë jetese të bazuar në praktikimin privat. Normat që ata japin mësim janë ato që praktikojnë vetë. Kjo tendencë është përhapur shumë edhe në Zvicër. Gjithashtu u përhap në Shtetet e Bashkuara kur Gjermania i zuri vendin Britanisë si qendër kryesore për amerikanët për të marrë një edukim pasuniversitar. Sistemet e pagesës mund të kenë pasur një ndikim në formimin ë mënyrës në të cilën praktikohet mjekësia në vende të ndryshme të botës. Ajo ç'ka paraqitet si formë tradicionale e praktikimit mund të jetë një përgjigje e akumuluar ndaj stimujve financiarë. Nga pikëpamja e cilësisë së përkujdesjes mjekësore, një nga efektet më shkatërruese për sistemin e pagesës taksë për shërbim, që lejon mjekun të pretendojë çdo taksë nga lista, është mungesa e specializimit në kuptimin realist. Kirurgjia është e rrezikshme dhe prandaj duhet të ndërmerret vetëm nga një mjek me trajnim special në kirurgji dhe eksperiencë të vazhdueshme në përdorimin e kësaj aftësie. Në të vërtetë, ekzistojnë avantazhe të mëdha për kirurgët që specializohen në një lloj të veçantë operacioni.Sa më shumë që

ata kryejnë një operacion të veçantë, aq më pak mundësi ka që ata të ndeshin në probleme të pazakonta e të vështira që ndodhin në atë lloj operacioni dhe aq më shumë aftësi do të fitojnë duke zgjidhur këto probleme. Shpejtësia është akoma e rëndësishme në kirurgji dhe kirurgu i cili përsërit të njëjtin operacion, mesatarisht do të punojë më shpejt. Në të njëjtën mënyrë, administrimi i anestezisë kërkon mjaft aftësi dhe puna e dobët në të është më e mundshme të shkaktojë vdekjen sesa puna e dobët e një kirurgu. Një kirurg që punon pjesërisht është e pritshme që të jetë i dobët, por sistemi i pagimit taksë për shërbim nga sigurimi shëndetësor nxiton mjekun që të ketë mjaft lehtësi në ndërhyrjet kirurgjikale. Në Gjermani, sistemi i sigurimit i lejon mjekët që të pretendojne taksë për anestezistët që punojnë nën drejtimin e tyre. Kështu, pjesa më e madhe e kirurgëve punësojnë asistentë ose infermierë me rrogë që t'u japin anestezistëve dhe të fitojnë vetë nga taksat. Megjithatë, kirurgët gjermanë kanë njohuri të gjera rreth anestezisë, ata nuk mund ta përqëndrojnë të tërë vemendjen në këte aspekt gjatë një operacioni në Gjermani. Në vitin 1965, ishin vetëm 260 specialistë anestezistë, dhe pothuajse të gjithë ishin anëtarë me rrogë të stafit të spitalit. Pak spitale kanë punë të mjaftueshme për anestezistë me kohë të plotë. Në të njëjtën mënyrë, shumë mjekë gjermanë bëjnë dhe interpretojnë rrezet X. Kështu që ka më pak mjekë radiologë në Gjermani se në vendet e tjera të zhvilluara.

Pagesa tatim për frymë

Pagesa tatim për frymë kërkon dhe siguron me të vërtetë një ndarje më të qartë ndërmjet praktikës së përgjithshme dhe praktikës specialiste ose masa për shërbime gjithëpërfshirëse nga një grup multispecialistësh. Praktikanti i përgjithshëm është mjek i parë në kuptimin që pacienti i nënshtrohet përkujdesit mjekësor duke u vizituar tek mjeku i tij i përgjithshëm. Në Britani normalisht, vizitat direkte te specialisti nuk lejohen nga Shërbimi Shëndetësor Kombëtar. Mjeku i përgjithshëm e drejton pacientin tek një specialist kur ai e gjykon se nevojitet kujdesi i një specialisti. Për më tepër, praktikanti i përgjithshëm zgjedh specialistin e veçantë. Ndërsa pagesa tatim për frymë nxit vazhdimësinë e kujdesit për jetën nga një mjek dhe e bind për të mos u konsultuar tek shumë mjekë për të njëjtën sëmundje, përveçse kur rekomandohet nga mjeku i parë; proçesi referral mund të mënjanojë vazhdimësinë e kujdesit gjatë një faze të sëmundjes dhe ka një dallim të madh midis praktikës së spitalit dhe asaj të zyrës.

Në një sistem pagesa tatim për frymë, praktikanti i përgjithshëm ka stimul financiar sigurimin e sa më shumë pacientëve që të jetë e mundur, veçanërisht pacientë pa "kërkesa". Ai, gjithashtu, nxitet që t'ua drejtojë rastet e vështira dhe me humbje kohe specialistëve. Një mënyrë e prapësimit të thirrjeve në kohën e tij është që t'i trajtojë mirë pacientët dhe të përpiqet të ndalojë vizitat nga një pacient i veçantë, duke kaluar në rrënjët e problemit të tij kur pacienti paraqitet në fillim.

Afatet e shërbimit nga praktikantët e përgjithshëm zakonisht hartohen për të siguruar që asnjë nga mjekët të mos shpërfillë pacientët e tij dhe që numri i pacientëve për të cilët përgjigjet një praktikant të mos jetë më i madh nga ç'mund të jetë në gjendje të kujdeset. Kështu, në Holandë, Britani, Itali dhe Spanjë ka kufizime në numrin e pacientëve që një praktikant mund të ketë në listë. Kufizimi i përmasave të listës mund të përdoret,

gjithashtu, si një pjesë e mekanikës për të siguruar një shtrirje të gjerë gjeografike të praktikantëve.Veç kësaj, sistemi i tatimit për frymë mund të përmirësohet në mënyrë që përtej një kufiri, pagesa e tatimit për frymë për pacientët shtesë të jetë e ulët. Në Britani, afatet e shërbimit të praktikantit specifikojnë orët në zyrë dhe kërkojnë që mjeku të bëjë një vizitë në shtëpi, kur pacienti i'a kërkon këtë. Nuk ka përpjekje për të kufizuar apo kontrolluar kërkesat e pacientëve për t'u drejtuar tek specialistët që punojnë në spitale. Megjithatë, specialistët ankohen se një pjesë e pacientëve u drejtohen atyre në mënyrë të panevojshme dhe me informacion jo të plotë. Në Britani, specialistët paguhen me rrogë për punën e tyre për shërbimin shëndetësor kombëtar. Në Vendet e Ulëta, ku specialistët paguhen sipas numrit të pacientëve për të cilët ata janë të përgjegjshëm, janë bërë statistika për përqindjen e referimeve të praktikantëve të përgjithshëm. Mjekët, të cilët mbidrejtojnë, mund të raportohen në komitetin mjekësor lokal dhe mund të qortohen, të gjobiten, madje edhe të pezullohen nga praktika e tyre. I tërë profesioni ka një interes të pastër financiar në krahasimin e referimeve të tepruara si kosto të panevojshme mbi fondin e të sëmurëve, dhe kufizojnë aftësinë e fondit për ta rritur taksën për frymë. Ndëkohë që në sistemin e pagesës taksë për shërbim administratorët e sigurimit shëndetësor ankohen për mbingarkesën e shërbimeve, në pagesën e tatimit për frymë mjekët ankohen për mbikërkesat e pacientëve.

Në Britani, Holandë dhe Itali mbahen statistika për recetat e dhëna nga cdo mjek dhe mjekët e punësuar nga fondi i të sëmurëve (ose në rastin e Britanisë nga Ministria) shkojnë tek mjekët që kanë dhënë më tepër receta dhe sanksione përdoren në rastet ekstreme. Në INAM, fondin e të sëmurëve më të madh në Itali, mjekët që paguhen nga tatimi për frymë shkruajnë më pak receta për person të siguruar sesa mjekët që paguhen nga taksa për shërbim, dhe ky ndyshim është i vlefshëm për të gjitha provincat.

Një mënyrë e pastër tatimi për frymë nxit praktikuesit e përgjithshëm që të shpërhapen barabar në lidhje me popullsinë së cilës i sherbejnë, nëse nuk ka praktikim privat në drejtim të veçantë. Sasia e pagueshme e praktikantëve të përgjithshëm në një zonë urbane kufizohet nga numri i pacientëve. Sa më shumë mjekë të jenë në atë zonë, aq më e vogël është madhësia mesatare e listës. Për më tepër, ndërkohë që shpezimet e praktikimit, sidomos qeraja, janë më të larta në zonat urbane, aq më pak është e mundshme që të fitohet për pacient. Në anën tjetër, më shumë rrugë do të bëhet për të bërë vizita në shtëpi në një zonë rurale se në një zonë urbane. Koha që përfshihet nuk mund të jetë medoemos shumë më e madhe duke parë dyndjen e trafikut dhe problemet e parkimit në qytete.

Njëlloj në Holandë dhe Britani, ku stimuli natyral ekonomik kundrejt praktikimit jashtë qyteteve forcohet nga modifikimi i sistemit origjinal tatim për frymë në përkrahjen e praktikimit rural. Në dy këto vende, lejet e kilometrazhit paguhen për të ndihmuar praktikuesit rurale dhe për nxitjen e vizitave në shtëpi. Në të dy vendet, pagesa shtesë u bëhen mjekëve që punojnë në zonat e nënpopulluara nga mjekët. Në anën tjetër, në Britani praktikantët e përgjithshëm rimbursohen plotësisht për qiratë e aprovuara të praktikimit. Kjo tenton që të favorizojë zonat urbane. Për më tepër, kufizimet në

përmasat e listës, siç u përmend më lart, gjithashtu ndihmojnë në sigurimin e një shtrirjeje gjeografike më të barabartë të praktikantëve.
Në Britani, sistemi i tatimit për frymë është modifikuar deri në një masë të tillë që më pak se gjysma e parave të marra nga një praktikant mesatar të lidhet me numrin e saktë të pacientëve në listën e tij. Një ndihmesë ekonomike me norma të sheshta paguhet, bëhen pagesa për më të moshuarit dhe praktikuesi i përgjithshëm paguhet sipas një skeme vjetërimi në të cilën kontribuon qeveria.
Pagesa shtesë bëhen për mjekët që punojnë në grupe të caktuara praktikimi. Taksa paguhen per vizitat e natës, imunizime, përkujdesje materniteti dhe shërbime të tjera të caktuara. Përveç pagimeve për qirane, pjesa më e madhe e kostos së dy anëtarëve të stafit ndihmës (infermiere, sekretare, etj.) i rimbursohen çdo praktikuesi.
Një sistem pagesë takse për shërbim rrit konkurrencën ndërmjet mjekëve, ndërsa zotërimi i një zyre të mirë, pajisur dhe moderne është një mënyrë për të tërhequr pacientët është. Për më tepër, delegimi i punës të stafi ndihmës mundëson që mjekët të ofrojnë më tepër shërbime me më tepër përfitim. Sistemi i pagesës tatim për frymë përfshin regjistrimin me një praktikues ose një grup praktikuesish. Kjo çon në uljen e konkurrencës për pacientë dhe kështu më pak shtytje për të pasur një zyrë të mirëpajisur. Çdo shpenzim për të përmirësuar shërbimin ofruar pacientëve si me staf dhe pajisje ndihmëse ose duke bërë kurse për edukim të mëtejshëm do të ulë fitimin neto të mjekut, përveç rastit kur këto kosto rimbursohen veç, siç ndodh në Britani. Në Holandë, raporti i pacientëve me sigurim shëndetësor është më i ulët dhe pacientët privatë paguajnë sipas një takse bazë për shërbim. Ndoshta për këtë arsye sistemi i tatimit për frymë këtu ka qënë më pak i modifikuar sesa në Britani, ku shumë elementë të lidhur me pagimin nëpërmjet rrogave janë tejçuar gradualisht tek sistemi i pagesës tatim për frymë.
Një problem i këtyre dy sistemeve të pagesës është mungesa e një shpërblimi të qartë financiar për të ofruar një cilësi të lartë shërbimi. Më qartë, ky është rasti në praktikën e përgjithshme kur pacienti nuk mund ta gjykojë cilësinë e shërbimit në dallim me sjelljen e mjekut. Një tjetër disavantazh i të dy sistemeve është se mjeku i vjetër përpiqet të fitojë më pak se mjeku në moshë të mesme sepse ai bëhet më pak i aftë për të administruar një listë të gjatë ose ai mendon të ulë ritmin e të punojë më pak. Kështu, fitimet mesatare të një mjeku ulen në vitet më të fundit të praktikës, ndërkohë që fitimet mesatare në shumë profesione të tjera tentojnë që të rriten në vitet e fundit të punës. Kjo krijon pakënaqësi dhe presion mbi të gjithë sistemin e shpërblimit në mënyrë që ai të rritet. Ky është dhe justifikimi për pagesat shtesë për mjekët e vjetër, që është futur kohët e fundit në Britani.

Rrogat

Në një sistem pagese me rroga, merita mund të shpërblehet nga promovimi në një shkallë më të lartë dhe të ardhurat mund të sigurohen plotësisht deri në daljen në pension. Për më tepër, të paktën në teori, merita mund realizojë jo vetëm trajtim të mirë klinik, por edhe vemendje të plotë ndaj parandalimit kur veprimet parandaluese garantohen. Një tjetër aspekt i meritës që mund të përmendet është aftësia në

shpërndarjen e burimeve-përdorimi i burimeve aty ku mund të jenë efektive dhe shmangia e përdorimit të tyre në terapitë joefektive, si dhe zgjedhja e metodave me të lira të terapisë ku dy forma terapie janë njëlloj efektive. Një avantazh tjetër i pagesës me rroga është se shpërblimet më të mëdha nga promovimi, ose perspektiva për promovim, mund të përdoret për të siguruar një shpërndarje të barabartë të mjekëve. Stimujt financiare direkte dhe indirekte jo vetëm që mund të sigurohen për ata që praktikojnë në zona më pak të favorshme, por dhe numri i vendeve të lira në të gjitha zonat e vendit mund të kufizohet në numrin e mjekëve që janë të gatshëm për t'i marrë këto vende. Kështu, ata që nuk arrijnë të zgjidhen për postin në një zonë të populluar duhet të aplikojnë në zonat më pak të populluara, të braktisin profesionin, të emigrojnë ose të punësohen privatisht, aty ku ka shanse. Ashtu si në lloje të tjera organizimi, promovimi në një shkallë më të lartë mund të sigurohet më lehtë nga një lëvizje në zonat më pak të populluara.

Ky sistem është aplikuar në spitalet e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar Britanik me një sukses të konsiderueshëm. Për më tepër, shpërblimet që i paguhen specialistëve për meritat caktohen mbi baza rajonale. Në këtë mënyrë, një mjek i cili nuk gjykohet për të tëra meritat e veçanta është e mundshme që të sigurojë një shpërblim kur praktikon në zonat më pak të populluara sesa kur praktikon në një nga zonat e Londrës.

Disavantazhi i sistemit të pagesës është se mjekët mund t'i japin më pak rëndësi kënaqjes së pacientit dhe të merrent me kënaqjen e atyre që marrin vendime mbi promovimin ku këto dy kritere nuk përputhen. Në veçanti, mjekut mund t'i bëhet presion i paligjshëm për të kufizuar numrin e vërtetimeve për sëmundje që ai i lëshon popullsisë që punon. Mjeku i cili nuk mund të presë një promovim të mëtejshëm mund të bëhet më pak i ndërgjegjshëm për të plotësuar detyrat e tij. Asnjë shtet nuk është përpjekur për të mënjanuar tërësisht praktikën private dhe mjeku rrogëtar nxitet që të trajtojë pacientët privatisht edhe nëse kjo nuk lejohet zyrtarisht nga afati i shërbimit. Aty ku lejohet, mjeku rrogëtar mund t'i kushtojë më pak kohë se duhet praktikës me rrogë. Në Britani dhe Suedi, specialistët e vjetër në përgjithësi janë të ndërgjegjshëm në përmbushjen e punës me rrogë, megjithatë ka thënie të shpeshta se disa u kushtojnë një kujdes të tepruar pacientëvë privatë. Në Izrael, mjekët rrogëtarë ofrojnë pak vizita në shtëpi: këto nxiten që të ofrohen privatisht nga mjekët pasi kanë mbaruar punën me rrogë. Thënie të përafërta me këto ka në Rusi. Disa nga problemet më të ndërlikuara të këtij lloji janë shfaqur në Europën Jugore, në Lindjen e Mesme dhe në Amerikën Latine. Thuhet se mjekët shkojnë vonë në punë dhe dalin herët. Në këto vende rrogat janë të ulëta në krahasim me potencialin e fitimit nga praktika private.

Në Amerikën Latine, mjekëve u paguhet në përgjithësi një rrogë e pjesshme për tre ose katër orë shërbim ditor, duke e lenë mjekun të lirë të shtojë rrogën e tij të pamjaftueshme me fitimet nga praktika private.Qëllimet e këtij sistemi janë të qarta: në një fshat gjendjet e mëpasme shpesh mbidhen në një seancë mëngjesore dhe mjeku mund të këshillojë një pacient të shqetësuar që më vonë në zyrën e tij private do të ketë më tepër kohë për një ekzaminim të kujdesshëm. Kjo ndodh edhe në poliklinikat e qyteteve të mëdha, dhe ndodh si nën programet e sigurimit shoqëror, ashtu dhe nën ato shtetërore apo bamirëse. Pacientët, që mund të përballojnë taksat private, përfitojnë një

pjesë më të madhe nga koha e kufizuar e mjekut, edhe pse ata teorikisht mund të kenë nevojë për shërbim nga programi publik.
Në vendet ku ka mangësi shtretërish dhe ku standardet etike, ashtu si edhe rrogat janë të ulëta, mjekët mund të marrin rryshfete për t'i dhënë përparësi një pacienti të veçantë. Një tjetër mënyrë indirekte e përparësive mjekësore mund të ndodhë kur pacientët vizitohen dhe paguajnë privatisht specialistët, dhe kur këtyre pacientëve u jepen përparësi për pranim në vendet e lira të spitalit. Për këtë lloj kalimi të radhës flitet mjaft në Shërbimin Shëndetësor Kombëtar të Britanisë.
Ashtu si në organizime të tjera me rroga, pritet që të ketë më tepër presion mbi mjekët shtesë që trajtohen me rrogë sesa në sistemin tatim për frymë ose taksë për shërbim. Ekziston një dëshirë natyrale për të lehtësuar ngarkesat e punës dhe sigurimin e standardeve ideale të kujdesit. Normat e ngarkesave të punës vendosen në profesion dhe u caktohen atyre që janë të përgjegjshëm.
Në Perëndim, ngarkesat e punës konsiderohen më të ulëta dhe vëzhguesit kanë theksuar ritmin e qetë të punës mjekësore në këtë vend. Në Britani, ku mjekët e spitaleve paguhen gjithashtu me rroga, ka pasur pak presion për të rritur sferën e specialistëve. Kjo ndodh ndoshta sepse specialistët do të çojnë në shtimin e konkurrentëve për praktikën private në një lagje. Kështu, ndërkohë që praktika private shkakton probleme në shërbimin e rrogave, një efekt i favorshëm mund të jetë ai që të kufizojë presionin pa arsye mbi stafin mjekësor shtesë.
Një shërbim me rroga eliminon konkurrencën financiare për pacientë, dhe bën më të mundur punën e mjekëve si kolegë të një ekipi, duke bashkëpunuar për të përmirësuar shërbimet për pacientët. Mjekët që punojnë së bashku do të mësojnë nga njëri tjetri, dhe kjo gjë ka një rëndësi të veçantë për profesionin, ku njohuritë zgjerohen me shpejtësi. Mjaft faktorë po nxitin përhapjen e punësimit me rrogë të mjekëve në të gjithë botën krahas vetëm ekspansionit të mësimit formal mjekësor. Një nga pengesat më të mëdha për konkurrencën në praktikën individuale është mungesa e mundësive të praktikuesit për të mësuar nga kolegët. Kurset formale të edukimit pasuniversitar nuk janë gjithçka që duhet që një mjek te jetë i azhurnuar.

Përfundim

Nuk ka asnjë mënyrë perfekte shpërblimi për mjekët. Çdo sistem pagese mund të ketë efekte të padëshiruara mbi përdorimin e burimeve dhe cilësinë ose karakterin e kujdesit. Për më tepër, një sistem shpërblimi që funksionon mirë në një shtet mund të mos funksionojë mirë në një shtet tjetër. Çdo gjë varet nga standardet e etikës mjekësore dhe se sa mjekë u përgjigjen stimujve financiarë dhe motos së profesionit për "kujdes të mirë mjekësor". Gjithashtu, nuk mund të injorohet masa e shpërblimit. Nëse mjekët paguhen më pak sesa meritojnë në krahasim me tjerët, shpërblimin e të cilëve ata e krahasojnë me të vetin, është më e mundshme që ata t'u përgjigjen stimujve financiarë për të fituar më shumë. Nëse stimuli ka të bëjë me sigurimin e ilaçeve të panevojshme, shpërblimi i ulët mund të kushtojë më shtrenjtë për të gjithë sistemin e kujdesit mjekësor sesa shpërblimi i lartë. Në anën tjetër, shpërblimi shumë i lartë mund t'i çojë mjekët në pakësimin e kohës së praktikës së tyre mjekësore sepse ata mund të arrijnë

standardet e tyre të jetesës vetëm në tre ose katër orë pune në ditë. Tanimë, ky është një problem në disa anë të Shteteve te Bashkuara sidomos në rastin e kirurgëve.
Sistemi ideal i shpërblimit, i cili do nxitë si cilësinë ashtu dhe ekonominë, do të sigurojë një shperndarje të barabartë të shërbimeve, do të promovojë veprime efektive parandaluese si dhe veprime efektive kuruese, dhe do të vendosë përparësitë mjekësore në bazë të nevojës, nuk ekziston. Duhet të vendoset se cilat janë efektet më të dëmshme që duhen shmangur dhe se si çdo pengesë e një sistemi të zgjedhur mund të pakësohet në minimum.
Për secilin sistem pagimi më tepër rëndësi ka etika dhe përkushtimi social i mjekut. Nëse standardet janë të ulëta për to, asnjë strukturë financiare nuk mund t'i nxitë mjekët që të bëhen ata që nuk janë. Por kur standardet janë të larta, pagesa me rroga i tregon më mirë publikut pozitën etike të mjekut si një shërbëtor i tij, ose si një "prift" i mjekësisë.

Mbeshtetja ekonomike e sektorit të shëndetësisë

Format e pagesave në sektorin e shëndetësisë

Ne shumicen e vendeve te botes, pjesen derrmuese te fondeve te shendetesise e perbejne *pagesat e personelit*. Ka menyra te ndryshme per te paguar ofruesit e sherbimeve shendetesore, qofshin keta mjeke te vecante apo spitale. Menyrat e kryerjes se pagesave jane te rendesishme pasi ato ndikojne si ne motivimin e personelit shendetesor, ashtu edhe ne cvendosjen e rrezikut financiar mbi aktoret e ndryshem te nje sistemi shendetesor. Keshtu psh, dihet qe vendimet per menyren e trajtimit, sasine e sherbimeve, sasine dhe llojin e barnave etj, i marrin ofruesit e sherbimeve, duke ndikuar drejtperdrejt ne koston e sherbimeve, eficiencen e tyre si dhe ne aspektin e barazi/drejtesise. Eshte e kuptueshme qe menyrat e pageses ushtrojne nje ndikim te madh tek sjellja e mjekeve apo e personelit tjeter, duke i nxitur ata qe te kryejne me shume ose me pak sherbime.

Menyrat kryesore te kryerjes se pagesave:

a. Pagesat per sherbim;
b. Pagesat per rast;
c. Pagesat ditore;
d. Pagesat per fryme;
e. Rrogat;
f. Buxheti global.

Me poshte po japim disa nga menyrat me kryesore te kryerjes se pagesave per mjeket apo institucionet e ndryshme shendetesore:

a. Pagesa per sherbim (fee-for-service). Njesia e pageses perbehet nga vizita individuale ose aktivitete te tjera klinike si injeksione, analiza laboratorike, ekzaminime radiologjike, etj. Kjo metode perdoret kryesisht per pagesa ndaj mjekeve, qendrave shendetesore dhe spitaleve. Zbatimi i kesaj forme pagese ben qe ofruesit e sherbimeve te jene teper te interesuar qe te kryejne sa me teper sherbime, pasi paguhen per secilin prej tyre. Per rrjedhoje, *mjeket nuk kane ndonje interes qe te seleksionojne pacientet* e shendoshe, perkundrazi, pacientet me te semure u sjellin me shume pagesa. Por, nga ana tjeter, kjo metode i rrit ne maksimum shpenzimet shendetesore dhe paguesit, qe mund te jene sigurimet shendetesore ose pacientet, jane te interesuar qe te mos u nenshtrohen procedurave te panevojshme mjekesore si dhe perpiqen qe te negociojne tarifa sa me te uleta.

b. Pagesa per rast (per pacient). Kjo forme pagese behet per *nje pakete sherbimesh apo nje episod trajtimi ndaj nje pacienti*. Ofruesi i sherbimeve merr pagese te caktuar per nje "pakete" sherbimesh qe i ofrohet pacientit, pavaresisht nga volumi i ketyre sherbimeve apo nga kosto e tyre reale. Kjo forme pagese zbatohet edhe ne rastin e spitaleve dhe nenkupton qe per cdo rast apo pacient te shtruar, spitali merr nje shume apo pagese te percaktuar. Ne kete forme pagese, mjeket apo ofruesit e tjere te sherbimeve kane tendence qe te shkurtojne dite-qendrimin e te semureve ne spital, te pakesojne numrin e sherbimeve per cdo pacient, apo te shkurtojne volumin e sherbimeve post - operatore per personat qe u jane nenshtruar nderhyrjeve kirurgjikale.

Njekohesisht, *mjeket dhe spitalet nxiten qe te perzgjedhin pacientet me forma me te lehta*, brenda kategorive te ndryshme te pagesave. Psh, ne kategorine e pneumonive, spitali apo mjeket do te preferonin se tepermi qe te zgjedhin dhe trajtojne format me te lehta te tyre, pasi te gjitha format e pneumonive paguhen me te njejten shume, te percaktuar qysh me pare. Nje pneumoni atipike do te kerkonte nje kohe me te gjate trajtimi dhe me shume sherbime se sa nje pneumoni e thjeshte, ne nje kohe qe pagesa qe merr spitali apo mjeku per te dy rastet do te ishte e njejte.

Ne formen e "pageses per rast", ofruesit e sherbimeve preferojne qe te kene nje numer sa me te madhe "rastesh", pasi me shume raste do te thote me shume pagesa. Pra ne kete forme pagese, *risku financiar transferohet nga pacienti tek ofruesit e sherbimeve*, pra tek mjeku apo tek spitali. Kjo, pasi mjeku dhe spitali detyrohen te trajtojne rastin, pavaresisht nga graviteti dhe volumi i sherbimeve qe kerkohen.

c. Pagesa ditore. Kjo forme pagese perdoret kryesisht per spitalet apo qendrat shendetesore dhe nenkupton nje *shume fikse qe i jepet ketyre institucioneve per cdo dite trajtimi ambulator apo per cdo dite qendrimi ne spital*. Ne kete forme, shuma ditore qe i paguhet institucioneve nuk ndryshon ne varesi te volumit apo kostos se pergjithshem te sherbimeve qe merr cdo pacient, pra eshte ***pagese fikse***. Rrjedhimisht, edhe stimujt per spitalet apo qendrat shendetesore do te ishin *zgjatja e diteqendrimit spitalor apo e diteve te trajtimit ambulator*, si edhe pakesimi i sherbimeve qe do t'i jepeshin pacientit cdo dite. Ne rastin kur pagesat kryhen nga sigurimet shendetesore, keto te fundit kryejne here pas here kontrolle mbi spitalet, me qellim qe te ulin dite-qendrimin e panevojshme te te semureve, i cili ndikon ne rritjen e shpenzimeve.

d. Pagesa per fryme (capitation). Ne kete forme pagese *mjekut i jepet nje shume e caktuar ne muaj ose ne vit, per cdo banor apo pacient te regjistruar ne listen e tij, pavaresisht nese keta banore apo paciente kerkojne ose jo sherbime prej tij*. Pagesat mund te ndryshojne ne varesi te moshes apo seksit te banoreve apo kategorive te pacienteve ne listen e mjekut. Kjo forme pagese po zbatohet edhe ne Shqiperi, nga FSDKSH, per kryerjen e pageses se mjekeve te pergjithshem (apo te familjes).

Pagesa per fryme mund te marre forma te ndryshme: **a)** Forma me e thjeshte do te ishte pagesa e mjekut ne varesi te numrit te personave qe ka ne ngarkim dhe i trajton drejtperdrejt vete. **b)** Ndersa nje forme tjeter me e komplikuar eshte *caktimi i nje fondi per cdo mjek te pergjithshem, ne varesi te numrit te banoreve apo pacienteve ne ngarkim te tij; ky fond sherben jo vetem per trajtimin e drejtperdrejte qe u ben mjeku pacienteve ne ngarkim, por edhe per sherbime te tjera qe ai nuk i kryen vete si psh, sherbimet e specializuara ambulatore ose spitalore*. Ne kete rast, mjeku i pergjithshem quhet "mbajtes i fondeve" (***fund-holder***) dhe ka pergjegjesi per kontraktimin e sherbimeve, te cilat nuk i ofron vete, me klinika te specializuara apo spitale. Ai detyrohet ti paguaje ketyre klinikave apo spitaleve nje pjese te fondit qe ka ne dispozicion, qofte ne forme "pagese per sherbim", ashtu edhe ne forme "pagese per fryme".

Ne kete forme pagese, mjeku i pergjithshem fond-mbajtes, nuk ka interes qe t'i delgoje pacientet e tij drejt mjekeve specialiste apo spitaleve. Kjo pasi, tepricat e pashpenzuara te fondit te tij, mund t'i jepen mjekut te pergjithshem si edhe personelit qe punon me te, si bonus (shperblim per personelin dhe permiresime te klinikave). Rrjedhimisht, mjeku fond-mbajtes ben perpjekje qe t'i trajtoje vete banoret apo pacientet qe ka ne ngarkim, natyrisht brenda mundesive qe i lejohen.

Ne rastin e "pageses per fryme", *mjeku i pergjithshem ka ne dispozicion nje fond fiks*, qe perllogaritet ne baze te numrit te banoreve ne ngarkim. Me kete fond ai duhet te mbuloje shpenzimet e aktivitetit te tij (kujdesi paresor), si dhe aktivitetet e tjera (sherbime te specializuara ambulatore dhe spitalore), qe ai u paguan klinikave te specializuara apo spitaleve. Keshtu, mjeku i pergjithshem ka interes qe te ofroje sa me pak sherbime, te cdo lloji qofshin ato, pasi kjo i lejon qe te kurseje sa me teper nga fondi i tij, qe i mbetet ne forme bonusi.
Pagesa per fryme e *cvendos riskun financiar si mbi paguesin* (kur mjeku i pergjithshem e tejkalon fondin qe ka ne dispozicion), *ashtu edhe mbi ofruesin e sherbimeve* (pasi mjekut i duhet te siguroje te gjitha sherbimet per banoret qe ka ne ngarkim, brenda nje fondi fiks).

e. ***Pagesa me rroga.*** Kjo pagese perben nje te *ardhur fikse vjetore, qe i jepet mjekut pavaresisht nga numri i pacienteve te trajtuar prej tij, nga volumi i sherbimeve te kryera apo nga kosto e ketyre sherbimeve*. Kjo forme perdoret kryesisht per ***pagesat e mjekeve***. Ne kete forme pagese, mjeket nuk kane ndonje risk financiar. Njekohesisht, kjo forme nuk krijon stimuj per te kryer me shume ose me pak sherbime. Mund te krijohet ndonje shqetesim per kohen e punes, pasi organizatat ku mjeket jane te punesuar, jane te interesuara te ulin kostot dhe te rrisin eficiencen dhe kjo mund te realizohet duke i caktuar cdo mjeku me shume paciente. Ne disa raste, keto organizata u japin mjekeve shperblime, nese nuk tejkalohen shpenzimet e parashikuara.

f. ***Buxheti global.*** Eshte nje *metode qe perdoret per te paguar spitalet dhe qendrat shendetesore*. Buxheti global percaktohet qysh ne fillim dhe nuk lejon te kryhen shpenzime pertej limitit te njohur. Ne kete forme pagese, paguesi nuk bart ndonje risk pasi i gjithe risku bie mbi spitalin. Ky institucion detyrohet te perballoje te gjitha shpenzimet qe lidhen me shtrimet, procedurat e kryera, dite-qendrimin mesatar si dhe numrin e pacienteve dhe eshte e kuptueshme qe spitali eshte me se i interesuar qe t'i pakesoje te gjitha keto.

PAGESA E MJEKËVE

1

- Doktori nuk duhet të lejojë që vlerësimet financiare të ndikojnë në mënyrën e ushtrimit të profesionit të tij.
- Nga etika profesionale, ai duhet të sillet si një prift, por jo të gjithë doktorët u përmbahen parimeve etike.
- Tradicionalisht, mjekët punonin në bazë të një pagese për shërbimin dhe përcaktonin pagesën sipas aftësisë së pacientit për të paguar.
- Diskriminimi ndaj shpërblimit që marrin mjekët akoma ekziston në mjaft vende.
- Në SHBA është e zakonshme që një mjek të ketë një listë pagesash që vlejnë për të gjithë pacientët e tij.

2

- Pacientët në shumë raste i përdorin mjekët që ata zgjidhnin për t'u vizituar duke u mbështetur në aftësinë për të paguar. Ndërkohë që të pasurit vizitoheshin tek mjeku sa herë që dëshironin, të varfrit shkonin vetëm në raste sëmundjesh ekstreme.
- Gjatë trajtimit të një pacienti të varfër mjeku merrte parasysh aftësinë e tij për të paguar, sepse nëse medikamentet që ai i rekomandonte pacientit konsumonin të gjitha burimet financiare të pacientit, atëherë fatura që nuk do të paguhej do të ishte pikërisht ajo e mjekut.
- Mënyrat kryesore të pagesës të përdorura nga shërbimet e qeverisë dhe agjencitë e sigurimit shëndetësor janë pagat, vlerësim me baza numerike dhe pagesa për shërbim.

3

Pagesa për shërbim nga sigurimi shëndetësor

- Në një sistem të unifikuar të sigurimit shëndetësor ka për detyrë tu japë pacientëve të drejta të barabarta për shërbimet.
- Derisa niveli i shpërblimit të jetë më i lartë për çdo mjek, paraqitja e shpërblimit standard nga sigurimi shëndetësor është e pritshme që të "përkeqësojë" shumë mjekë.
- *Një zgjidhje* e këtij problemi është që të përjashtohen grupet me të ardhura më të mëdha nga anëtarësimi i sigurimit shëndetësor të detyrueshëm. Kjo formë aplikohet akoma në Gjermani dhe Holandë.
- Të gjithë popullatës i'u dha e drejta për të përdorur Shërbimin Shëndetësor Kombëtar, kështu që ata ishin të lirë të paguanin për mjekime private, nëse dëshironin.

4

- Mjekët më të paguar ishin specialistët dhe ata mund të paguheshin mbi një mënyrë të veçantë e cila përfshinte pagesat shtesë për specialistët që konsideroheshin me një meritë të shquar.
- Mjekët më prestigjozë mund të paguheshin më tepër, përveç atëherë kur ata pranonin të ndërmerrnin shërbime të mirëpaguara.
- *Një zgjidhje* e përshtatur nga Medicare në SHBA ishte që të lejonte mjekun që t'i ngarkonte fondit të sigurimit tarifën (pagesën) e zakonshme.
- *Një zgjidhje e tretë*, e përshtatur në Suedi, Australi dhe Zvicër dhe fillimisht në Francë, është që ti rimbursojë një pagesë standarde pacientit për shërbime të caktuara, duke lënë mjekun të lirë për të punuar. Rreziku i këtij sistemi është se mund të ndodhë që disa mjekë të mitin pagesat e zakonshme.

5

- Negocimi për pagesat që duhet të bëhen për shërbime të veçanta mjekësore është një operacion mjaft kompleks dhe për këtë arsye kontrolli i pagesave për faturat e mjekëve në bazë të një liste çmimesh kërkon një kosto të madhe administrative.
- Një mjek mund të hyjë në një zonë të mbipopulluar nga mjekët dhe përsëri të gjejë një punë. Ai do ta ketë më të lehtë nëse ka një kualifikim specialisti.
- Mjeku i ri mund të përshtatet shpejt në një zonë pak të populluar nga mjekët, por paratë që ai mund të fitojë kufizohen nga shërbimet që ai do të ofrojë.
- Në Suedi, mjekët që të ushtrojnë profesionin në zonat e largëta nxiten nga rrogat part –time. Ata e plotësojnë rrogën me pagesat për shërbime. Në Francë, Gjermani ose Zvicër nuk ndodh kështu.

6

- Sa më shpejt vendos mjeku të ndërhyjë, aq më e lartë është pagesa dhe sa më shumë ai ndërhyn, aq më tepër ai mund të kërkojë. Për të ndërmarrë proçedura të caktuara mjekut i duhet të blejë pajisje speciale.
- Ka një stimul financiar që pacientët të mos drejtohen te specialistët.
- Një mjek në ushtrimin privat mund të fitojë nga kriteri i kohës; ai ka përparësinë që të vizitojë më pak pacientë për më gjatë dhe të marrë më tepër. Kjo përparësi nuk vlen kur kemi të bëjmë me sigurimin shëndetësor kombëtar me pagesën e taksës për shërbim dhe rroga standarde.
- Pagesa në bazë të kohës mund të rritë kostot dhe të sjellë pakësimin e mjekëve.

7

- Pacienti, i cili nuk është i sëmurë, por thjesht kërkon një çertifikatë sëmundjeje për të përfituar para, është më shpërblyesi nga të gjithë. Në mjaft raste sistemi i pagimit mban riskun e shfrytëzimit të mjekësisë, duke sjellë përdorim të kotë të testeve diagnostike dhe përdorim të tepruar të rrezeve X, si dhe ndërhyrje të panevojshme.
- Praktikat e mira mjekësore nuk janë standarde për çdo pacient dhe listat specifike të pagesave nuk mund ta lejojnë këtë gjë.
- Shpërblimet më të mëdha financiare nuk i përfiton mjeku më i mirë, por mjeku më i shpejtë me paturpësinë profesionale më të vogël për t'ju përgjigjur stimujve financiarë të sistemit të pagimit.

8

- Probleme ngrihen kur 1 sistem i modifikuar takse për shërbim përdoret për të paguar mjekët për shërbimet ndaj pacientëve të brendshëm. Ky lloj sistemi përdoret në Hollandë. Sistemi normal duhet të bëjë pagesë ditore për rast.
- Për të mbrojtur standardet e praktikimit dhe ndoshta për të mbrojtur "ndërgjegjen" e sistemit financiar, një shumëllojshmëri kontrollesh dhe rregullimesh janë bërë të njohura në vendet ku mjekët paguhen nga sigurimi shëndetësor sipas taksës për shërbim.
- Listat e çmimeve rregullohen vazhdimisht për të arritur objektiva të veçantë mjekësorë si shtesat dhe të mënjanojë bindjen për proçedura të panevojshme, vizitat dhe konsultimet, vetëpagimi i taksës etj.

9

- Kontrollet administrative mund të ushtrohen nga nënpunës ose mjekë kontrolli të punësuar nga agjencitë e sigurimit shëndetësor ose nga mjekë profesionistë lokalë, si në Gjermani.
- Një metodë ekstreme për të ndaluar shërbimet e tepërta është metoda austriake e pagimit për raste. Taksat paguhen për proçedura të veçanta si injektimet, shpimet, patologjitë, obstretika etj. Pagesa kryesore është përçdo pacient që trajtohet në tremujor.
- Në mënyrë paradoksale pagesa e pastër e taksës për shërbim çon në kontrolle më të shpeshta sesa kryhen në sisteme të tjera pagesa.
- Masa e shpërdorimit të burimeve mjekësore e gjeneruar nga sistemi i pagesës së taksave për shërbim nuk është e njohur, por mekanizma të ndryshëm për ta ndaluar atë janë të kushtueshme për tu administruar si nga mjekët ashtu edhe nga planet e sigurimit.

10

- Pak domethënie mund ti jepet nr të rasteve të vërtetuara të abuzimit të zbuluara në vende të ndryshme.
- Masa e abuzimeve varet në mënyrë të paevitueshme nga standardet e përgjithshme të etikës në profesionin e mjekut në vende të ndryshme.
- Karakteri i 1 profesioni ndikohet mjaft nga lideret e tij. Atje ku mësuesit e mjekësisë dhe mjekët kryesorë dënojnë me forcë abuzimin, është e mundshme që normat t'i kalohen çdo brezi studentësh dhe ruhen kur ata të praktikohen.
- Ndodh në këto vende që 1 mjek të prentedojë para për çdo shërbim, proçedurë ose test. Përdorimi i burimeve mjekësore në një mënyrë shpërdoruese bëhet 1 pjesë e zakonshme e praktikës mjekësore.
- Normat që ata japin mësim janë ato që praktikojnë vetë.

11

- Ekzistojnë avantazhe për kirurgët që specializohen në një lloj të veçantë operacioni. Sa më shumë që ata kryejnë 1 operacion të veçantë, aq më pak mundësi ka që ata të ndeshin në probleme të pazakonta e të vështira që ndodhin në atë lloj operacioni dhe aq më shumë aftësi do të fitojnë duke zgjidhur këto probleme.
- Administrimi i anestezisë kërkon mjaft aftësi dhe puna e dobët në të është më e mundshme të shkaktojë vdekjen sesa puna e dobët e 1 kirurgu.
- Në Gjermani sistemi i sigurimit i lejon mjekët që të pretendojnë taksë për anestezistët që punojnë nën drejtimin e tyre. Kirurgët gjermanë kanë njohuri të gjera rreth anestezisë.

12

Pagesa tatim për frymë

- Kërkon dhe siguron me të vërtetë një ndarje më të qartë ndërmjet praktikës së përgjithshme dhe praktikës specialiste ose masa për shërbime gjithëpërfshirëse nga 1 grup multispecialistësh.
- Pagesa tatim për frymë nxit vazhdimësinë e kujdesit për jetën nga 1 mjek dhe e bind për të mos konsultuar tek shumë mjekë për të njëjtën sëmundje, përveçse kur rekomandohet nga mjeku i parë.
- Në këtë sistem praktikanti i përgjithshëm ka stimul financiar sigurimin e sa më shumë pacientëve që të jetë e mundur, veçanërisht pacientë pa "kërkesa". Ai nxitet që t'ua drejtojë rastet e vështira dhe me humbje kohe specialistëve.
- Në Hollandë, Britani, Itali dhe Spanjë ka kufizime në nr e pacientëve që një praktikant mund të ketë në listë. Kufizimi i përmasave të listës mund të përdoret si një pjesë e mekanikës për të siguruar një shtrirje të gjerë gjeografike të praktikantëve.

13

- Nuk ka përpjekje për të kufizuar apo kontrolluar kërkesat e pacientëve për tu drejtuar tek specialistët
- Mjekët, të cilët mbidrejtojnë, mund të raportohen në komitetin mjekësor lokal dhe mund të qortohen, të gjobiten, madje edhe të pezullohen nga praktika e tyre
- Në sistemin e pagesës taksë për shërbim administratorët e sigurimit shëndetësor ankohen për mbingarkesën e shërbimeve ndërsa në pagesën e tatimit për frymë mjekët ankohen për mbikërkesat e pacientëve
- Në Britani, Holandë dhe Itali mbahen statistika për recetat e dhëna nga çdo mjek.
- Një mënyrë e pastër tatimi për frymë nxit praktikuesit e përgjithshëm që të shpërhapen barabar në lidhje me popullsinë së cilës i shërbejnë.
- Në Holandë dhe Britani lejet e kilometrazhit paguhen për të ndihmuar praktikuesit ruralë dhe për nxitjen e vizitave në shtëpi.

14

- Në Britani, sistemi i tatimit për frymë është modifikuar më pak se gjysma e parave të marra nga një praktikant mesatar të lidhet me nr e saktë të pacientëve në listën e tij.
- Pagesa shtesë bëhen për mjekët që punojnë në grupe të caktuara praktikimi
- Një sistem pagesë takse për shërbim rrit konkurencën ndërmjet mjekëve, ndërsa zotërimi i 1 zyre të mirë, pajisur dhe moderne është një mënyrë për të tërhqur pacientët.
- Një problem i këtyre 2 sistemeve të pagesës është mungesa e një shpërblimi të qartë financiar për të ofruar një cilësi të lartë shërbimi.
- Një disavantazh i të 2 sistemeve është se mjeku i vjetër përpiqet të fitojë më pak se mjeku në moshë të mesme sepse ai bëhet më pak i aftë për të administruar një listë të gjatë ose ai mendon të ulë ritmin e të punojë më pak.

15

Rrogat

- Në një sistem pagese me rroga, merita mund të shpërblehet nga promovimi në një shkallë më të lartë dhe të ardhurat mund të sigurohen plotësisht deri në daljen në pension.
- Një avantazh i pagesës me rroga është se shpërblimet më të mëdha nga promovimi ose prespektiva për promovim, mund të përdoret për të siguruar një shpërndarje të barabartë të mjekëve.
- Ky sistem është aplikuar në spitalet e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar Britanik me një sukses të konsiderueshëm.
- Shpërblimet që i paguhen specialistëve për meritat caktohen mbi baza rajonale.
- Disavantazhi i sistemit të pagesës është se mjekët mund ti japin më pak rëndësi kënaqjes së pacientit dhe të merren me kënaqjen e atyre që marrin vendime mbi promovimin ku këto 2 kritere nuk përputhen.

16

- Mjekut mund ti bëhet presion i paligjshëm për të kufizuar nr e vërtetimeve për sëmundje që ai i lëshon popullsisë që punon.
- Asnjë shtet nuk është përpjekur për të manjanuar tërësisht praktikën private dhe mjeku rrogëtar nxitet që të trajtojë pacientët privatisht edhe nëse kjo nuk lejohet zyrtarisht nga afati i shërbimit.
- Në Izrael, mjekët rrogëtarë ofrojnë pak vizita në shtëpi.
- Në Amerikën Latine, mjekëve u paguhet në përgjithësi një rrogë e pjesshme për tre ose katër orë shërbim ditor, duke lenë mjekun të lirë të shtojë rrogën e tij të pamajftueshme me fitimet nga praktika private.
- Pacientët që mund të përballojnë taksat private, përfitojnë një pjesë më të madhe nga koha e kufizuar e mjekut.

17

- Në vendet ku ka mangësi shtretërish dhe ku standardet etike, ashtu si edhe rrogat janë të ulëta, mjekët mund të marrin rryshfete për ti dhënë përparësi një pacienti të vaçantë.
- Një tjetër mënyrë indirekte e përparësive mjekësore mund të ndodhë kur pacientëtvizitohen dhe paguajnë privatisht specialistët.
- Ashtu si në organizime të tjera me rroga, pritet që të ketë më tepër presion mbi mjekët shtesë që trajtohen me rrogë sesa në sistemin tatim për frymë ose taksë për shërbim.
- Një shërbim me rroga eliminon konkurencën financiare për pacientë dhe bën më të mundur punën e mjekëve si kolegë të një ekipi, duke bashkëpunuar për të përmirësuar shërbimet për pacientët.
- Mjaft faktorë po nxitin përhapjen e punësimit me rrogë të mjekëve në të gjithë botën.
- Një nga pengesat më të mëdha për konkurencën në praktikën individuale është mungesa e mundësive të praktikuesit për të mësuar nga kolegët.

18

Përfundime

- Nuk ka asnjë mënyrë perfekte shpërblimi për mjekët.
- Një sistem shpërblimi që funksionon mirë në një shtet, mund të mos funksionojë mirë në një shtet tjetër. Çdo gjë varet nga standardet e etikës mjekësore dhe se sa mjekë u përgjigjen stimujve financiarë dhe motos së profesionit për "kujdes të mirë mjekësor".
- Nëse mjekët paguhen më pak sesa e meritojnë në krahasim me të tjerët është e mundshme që ata t'u përgjigjen stimujve financiarë për të fituar më shumë.
- Në anën tjetër, shpërblimi shumë i lartë mund t'i çojë mjekët në pakësimin e kohës së praktikës së tyre mjekësore sepse ata mund të arrijnë standardet e tyre të jetesës vetëm në tre ose katër orë pune në ditë.
- Për secilin sistem pagimi më tepër rëndësi ka etika dhe përkushtimi social i mjekut.

19

FALEMINDERIT

20

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Në shumicën e vendeve të botës, pjesa dërrmuese e fondeve të shëndetësisë shkon për **pagesat e personelit**.

Ka menyra të ndryshme për të paguar ofruesit e shërbimeve shëndetësore. Menyrat e pagesave janë të rëndësishme pasi ato ndikojnë në:

- *Motivimin e personelit shëndetësor,*
- *Zhvendosjen e rrezikut financiar mbi aktorët e ndryshëm të një sistemi shendetesor.*

Menyrat kryesore të kryerjes së pagesave janë:

- ***Pagesat për shërbim***
- ***Pagesat për rast***
- ***Pagesat ditore***
- ***Pagesat për frymë***
- ***Pagat***
- ***Buxheti global***

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa për Shërbim

Njesia e pagesës është vizita individuale ose aktivitete të tjera klinike (injeksione, analiza, ekzaminime, etj).

Kjo metodë përdoret kryesisht për pagesa ndaj mjekëve, QSH, spitaleve. Zbatimi i kësaj forme bën që **ofruesit të jenë të interesuar** për më tepër shërbime, pasi paguhen për secilin prej tyre. Pra, mjekët nuk kanë interes të përzgjedhin pacientët e shëndoshë, përkundrazi, pacientët më të sëmurë u sjellin më shumë pagesa.

Kjo metodë **rrit shumë shpenzimet** dhe paguesit, që mund të jenë kompanitë e sigurimeve ose pacientët, janë të interesuar që të mos u nënshtrohen proçedurave të panevojshme mjekësore si dhe përpiqen të negociojnë tarifa sa më të uleta.

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa për rast (per pacient).

Kjo forme bëhet për një **pakete sherbimesh** apo një **episod trajtimi**. Ofruesi i shërbimit merr pagese të caktuar për një "paketë" shërbimesh, që i ofrohet pacientit, pavarësisht nga volumi i këtyre shërbimeve apo nga kosto e tyre reale.

Kjo forme pagese zbatohet edhe më spitalet dhe nënkupton ***që për çdo rast apo pacient të shtruar, spitali merr një pagesë të përcaktuar***.

Në këtë formë, ofruesit e shërbimeve kanë tendencë që të **reduktojnë** ditë-qendrimin e të sëmurëve në spital, të pakësojnë numrin e shërbimeve për çdo pacient, apo të shkurtojnë volumin e shërbimeve *postoperatore* për personat, që u janë nënshtruar ndërhyrjeve kirurgjikale.

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa për rast (per pacient).

Mjekët dhe spitalet **përzgjedhin pacientët me forma më të lehta**, brenda kategorive të pagesave. Psh, *në kategorinë e pneumonive, spitali preferon të zgjedhë dhe trajtojë format më të lehta të tyre, pasi të gjitha format e pneumonive paguhen njësoj. Një pneumoni atipike kërkon një kohë më të gjatë trajtimi dhe më shumë shërbime se një rast i thjeshtë, në një kohë që pagesa, që merr spitali për të dy rastet është e njëjtë.*

Në "pagesën për rast", ofruesit e shërbimeve preferojnë të kenë **sa me shume "raste"**, gjë që do të thotë më shumë pagesa.

Në këtë formë, **risku financiar kalon nga pacienti tek ofruesit** e shërbimeve, pasi këta detyrohen të trajtojnë rastin, pavarësisht nga graviteti dhe volumi i shërbimeve që kërkohen.

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa ditore

Kjo formë përdoret kryesisht për spitalet apo QSH dhe nënkupton një **shumë fikse që i jepet atyre për çdo ditë** trajtimi ambulator apo spitalor.

Në këtë formë, shuma ditore e paguar nuk ndryshon sipas volumit apo kostos së përgjithshme të shërbimeve, që merr çdo pacient, pra edhe stimujt për spitalet apo QSH janë **zgjatja e ditëve të trajtimit** dhe **pakësimi i shërbimeve të përditshme,** që i jepen pacientit.

Kur pagesat kryhen nga sigurimet shëndetësore, këto kryejnë **kontrolle**, me qëllim uljen e ditë-qëndrimit të panevojshëm, që ndikon në rritjen e shpenzimeve.

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa për frymë (capitation)

Në këtë formë mjekut (të familjes) i jepet një **shume e caktuar** në muaj ose në vit, **per çdo banor apo pacient** të regjistruar në listën e tij, pavarësisht nëse keta banorë/pacientë kërkojnë ose jo shërbime prej tij.

Pagesat mund të ndryshojnë në varësi të moshës apo seksit të banoreve/kategorive të pacientëve në listë. Kjo formë pagese zbatohet edhe në Shqipëri, nga F.S.D.K.SH. (ish – I.S.K.Sh.), për kryerjen e pagesës së mjekëve të përgjithshëm (apo të familjes).

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

***Pagesa për frymë* merr forma të ndryshme:**

- Forma më e thjeshtë është pagesa e mjekut sipas **numrit të personave në ngarkim dhe që trajton direkt vete.**
- Forme më e komplikuar është **caktimi i një fondi për çdo mjek të përgjithshëm**, sipas numrit të personave në ngarkim. Ky fond shërben për trajtimin direkt të pacientëve dhe për shërbime të tjera të specializuara, që nuk i kryen vetë. Mjeku **"mbajtës i fondeve"** (*fund holder*) kontrakton shërbimet e specializuara me klinika të tjera. Ai u paguan këtyre klinikave një pjesë të fondit të tij ("pagesë për sherbim" ose "pagesë për frymë").
- Mjeku *fund holder* nuk ka interes të delegojë pacientët drejt specialistëve, sepse tepricat e pashpenzuara të fondit te tij, i mbeten atij (dhe stafit të tij) si **bonus**. Pra, mjeku fond-mbajtës përpiqet t'i trajtojë vetë banorët, që ka në ngarkim, natyrisht brenda mundësive, që i lejohen.

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa për frymë

- Në "pagesën për frymë", mjeku ka në dispozicion një fond fiks, që përllogaritet në bazë të numrit të banorëve të tij. Me këtë fond ai **mbulon shpenzimet e aktivitetit te tij dhe aktivitetet e tjera te specializuara**. Ky mjek ka interes të ofrojë sa më pak shërbime, të çdo lloji qofshin ato, pasi kjo i lejon të kursejë sa më tepër nga fondi i tij, që i mbetet në formë *bonusi*.
- Pagesa për frymë e zhvendos **riskun financiar si mbi paguesin** (kur mjeku e tejkalon fondin, që ka në dispozicion), ashtu edhe **mbi ofruesin** e shërbimeve (pasi mjekut i duhet të sigurojë të gjitha shërbimet për banorët, që ka në ngarkim, brenda një fondi fiks).

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Pagesa me rroga

Kjo pagesë përbën një të ardhur ***fikse vjetore***, që i jepet mjekut pavarësisht nga:

- *numri i pacienteve te trajtuar prej tij,*
- *volumi i sherbimeve te kryera,*
- *kosto e ketyre sherbimeve.*

Në këtë formë, mjekët nuk kanë ndonjë risk financiar. Njekohësisht, kjo formë nuk krijon stimuj për të kryer më shumë/më pak shërbime.

Mund të krijohen shqetësime për kohën e punës, pasi organizatat ku mjekët punësohen, janë të interesuara të ulin kostot dhe rrisin efiçiencën, gjë që realizohet duke i caktuar çdo mjeku më shumë pacientë. Në disa raste, këto organizata u japin mjekëve shpërblime, nëse nuk tejkalohen shpenzimet e parashikuara.

PAGESAT NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Buxheti global

Është metodë që përdoret për të paguar spitalet dhe QSH. **Buxheti global caktohet që në fillim** dhe nuk lejon shpenzime përtej limitit të njohur.

Në këtë formë, paguesi nuk bart ndonjë risk pasi i **gjithë risku bie mbi spitalin**, që duhet të përballojë të gjitha shpenzimet, që lidhen me shtrimet, ditëqendrimin mesatar, numrin e pacientëve. Është e kuptueshme që spitali është më se i interesuar që t'i pakësojë të gjitha këto.

BURIMET NJERËZORE NË SISTEMIN SHËNDETËSOR

BURIMET FIZIKE DHE HUMANE

Funksione të rëndësishme të sistemit shëndetësor janë edhe:

- rekrutimi, trainimi, shpërndarja dhe ruajtja e burimeve njerëzore cilësore;

Problemet më të zakonshme me burimet njerezore janë keqshperndarja, motivimi i dobët, kapaciteti i ulët, etj.

MANAXHIMI I BURIMEVE NJERËZORE NË SEKTORIN SHËNDETËSOR

Burimet njerëzore janë pjesa e rëndësishme e një sistemi shëndetësor funksional. Vëmendje i duhet kushtuar pengesave serioze nga ***mungesa*** e burimeve njerëzore në shëndetësi.

Për punonjësit e institucioneve shëndetësore publike, evidenca tregon që manaxhimi efektiv publik kontribuon dukshëm në përmirësimin e ***performancës*** së tyre. Manaxhimi aktual i sektorit publik kërkon:

- *delegim të përgjegjësive edhe në njësitë lokale;*
- *fokusim mbi performancën (outputet dhe outkomet);*
- *shpërblim/incentiva për performancë të mirë.*
- *orientim nga klienti;*

Një sfidë kyçe është ***kompensimi*** i punonjësve shëndetësore. Normat qeveritare të pagesave, shpesh janë të uleta ose relativisht të ulëta për të motivuar sa/si duhet punonjësit.

MANAXHIM PËR PERFORMANCË

Disa çeshtje kyçe për burimet njerëzore dhe impaktin e tyre në sistem janë:

- ***Nivele të uleta, dhe ndoshta në rënie, të burimeve njerëzore mjekësore.*** Në shumë vende në zhvillim, programet e edukimit mjekësor nuk prodhojnë një numër të mjaftueshëm mjekësh apo punonjësisht të tjerë shëndetësore. Ky deficit thellohet nga "hemorragjia" e stafit të trainuar nga sektori publik në atë privat si dhe nga vendet në zhvillim në drejtim të vendeve të zhvilluara (të industrializuara).
- ***Disbalancat gjeografike.*** Zonat urbane kanë një përqëndrim më të lartë të stafit shëndetësor të trainuar se sa zonat rurale; incentivat për të punuar në zonat e largëta shpesh mungojnë.
- ***Njohuri dhe aftësi të pabalancuara dhe me nivel të ulët.*** Stafi i paaftë ofron shërbime, për të cilat nuk është i përgatitur. Trainimi shpesh është i dobët, ndërkohë që ka pak përpjekje për edukim në vazhdim. Si pasojë, proçedurat e keqtrajtimit dhe keqdiagnostikimit mund të ndeshen shpesh.
- ***Nivel i lartë mungesash në punë.*** Ky nivel lidhet me kompensimin, sistemet e supervizimit, ligjet e shërbimit, ligjet dhe mundesitë për karierë, pengesat kulturale, pengesat e të gjitha llojeve dhe natyrave që pengojnë arritjen e nivelit të lartë të performancës, etj. Zgjidhjet e përshtatshme të këtyre çeshtjeve ndikohen nga shumë probleme ku përfshihen mungesa e fondeve publike për programet shëndetësore, mungesa e programeve të përshtatshme të trainimit, ndikimi i politikës në administrimin e sistemit shëndetësor, e shumë të tjera.

TEMA 6

TREGU SHËNDETËSOR DHE LIBERALIZIMI I TIJ

I. TREGU SHËNDETËSOR

Kufizimet e zgjedhjes së konsumatorit

Çështja për furnizimin me çdo të mirë apo shërbim nga kontraktuesit private individuale dhe firma është se konkurrenca del me çmime, shërbime dhe cilësi për të cilat konsumatori është i gatshëm të paguajë. Prodhuesit japin ato që konsumatori i gjykon të vlefshme për paratë a paguara; të tjerë prodhues që janë më pak të suksesshëm në arritjen e kësaj, mund edhe të falimentojnë. Pak shtete kanë ligje të cilat përcaktojnë se kasapët apo berberët duhet të kalojnë një ekzaminim dhe të regjistrohen. Një berber që, sipas konsumatorëve ofron një shërbim të mirë, mund ta rritë çmimin: një berber shërbimet e të cilit vlerësohen më pak të mira, nuk mund të tërheqë konsumatorët, sepse është i lirë, ose përndryshe do të falimentojë. Pra, tregu privat së fundi kontrollohet nga shijet e konsumatorëve.

Kjo deklaratë shumë e thjeshtë për avantazhet për një sistem tregu privat të nevojave, sigurisht, modifikohet në shumë drejtime. Prodhuesit përpiqen që t'i bindin konsumatorët të dëshirojnë atë që më parë nuk e dëshironin, ose të dëshirojnë më tepër. Ata, gjithashtu, përpiqen të eliminojnë konkurrencën duke zotëruar tregun. Për shumë lloje të mirash në praktikë ka pak furnitorë dhe këta nuk mund të konkurrojnë në të njëjtën mënyrë si një fermer i vogël, i cili i çon mallrat në tregun e fshatit dhe i shet me çmimin më të mirë që mundet. Ky i fundit, me perkufizim, është nga shumë fermerët që furnizon tregun. Klientët që blejnë klasën e mallrave që ai shet e dinë së çfarë po blejnë dhe fermeri nuk është në një pozitë që t'i bindë njerëzit që të duan mallrat e tij me tepër se mallrat e të tjerëve. Çmimi që ai vendos për mallrat e tij varet në atë çka duan konsumatorët, dhe nga mallrat e tjerë konkurrues në treg. Nëse këto mallra janë të një cilësie të lartë, ai do të kërkojë më shumë; nëse janë cilësi e dobët, ai do të kërkojë më pak. Kjo ndodh sepse klientët e vlerësojnë cilësinë. Këtë e mësojnë nga eksperienca nga ato që parapëlqejnë, dhe kështu janë të gatshëm të paguajnë më tepër për t'i pasur. Është vlerësimi i një shtëpiakeje dhe jo ai i një shkencëtari, ai që përcakton se çfarë shpërblimi do të marrin fermerët nga një produkt i caktuar.

Ky pasqyrim disi i idealizuar i tregut ushqimor të fshatit-i zgjedhur për shkak të thjeshtësisë së tij të rrallë-mund të përdoret për të nxjerrë 3 pika të rëndësishme, të cilat dallojnë tregun për shërbime mjekësore. *Së pari*, kërkesa kryesore për të përdorur burimet mjekësore imponohet nga mjeku e jo nga konsumatorët. *Së dyti*, konsumatorët janë vetëm në një masë të vogël të aftë të vlerësojnë cilësinë e shërbimeve mjekësore që marrin. *Së treti*, ndërkohë që konsumatorët shpesh i kërkojnë urgjentisht shërbimet mjekësore, ulet mundësia e tyre për të vëzhguar tregun dhe për të bërë një blerje më të mirë.

Furnizimi i të mirave apo shërbimeve të patatuara do të sjellë normalisht një rritje të madhe në kërkesë, dhe kështu ose do të kemi racionim ose krijim të radhës, e cila është vetëm një formë tjetër racionimi. Përjashtimet janë vetëm të mirat si ajri dhe uji, të cilat janë të bollshme, të paktën në pjesën më të madhe të botës ku ekonomistët punojnë. Por njerëzit nuk pinë ujë aq sa munden, sepse ai është falas ose sepse pagesa është e njëjtë sado që ata të kenë pirë. Ata kanë mënyra te tjera për të kaluar kohën, dhe pirja e ujit përtej kufirit sjell pak dobi. Në të njëjtën

kohë, njerëzit nuk duan me domosdo që ta shpenzojmë kohën duke biseduar me mjekun rreth shëndetit të tyre dhe me çështje të tjera që lidhen me shëndetin. As nuk do të konsumojnë aq medikamente sa munden, vetëm sepse ato janë falas. Ka shumë njerëz që vizitohen tek mjeku shumë më tepër se ç'e kërkon shëndeti dhe konsumojnë medikamente në sasi më të mëdha nga ç'nevojiten. Por ky ankth i tyre për shëndetin është në vetvete një problem mjekësor-megjithëse i vështirë për t'u kuruar. Për më tepër, njerëzit presin më shumë, në krahasim me atë ç'ka kujdesi mjekësor mund t'u bëjë atyre. Ai nuk mund të riparojë "rrënimin" e kohës ose të kthejë prapa efektet e një jetë me sjellje shkatërruese apo humbjeje.
Megjithëse një mjek ose një dentist mund t'i kërkojë një pacienti që të vijë për një ekzaminim ose imunizim shëndetësor, pacientët normalisht fillojnë përdorimin e medikamenteve si pasojë ë presionit dhe këshillave të miqve e të afëmve. Kjo nuk është e vërtetë për pacientë që sillen pa ndjenja në spital, ose për pacientë që mbahen me detyrim në spitalet psikiatrike. Por kur pacienti ka mbërritur, janë ata që punojnë në shërbimet mjekësore dhe, në rastet e vendeve më të përparuara, shumë mjekë dhe më pak dentistë apo opticienë të cilët vendosin se cilat burime duhen përdorur. Ata vendosin se sa kohë të shpenzojnë me pacientin, cilat teste diagnostike duhen bërë, çfarë trajtimi duhet të ndërmerret, nëse pacienti do të qëndrojë në spital dhe për sa kohë. Kështu pra, janë mjekët dhe personeli mjekësor që shpërndajnë burimet kryesore mjekësore të një vendi, duke vendosur për përgjigjen që duhet t'u jepet kërkesave të pacientit, si dhe kufirin për të cilin duhet të vezhgohen pacientët që mund të përfitojnë nga shërbime të veçanta, për të cilat nuk kanë bërë kërkesë. Pacienti ose mund të largohet nëse kjo konsiderohet si më e mira për të, ose shkaqet e ankthit të tij për shëndetin duhet të zbulohen. Uji nuk mund të shpëtojë nga shpërdorimi, por një mjek mund të ndalojë pacientin të harxhojë kohë, pa pasur nevojë.
Pacienti nuk mund ta dijë se për sa kohë ai ka nevojë, cilat ekzaminime duhet të kryhen, cilat pyetje duhet të bëhen, ose cilat tipare të historisë së tij mjekësore mund të kenë lidhje. Dhe as nuk e di çfarë masash parandaluese dhe kuruese mund të përmirësojnë shëndetin e tij. Në të vërtetë, ai zakonisht shkon te mjeku për të zbuluar se çfarë nuk shkon dhe se si mund të parandalohet e kurohet. Ai i beson mjekut dy role ndaj tij. I pari është diagnoza e asaj që kërkohet dhe i dyti është sigurimi i shërbimeve të nevojshme për të. Për shkak se ka një limit në çdo kohë për sherbimet që njihen si efektive, për kurim ose për parandalim, dhe sepse nga mjekët pritet vetëm që të autorizojnë përdorimin e shërbimeve efektive, një shërbim falas nuk çon në një përdorim pafund të shërbimeve parandaluese dhe kuruese. Vetëm në mjekësi ndodh që nuk ka një limit të dukshëm rreth asaj që duhet të sigurohet.
Edhe pas marrjes së vendimeve dhe sigurimit të shërbimeve, pacienti nuk është në një pozitë për të kuptuar nëse janë shërbime teknikisht të mira apo të këqija. Nëse ai shërohet, kjo mund të ndodhë, pavarësisht nga shërbimet, të cilat i kanë zgjatur sëmundjen, megjithëse ai nuk e di këtë. Nëse ai mbetet i gjymtuar, ai mund t'i jetë mirënjohës mjekut që i shpëtoi jetën, ndërkohë që gjymtimi ishte si pasojë e kurimit të gabuar dhe jo e problemit fillestar që e çoi tek mjeku. Pacienti, jo vetëm që nuk është në gjendje të përcaktojë cilësinë e kurimit, por as të dijë nëse shërbimi iu dha me një çmim të arsyeshëm.
"Injoranca" mbi atë çka blihet gjendet edhe në tregje të tjera. Për shëmbull, pak konsumatorë mund të provojnë efiçencën teknike të një makinerie, qoftë televizor apo frigorifer. Por përformanca e një makinerie mund të përshkruhet. Për shkak se ka disa modele midis të cilave duhet zgjedhur, të gjitha të prodhuara në një sasi të caktuar nga fabrikantë të ndryshëm, informacioni për përshtatshmërinë e çdo modeli për një qëllim të caktuar mund të merret nga ekspertë të veçantë: në të vërtetë, këshilla të këtij lloji mund t'u bëhen rregullisht konsumatorëve në formë të shkruar. Kur zgjidhet një makineri, eksperti mund të ekzaminojë

atë duke parë nëse ajo funksionon në përputhje me të dhënat teknike. Dhe nëse ajo dështon në këtë gjë pas blerjes, konsumatori, të paktën, kupton se ose modeli që bleu ishte i metë ose ishte e gjithë seria e metë. Është e mundur që të mësosh nga eksperienca, dhe një fabrikant që dëshiron të mos falimentojë, duhet të fitojë reputacion tek konsumatorët që kanë blerë produktet e tij. Një mjek mund të fitojë reputacion, por ama kjo nuk është me siguri për shkak të aftësive të tij.
Vetëm në pak fusha konsumatorët e kanë të vështirë të ushtrojne sundimin e tyre teorik si në shërbimet mjekësore. Kjo edhe sepse dy shërbime mjekësore nuk mund të jenë kurrë njëlloj vetëm në qoftë se ndërmerren në pacientë të ndryshëm. Dështimi i një proçedure mjekësore të përcaktuar, për prodhimin e rezultatit të dëshiruar mund të ndodhë për shkak të përfitimeve mbi pacientin, të cilat nuk mund të parashikoheshin nga ana e një praktikuesi tepër të mirë. Gjithashtu, pacienti nuk mund të mësojë nga eksperienca se cili është mjeku apo spitali më i mirë teknikisht. Rekomandimet nga pacientë të tjerë gjithashtu nuk ndihmojnë. Reputacioni i arritur nga mjekët është një guidë më e mirë, megjithëse edhe kjo mund të dështojë dhe pak pacientë mund ta marrin vesh këtë gjë. Asnjë libër nuk është shkruar nga mjekët për t'i vlerësuar ata, sepse deri në një farë mase mund të matet kompetenca që është rezultat i trajnimit të mjekëve. Dhe madje, edhe një mjek i trajnuar mirë, mund të pakësojë njohuritë pas kualifikimit.
Aty ku konsumatorët kanë njohuri të mjaftueshme, ata mund të rregullojnë kolektivisht blerjet e tyre. Nëse konsumatorët janë të aftë që të përcaktojnë cilësinë, ata do të vendosin kolektivisht se sa para më tepër do të jenë të gatshëm të paguajnë për një cilësi më të mirë, dhe se çfarë cilësie minimale ata presin nga të mirat që të kushtojnë pak. Konsumatorë të ndryshëm do të blejnë të mira dhe shërbime të ndryshme me cilësi dhe çmime të ndryshme. Megjithatë, nëse konsumatori nuk mund ta përcaktojë cilësinë, ky rregullim nuk mund të ndodhë. Për më tepër, nëse ai kërkon ndihmë mjekësore urgjentisht, atij nuk i del koha që të kërkojë cilësinë e mirë apo çmimin e ulët të një shërbimi (të një cilësie të dhënë).

Rregullat e profesionit të mjekut

Përpara se të bëheshin rregullime në profesionin e mjekut, shumë mashtrues ishin të aftë që merrnin tarifa të larta, ndërsa mjekë kompetentë dhe të kualifikuar që ishin të punësuar, merrnin tarifa të ulëta në të njëjtën lagje. Qëllimi parësor që shkaktoi rregullimin e profesionit të mjekut ishte mbrojtja e mjekëve profesionistë nga konkurrenca e "mashtruesve". Nxitja për këtë erdhi nga mjekët më të kualifikuar e jo nga pacientët, megjithëse u bë shumë për pacientët e dëmtuar nga praktikues të pandershëm që ishin të pakualifikuar.
Rregullimi thelbësor në profesionin e mjekut është regjistrimi dhe liçensimi i personelit. Në praktikë kjo do të thotë që të krijohet një këshill qëndror që të përcaktojë se cilat kualifikime apo diploma dhe nga cila shkollë do të njihen. Ky këshill mund të përcaktojë periudhën minimale të edukimit e trajnimit që do të kërkohet në të ardhmen dhe mund të aprovojë gjithashtu curriculumet dhe të mbikëqyrë ekzaminimet. Aty ku këto këshilla drejtohen nga kryetari arritjet e kërkuara nga anëtarë të rinj tentojnë të rriten vazhdimisht. Kjo shkakton kufizimin e personelit dhe kështu krijon një fuqi të konsiderueshme monopoliste tek anëtarët e këtij profesioni.
Më 1909, kur u ndërmor rregullimi i edukimit mjekësor në SHBA sipas raportit të Flexner, numri i shkollave mjekësore ra nga 135 në 66 në një dekadë. Deri më 1971 numri i shkollave u rrit deri në 103, pra më pak se më 1909. Numri i mjekëve praktikantë në SHBA më 1910 ishte 14,6 në 100. Ajo u rrit vetëm në 17 në 100 më 1971, me gjithë rritjen e madhe ekonomike.

Furnizimi me mjekë u rrit shumë pak në krahasim me kërkesën, dhe kjo shkaktoi përfitime të mëdha ekonomike për profesionin.
Në disa vende të tjera, rregullimi nuk ka qënë pasojë e kufizimit të kërkesës. Për 50-vjetët e fundit ish-Bashkimi Sovjetik planifikoi një rritje të madhe në numrin e mjekëve, dhe i'a arriti. E njëjta gjë ka ndodhur në vende të tjera të Europës Lindore pas Luftës, dhe gjithashtu në vende të tjera si p.sh. Egjipti. Ka pasur një shtim të madh të mjekëve në Argjentinë, por pa planifikim.
Çdo student i kualifikuar ka të drejtë të hyjë në shkollë mjekësore nëse dëshiron. Nuk ka pasur kufizime për asnjë vend. Popullimi i mjekëve është tani 1 në 600, duke lëvizur në 1 në 200 në Buenos Aires dhe 1 në 170 në Cordoba. Në vendet në të cilat mund të futesh më lehtë në shkollë, fitimi e mjekëve është i ulët, duke e krahasuar me kohën e shkollimit dhe me profesione të tjera. Në Argjentinë, një mjek shpreson të fitojë 80$ në muaj në vitin e tij të parë-ekuivalente me rrogën e një punëtori të aftë.
Fitimet e mjekëve varen jo vetëm nga oferta bazuar në kërkesë, por edhe se sa ata janë favorizuar nga monopoli prej ligjit. Një regjistër shteti për personelin mundet vetëm të regjistrojë ata që janë diplomuar dhe kualifikuar në një degë të caktuar. Për shëmbull, regjistri i infermierëve në Londër nuk bën më tepër se kaq. Një regjistrim ose licencë shkon më larg duke u dhënë të drejtën ekskluzive disa personave të regjistrohen duke i kthyer në ilegale persona të tjerë në këto funksione. Vetëm një mjeku mund t'i jepet e drejta që të lëshojë një certifikatë vdekjeje, të këshillojë barna të caktuara apo të ndërmarrë proçedura të caktuara mjekësore. Në të njëjtën mënyrë, të drejta të tilla mund t'u jepen personave të regjistruar si dentistë.
Regjistrimi ose licensimi nuk janë të vetmet mënyra prej nga shfaqet fuqia monopoliste e disa personave. Për shëmbull, fuqia monopoliste e mjekëve në Britani rritet mjaft për shkak se vetëm një mjek i regjistruar mund të punësohet rregullisht në një spital ose të bëjë kontratë që të veprojë si praktikues i përgjithshëm në *National Health Service*. Në të njëjtën mënyrë, në SHBA kompanitë e sigurimit dhe agjentët e sigurimit shoqëror vetëm mund të rimbursojnë shpenzimet e autorizuara nga një mjek, dhe një spital vetëm mund të akordojë privilegjet për të vepruar si mjek. Kështu, pacientët mund të jenë të aftë të blejnë këshilla mjekësore dhe trajtime të veçanta nga praktikuesit farmacistët, herbalistët, osteopatët dhe praktikantët vendas. Por, kur shërbimet nga mjekët bëhen falas, pacientët nxiten që të konsultohen me një mjek të regjistruar sesa nga një praktikues i paregjistruar, sepse i fundit paguhet për shërbimet.
Pra, fuqia monopolistike e profesionit, varet nga numri i personelit të regjistruar, i krahasuar me kërkesën për sherbime, në shtrirjen e punës së personelit të paregjistruar dhe nxitjet që u bëhen pacientëve për t'u vizituar tek personeli i resgjistruar. Papërshtatshmëria dhe kostoja e udhëtimit mund të kufizojë pacientët që të shkojnë tek mjeku. Kur gjenden vetëm pak praktikues në një lagje, është më e lehtë për ta që të bien dakord për të njëjtat pagesa sesa t'i ulin ato, për të tërhequr pacientët.

Mjeku si agjent blerës

Siç përmendet me lart, një mjek duhet jo vetëm të vëndosë se për çfarë ka nevojë pacienti, por gjithashtu të sigurojë ose të porositë të mira dhe shërbime të cilat nevojiten për interes të pacientit. Nga pikëpamja e pacientit "injorant", mjeku duhet të veprojë si një blerës i informuar për interesin e pacientit. Pacienti pret që mjeku të sigurojë ose të porositë vetëm ato shërbime që janë vërtet të nevojshme. Ai, ose të afërmit e tij, presin këshilla se cilin standard komoditeti duhet që të paguajnë, nëse bëhet dërgimi në spital ose qëndrimi në shtëpi. Ata shpresojnë, gjithashtu, që të këshillohen nëse duhet të drejtohen tek një specialist më i famshëm i cili kërkon

më shumë, apo tek një më pak i famshëm, që rrjedhimisht kërkon më pak. Por ama, shumë vendime praktikisht merren nga mjeku pa asnjë këshillim me pacientin apo perfaqësuesin e tij.
Mjeku, kur vendos se çfarë duhet të sigurojë ose të porositë për pacientët e tij, duhet që t'i përmbahet etikës së tij morale e profesionale dhe të mos marrë parasysh fitimin e tij. Por, mjeku privat, i cili vendos pagesat për shërbime mbi baza tradicionale, ballafaqohet vazhdimisht me konflikte interesi. Mjeku është në një pozitë që të këshillojë pacientin nëse vizita të tjera janë të nevojshme. Nëse pacienti gjendet i sëmurë në shtëpi, mjeku duhet të vendosë se sa shpesh duhet ta vizitojë. Tek pacienti, që ndihet i sëmurë por që nuk ka simptoma apo anomali të cilat mund të identifikohen nga mjeku, mund të zhvillohen simptoma apo anomali të tjera më vonë. A duhet që t'i lihet inisiativa pacientit që të thërrasë sërish mjekun, apo duhet që vetë mjeku të thërrasë pacientin ose ta këshillojë për një vizitë të mëtejshme? A duhet që mjeku të këshillojë pacientët që ndihen mirë për vizita të rregullta shëndetësore?
Në të vërtetë, nuk ka një limit që të përcaktojë numrin e vizitave të pacientit. Në çdo rast mjeku mund që të zbulojë një sëmundje në fazat e para të saj, e megjithatë të dhënat statistikore që të ndodhë kjo gjë janë jashtëzakonisht të vogla. Kështu, disa familje mbretërore kanë qënë në mbikëqyrje të vazhdueshme të mjekëve. Dhe shëndeti i presidentit të SHBA-së monitorohet nga afër nga mjeku i tij personal. Ndërsa kemi një kufi për veprimet kuruese apo parandaluese që njihen si efektive tek pacienti, është e pamundur të themi nëse nga një veprim i mjekut pacienti nuk përfiton asnjë gjë. Një qetësues (placebo) mund të bëjë pacientin të ndihet më mirë dhe ky është një shërbim për të cilin pacientët janë të gatshëm të paguajnë.
Në rastin e një sëmundjeje të lehtë mendore nuk ka një kufi për kohën që mjeku duhet të shpenzojë me pacientin, të cilën ai e konsideron të nevojshme. Shumë prej nesh kërkojnë siguri dhe mbështetje emocionale. Një mjek që është një dëgjues dashamirës mund të kryejë një shërbim që i përshtatet dëshirës së pacientëve të cilët janë të gatshëm të paguajnë për të. Sa e ka bërë mjeku pacientin të varur emocionalisht nga ai? Kufiri ndërmjet asaj që është e nevojshme dhe asaj që vlerëson pacienti, ndërmjet kurës efektive dhe kurës së "dhimbsur", nuk mund të caktohet lehtë. Mjeku që u përgjigjet kërkesave emocionale të pacientit realizon një shërbim dhe fiton. Për çdo person, duke përfshirë edhe vetë mjekun, është e vështirë që të përcaktojë bindshëm se një shërbim është i panevojshëm dhe realizohet për fitime.
Konflikti i interesit mund të ngrihet në porositjen e shërbimeve nga të tjerët. Për shembull, një mjek mund të përfitojë ekonomikisht nga autorizimi i një ekzaminimi patologjik apo me reze-X. Ai mund ta realizojë vetë atë, të punësojë një ekip apo ta dërgojë në një laborator, por gjithnjë duke i marrë më tepër sesa kërkon laboratori. Shumë laboratorë në SHBA i kthejnë mrapsht testet që u dërgohen. Në të njëjtën mënyrë, mjeku mund t'u këshillojë pacientit një kirurg për një operacion ose ta ndërmarrë atë vetë, duke i marrë sipas rrethanës. Edhe nëse ai vendos që ta çojë pacientin tek një kirurg, ai mund të përfitojë ekonomikisht duke "asistuar" në operacion dhe duke u kujdesur për pacientin në spital. Gjithashtu, vetë kirurgu mund të ketë interes në "ndarjen e parave", duke nxitur mjekun që të sjellë sërish pacientët tek ai. Megjithatë, shumë shoqëri të profesionit i quajnë këto praktika jashtë etikës. Kështu, vendimi nëse duhet rekomanduar apo kush duhet të rekomandojë mund të merret vetëm në rastet kur mjeku fillestar përfiton më shumë.
Një konflikt i mëtejshëm interesi mund të ngrihet kur një mjek është pronar i një farmacie apo spitali. Vendimet, nëse duhet të bëjë recetë apo çfarë medikamenti duhet të këshillojë, merren shpesh kur mjeku përfiton nga cdo recetë dhe e di se me cilat ilaçe mund të fitojë më tepër. Në të njëjtën mënyrë, vendimi nëse duhet të çohet pacienti në spital merret duke ditur se ka shtretër të lirë dhe se pacienti duhet të paguajë për të. Një mjek që është pronar i një spitali, si çdo pronar tjetër duhet të vendosë standardet në zonat ku pacienti është pa ndjenja. Për

shëmbull, cila pjesë e inferemierëve dhe e stafit tjetër është e kualifikuar? Kush vepron si anestezist kur mjeku operon? Spitalet private të cilat nuk zotërohen nga po ato mjekë, janë të gatshme të paguajnë mjekun që t'i çojë pacientët në këto spitale.
Mund të bëhen rregullime për të shmangur konfliktin e interesit dhe për të siguruar standardet minimale. Ndërkohë që në Japoni nuk konsiderohet si jo-etike që një mjek të zotërojë një spital ose të shesë ilaçe farmaceutike, në Britani zotërimi i një farmacie konsiderohet joetike nga Shoqata Mjekësore Britanike. Në shtetet e Bashkuara një mjek mund të zotërojë një spital, ndërsa në varësi të ligjeve të shtetit, nuk mund të zotërojë nje farmaci apo dyqan optike.
Arsyeja e përfitimit financiar nuk është e vetmja që i bën mjekët t'u bëjnë pacientëve të tyre shërbime të panevojshme. Frika nga akuzat për neglizhencë, bën që mjekët të tregohen më të kujdesshëm nëpërmjet testeve të sigurisë, megjithëqë mendojnë se një gjë e tillë është e panevojshme. Nëse bërja e testeve të panevojshme nuk sjell humbje financiare për mjekun, atëherë përse të mos bëhen? Dërgimi në spital për vëzhgim apo diagnozë mund të motivohet në të njëjtën mënyrë. Nëse pacienti do të vdesë në shtëpi, lind e njëjta neglizhencë. Nëse pacienti vdes në spital, kjo e parandalon akuzën e mësipërme. Mjekut nuk i kushton gjë që të harxhojë paratë e dikujt tjetër në sasi të tepruar për t'u siguruar se nuk mund të ndiqet penalisht.
Pak raste neglizhence kanë ndodhur në Britani, për vetë faktin se të gjithë mjekët mund të sigurohen për të mbuluar shpenzimet ligjore dhe dëmtimet për 25£ në vit ($60) më 1973. Në Shtetet e Bashkuara, regjistrohen çdo vit, rreth 10000 raste neglizhence dhe në Kaliforni kishte 18 raste të tilla në 100 mjekë. Kirurgët e përgjithshëm duhet të paguajnë nga $4000 deri në $1 milion për t'u siguruar nga neglizhenca. Në disa fusha të kirurgjisë ky sigurim kushton $20000 në vit,dhe disa anestezistë paguajnë $34000. Shtetet e Bashkuara janë një vend me shumë raste gjyqesh, të cilat nxiten nga pranimi i "veprimeve spekulative" si etike nga ana e profesionit: pacienti i paguan avokatit të tij në rastin kur fiton gjyqin një pjesë të parave që përfiton si dëmshpërblim.
Një tjetër arsye për shpenzime të panevojshme është se mjeku nuk ka interes për ekonominë dhe nuk di se si ta mbrojë atë. Shkollat mjekësore zakonisht i mësojnë mjekët që të kërkojnë më të mirën përsa i përket kostos së pavarur të pacientit. Ata mund të mos i shohin faturat e spitalit apo ilaçet që kanë porositur. Mjekët janë autodidaktë në porositjen ekonomike të ilaçeve dhe dinë shumë pak rreth kostos së medikamenteve të reja që hyjnë kur ata janë në punë.
Sistemi me të cilin sigurohen shërbimet shëndetësore dhe se si mjekët trajnohen dhe shpërblehen, mund të ndikojë për kryerjen e shërbimeve të panevojshme dhe joekonomike. Shërbimet e panevojshme përbëjnë shpërdorim ekonomik. Ata, gjithashtu, mund të jenë shkaku që të tjerëve që kanë nevojë t'u mohohet shërbimi shëndetësor. Nëse shtretërit e kufizuar të një spitali përdoren për ata pacientë që nuk kanë nevojë, ata që janë në nevojë urgjente duhet të presin ose të mos pranohen në spital. Nëse akumulimi i mjekëve në zonat më të populluara urbane nuk çon në uljen e të ardhurave të tyre mesatare për shkak të shërbimeve të panevojshme të kryera, atëherë nuk do të ketë presion ekonomik për të nxitur mjekët e rinj që të hyjnë në këto zona dhe t'i detyrojnë të zgjedhin zona ku shërbimi i tyre është i nevojshëm. Ndërkohë që personeli i kualifikuar është i kufizuar në çdo kohë, shërbimet e panevojshme në zonat urbane mund të pengojnë sherbimet e nevojshme në zonat rurale.
Ajo që do të ishte rrënjësisht e gabuar është sjellja e mjekëve më tepër si biznesmene sesa si këshillues profesionist i pavarur. Por, derisa të ndodhë kështu, bëhet i nevojshëm analizimi i nxitësve financiarë mbi mjekët, spitalet, kompanitë farmaceutike dhe furnitorë të tjerë të shërbimit shëndetësor. Për të alternuar këta nxitës, qeveritë, në shumë vende, kanë marrë fuqi të gjërë për kontrollin e furnizimit dhe shpërndarjes së shërbimeve shëndetësore, dhe kanë alternuar nxitësit financiarë mbi ata që punojnë në këtë fushë. Pjesërisht për këtë arsye, në disa

vende spitalet zotërohen nga shteti. Kështu, shteti vendos për spitalet që do të ndërtohen, për përmasat dhe vendin e ndërtimit, dhe përpiqen të gjejnë variante të vlefshme ekonomike. Në vende të tjera përdoret fuqia planifikuese për të kontrolluar ndërtimin e spitaleve, pa i zotëruar ato. Në të njëjtën mënyrë, shtetet mund të rregullojnë vendin e praktikimit të mjekut, me qëllim që të sigurohet një shpërndarje më e gjerë e personelit.

Kështu, rregullimi i furnizmit me shërbime shëndetësore mund të ketë shumë qëllime si:

- Sigurimi i një cilësie minimum;
- Një shpërndarje gjeografike e burimeve të kufizuara;
- Parandalimi i shërbimeve të panevojshme.
- Kufizimi i shpenzimeve;
- Sigurimi i vlerës së parasë, duke e përdorur atë në mënyrë ekonomike gjatë shpenzimeve për shërbimet shëndetësore.

Konkluzion

Karakteristika mbizotëruese në tregun mjekësor është mungesa e njohurive të konsumatorit. Ata nuk e dinë rriskun e "sëmundje-shërimit". Ata, zakonisht, nuk e dinë se cilat shërbime të sakta duhet të blejnë, perspektivën e përfitmit prej tyre, ose të dallojnë cilësinë e shërbimeve shëndetësore që kanë blerë. Pak mund të shprehin preferencë për zgjedhjen e një mjeku apo dentisti. Për ta mbrojtur konsumatorin nga "injoranca" e tij, janë caktuar disa standarde për t'u arritur nga ata që duan të kenë profesionet më të rëndësishme në shendetësi. Për ta mbrojtur konsumatorin nga shfrytëzimi, mjeku, nga pikëpamja etike, nuk duhet të shumëfishojë fitimet. Gjithashtu, shumica e spitaleve në botë nuk e kanë këtë qëllim. Kushtet thelbësore për një ushtrim racional të zgjedhjes së konsumatorit mungojnë në zona të gjëra të tregut mjekësor. Edhe kur shërbimet nuk janë falas, qeveritë që u kanë dhënë të drejta monopolistike mjekëve, që i lejojnë këta praktikisht të shpenzojnë paratë e pacientit, kanë për detyrë që të sigurojnë që këto të drejta të përdoren me përgjegjësi nga pikëpamja ekonomike dhe shëndetësore gjithashtu.
Është frika e falimetimit që i bën firmat të ndjeshme ndaj kostos. Konsumatorët kërkojnë vazhdimisht për blerjen më të mirë. Të mirat ose shërbimet nuk do të shiteshin, nëse konsumatorët do të mund të gjenin vlerë më të madhe diku tjetër. Në shumë fusha të tjera, konsumatorët pyesin specialistë të ndryshëm që t'i ndihmojnë për të bërë blerjen më të mirë. Në teori, të paktën është puna e komisionerëve të sigurimit që t'i gjejnë konsumatorit mbulimin që dëshiron nga një sigurues i mirë me kosto të ulët. Aftësitë për këtë gjë përcaktojnë suksesin e biznesit te tyre. Megjithatë, konsumatorët nuk zgjedhin mjekët nga mëndjemprehtësia si negociatorë apo nga aftësitë si agjentë blerës, por për njohuritë e tyre në mjekësi dhe aftësitë për ta praktikuar atë. Mjekëve nuk u mësohet që të jenë të ndjeshëm ndaj kostos gjatë edukimit të tyre mjekësor, dhe as nuk bëhen të tillë pasi kualifikohen. Ata ushtrojnë pak ose aspak presion mbi furnitorët e shërbimeve mjekësore për t'u bërë të ndjeshëm ndaj kostos.
Kërkesa e individëve në treg për shërbime mjekësore me ose pa sigurim, është një zvogëlim i madh i asaj çfarë njerëzit do të paguanin për shërbime mjekësore. Kështu, kërkesa e shprehur e votuesve për shërbime mjekësore falas ose të lira, në shumë vende të zhvilluara ka kuptim real, megjithëse kjo do të thotë të imponosh vendet e shumicës mbi pakicën. Kjo bën përgjegjës shtetin që të bëjë të mundur që shërbimet të kryhen aty ku nevojiten, dhe që vlera në para të merret nga shërbime që janë blerë kolektivisht.

II. LIBERALIZIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Sikurse dihet, sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Pjesa më e madhe e shërbimeve që i ofrohen popullsisë si në fushën e parandalimit, promocionit, diagnostikimit dhe kurimit sigurohet nga shteti. Gjatë viteve të tranzicionit janë hedhur hapa të rëndësishëm në privatizimin e disa shërbimeve shëndetësore si ato të shërbimit farmaceutik, shërbimi i stomatologjisë si dhe lejimi i disa klinikave diagnostikuse në specialitete të veçanta.
Ministria e Shëndetësisë, e cila është hartuese dhe përgjegjëse për politikat dhe strategjitë e sistemit shëndetësor, për rregullimin e tij dhe koordinimin e të gjithë aktorëve brenda dhe jashtë sistemit, luan rolin udhëheqës në sektorin publik. Ajo mbikëqyr shërbimin shëndetësor diagnostikues dhe kurues në të tre nivelet e tij:

- Shërbimi parësor,
- Shërbimi spitalor dytësor,
- Shërbimi spitalor tretësor.

Në strategjinë e Ministrisë së Shëndetësisë, përvec formulimit të politikave dhe strategjive, përcaktimit të prioriteteve, monitorimit e zbatimit të tyre, përmirësimit të vazhdueshëm të strukturës së saj, bashkëpunimit ndërsektorial, forcimit të rolit të organizatave të profesionistëvë të shëndetit, forcimit të rolit të pacientit, duke synuar vendosjen e tij në qendër të sistemit, një rëndësi të veçantë do të marrë stimulimi i sektorit privat, por pa shkelur barazinë dhe cilësinë e shërbimit shëndetësor, si dhe liberalizimi i shërbimeve shëndetësore, të cilat shkojnë më tej se procesi i licensimit. Ky sektor duhet monitoruar në mënyrë të tillë që të sigurohen standardet e shërbimeve mjekësore si dhe të merren masa për sigurimin e zbatimit të tyre. Një rëndësi të vecantë merr mbrojta e të drejtave të pacientëve dhe të profesionistëve të shëndetit që punojnë në këtë sektor.

Liberalizimi i shërbimeve shëndetësore ngre një numër problemesh:

- Si do të sigurohet financimi i shërbimeve shëndetësore? Cilat janë burimet e financimit të kujdesit shëndetësor?
- Cilat janë mundësitë e zgjidhjes së vështirësive të krijuara të karakterit social, ekonomik, juridik etj.?
- Në ç'mënyrë do të funksionojë tregu privat i këtyrë shërbimeve? Si do të realizohet rregullatori i tregut të shërbimeve shëndetësore?
- Si dhe pse do të ndryshojnë shpenzimet në përputhje me shkallën, lokalizimin apo llojin e shërbimeve mjekësore dhe shëndetësore të siguruara?

Një nga synimet kryesore të liberalizimit të shërbimeve shëndetësore është reformimi i sistemit të financimit dhe të shpërndarjes së burimeve. Kjo kërkon zgjerimin e bazës së burimeve për shëndetin dhe sistemin shëndetësor, shtimin e masës së financimit nga secili burim dhe përdorimin me efektivitet të tyre.
Zgjerimi i bazës së kontributeve në sigurimin shëndetësor, sigurimi suplementar për shërbime specifike, krijimi i instituteve private në fushën e sigurimeve shëndetësore, nxitja e investimeve të huaja në sektorin privat do të siguronin realizimin e reformave bazë në shërbimet shëndetësore.
Dy karaktëristika paraqesin rëndësi të vecantë: kufizimi i shpenzimeve dhe arritja e rezultateve më të mira nga shfrytëzimi i burimeve ekzistuese.

Rëndësi të vecantë merr motivimi i personelit shëndetësor. Kjo realizohet mbi bazën e vetëfinancimit të institucioneve nga të ardhurat dytësore mbi bazën e disa tarifave për disa shërbime.
Hapja e shërbimeve spitalore për sipërmarrjet e huaja do të çonte nga njëra anë në rritjen e shpenzimeve për kujdesje shëndetësore dhe zvogëlimin e shpenzimeve publike në sektorët socialë, dukë i dhënë avantazhe eksportimit të aftësive dhe teknologjisë në sektorin shtetëror. Burimet shtesë financiare, sidomos nga fitimet e valutave të huaja, mund të kanalizohen për të përmirësuar shërbimet shëndetësorë kombëtare, dhe në përmirësimin si të infrastrukturës në plotësimin e kërkësave të huaja, ashtu edhe resurset njerëzore nga kontakti me teknologjinë e re, ku dhe popullsia lokale duhet të përfitojë po aq shumë.
Pozicioni konkurrues i shërbimeve shëndetësore do të varet nga faktorë të ndryshëm: kostoja e strukturës, cilësia e pajisjeve dhe infrastruktura shëndetësore. Vende si Shqipëria mund të përfitojnë më shumë nga këto avantazhe si për shkak të kostos më të ulët të punës, forcës së aftë për punë etj., dhe duke shfrytëzuar këto avantazhe për të përfituar nga tregtia në shërbime shëndetësore.
Për qëllime tregtie, GATS përcakton shërbimet në katër mënyra në të cilat ato mund të furnizohen:

- Kalimi i kufirit
- Përmes konsumimit jashtë vendit
- Përmes pranisë tregtare
- Përmes njerëzvë që janë furnitorë të shërbimeve

OBSH ka identifikuar tre objektiva të përkohshëm për të çuar më tej këtë qëllim:
- Mundësi të njëjta për pëkujdesje shfrytëzim i njëjtë i shërbimeve shëndetësore për nevoja të njëjta;
- Cilësi të kujdesjes (u referohet starndardeve për përkujdesje shëndetësore);
- Përdorimi efikas i resurseve-shpërndarja e resurseve të cilat përdoren me efikasitet nëse një prodhim kryhet me kosto minimale.

Rritja e shpejtë e teknologjisë së informacionit dhe telekomunikacionit ka rritur mjaft potencialin për sigurimin e shërbimeve shëndetësore përtej kufijve.
Një tregti e tillë haset kryesisht në formë të telemjekësisë, e përcaktuar si praktika e kujdesjes mjekësore duke përdorur audio interaktive, komunikimet vizuale dhe të informacionit.
Kjo përfshin:
- Dhënien e kujdesjes,
- Diagnozën,
- Mjekimin,
- Edukimin mjekësor.

Në një farë mase, ajo është një zëvëndësues i kontaktit të drejtëpërdrejtë midis furnitorit të kujdesit shëndetësor dhe pacientit, apo këshillimin midis furnitorëve. Ajo mundëson, për shembull, pacientët të këshillohën me mjekë me eksperiencë, studentët e Fakultetit të Mjekësisë të ndjekin kurset më moderne pa shpenzimet e udhëtimit, apo klinikat lokale të dërgojnë imazhe radiologjike satelitore për një interpretim të shpejtë nga qendrat e specialiteteve.

Tregu shëndetësor dhe liberalizimi i tij



1

Kufizimet e zgjedhjes së konsumatorit

- Prodhuesit japin ato që konsumatori i gjykon të vlefshme për paratë e paguara; të tjerë prodhues që janë më pak të suksesshëm në arritjen e kësaj, mund edhe të falimentojnë.
- Tregu privat kontrollohet nga shitjet e konsumatorëve.
- Prodhuesit përpiqen që t'i bindin konsumatorët të dëshirojnë atë që më parë nuk e dëshironin, ose të dëshirojnë më tepër.
- Ata përpiqen të eliminojnë konkurencën duke zotëruar tregun.

2

- Klientët që blejnë klasën e mallrave që ai shet e dinë se çfarë po blejnë dhe fermeri nuk është në pozitë që t'i bindë njerëzit që të duan mallrat e tij më tepër se mallrat e të tjerëve.
- Çmimi që ai vendos për mallrat e tij varet në atë çka duan konsumatorët .
- Nëse këto mallra janë të një cilësie të lartë, ai do të kërkojë më shumë; nëse janë cilësi e dobët ai do të kërkojë më pak.

3

Cilat janë 3 pikat që dallojnë tregun për shërbime mjekësore?

1) Kërkesa kryesore për të përdorur burimet mjekësore imponohet nga mjeku e jo nga konsumatorët.
2) Konsumatorët janë vetëm në një masë të vogël të aftë të vlerësojnë cilësinë e shërbimeve mjekësore që marrin.
3) Ndërkohë që konsumatorët shpesh i kërkojnë urgjentisht shërbimet mjekësore.

4

Kufizimet e zgjedhjes së konsumatorit…

- Furnizimi i të mirave apo shërbimeve të patatuara do të sjellë normalisht një rritje të madhe në kërkesë.
- Shumë njerëz vizitohen tek mjeku shumë më tepër se ç'e kërkon shëndeti dhe konsumojnë medikamente në sasi më të mëdha nga ç'nevojiten.
- Janë mjekët dhe personeli mjekësor që shpërndajnë burimet kryesore mjekësore të një vendi, duke vendosur për përgjigjen që do t'u jepet kërkesave të pacientit.
- Pacienti nuk mund ta dijë se për sa kohë ai ka nevojë, cilat ekzaminime duhet të kryhen etj.
- Ai shkon tek mjeku për të zbuluar se çfarë nuk shkon dhe se si mund të parandalohet e kurohet.

5

PACIENTI I BESON MJEKUT DY ROLE

1) Diagnoza e asaj që kërkohet,
2) Sigurimi i shërbimeve të nevojshme për të.

- Pacienti, jo vetëm që nuk është në gjendje të përcaktojë cilësinë e kurimit, por as të dijë nëse shërbimi ju dha me një çmim të arsyeshëm.
- Vetëm në pak fusha konsumatorët e kanë të vështirë të ushtrojnë sundimin e tyre teorik si në shërbimet mjekësore, sepse 2 shërbime mjekësore nuk mund të jenë kurrë njëlloj vetëm nqs ndërrmeren në pacientë të ndryshëm.
- Pacienti nuk mund të mësojë nga eksperienca se cili është mjeku apo spitali më i mirë.
- Reputacioni i arritur nga mjekët është një guidë e mirë.
- Aty ku konsumatorët kanë njohuri të mjaftueshme, ata mund të rregullojnë kolektivisht blerjet e tyre.

6

Rregullat e profesionit të mjekut

- Përpara se të bëheshin rregullime në profesionin e mjekut, kishte shumë mashtrues që merrnin tarifa të larta, ndërsa mjekë kompetentë dhe të kualifikuar që ishin të punësuar merrin tarifa të ulta në të njëjtën lagje.
- Qëllimi parësor që shkaktoj rregullimin e profesionit të mjekut ishte mbrojtja e mjekëve profesionistë nga konkurenca e "mashtruesve". Nxija për këtë erdhi nga mjekë të kualifikuar e jo nga pacientët.
- Rregullimi thelbësor në profesionin e mjekut është rregjistrimi dhe liçensimi i personelit.
- Të krijohet 1 këshill që të përcaktojë se cilat kualifikime apo diploma njihen, si dhe të përcaktojë periudhën minimale të edukimit e trajtimit.

7

- Më 1909 u ndërmor rregullimi i edukimit mjekësor në SHBA sipas raportit të Flexner.
- Deri më 1971 nr i shkollave u rrit deri në 103.
- Çdo student i kualifikuar ka të drejtë të hyjë në shkollë mjekësore nëse dëshiron.
- Fitimet e mjekëve varen jo vetëm nga oferta e bazuar në kërkese, por edhe se sa ata janë favorizuar nga monopoli prej ligjit.
- Vetëm një mjeku mund t'i jepet e drejta që të lëshojë një certifikatë vdekjeje, të këshillojë barna të caktuara etj.
- Regjistrimi ose liçensimi nuk janë të vetmet mënyra prej nga shfaqet fuqia monopolistike e disa personave.
- Fuqia monopolistike e profesionit, varet nga nr i personelit të regjistruar, i krahasuar me kërkesën për shërbime.

8

Mjeku si agjent blerës

- Një mjek duhet jo vetëm të vendosë për çfarë ka nevojë pacienti, por edhe të sigurojë ose të porositë të mira dhe shërbime të cilat nevojiten për interes të pacientit.
- Nga pikëpamja e pacientit "injorant" mjeku duhet të veprojë si blerës i informuar për interesin e pacientit.
- Pacienti pret që mjeku të sigurojë vetëm ato shërbime që janë vërtet të nevojshme. Ai ose të afërmit e tij presin këshilla se cilin standard komoditeti duhet që të paguajnë.
- Shumë vendime merren nga mjeku pa asnjë këshillim me pacientin.
- Mjeku privat ballafaqohet me konflikete interesi.
- Nuk ka 1 limit që të përcaktojë nr e vizitave të pacientit. Në çdo rast pacienti mund të zbulojë sëmundje në fazat e para, por mundësia është e vogël.

9

- Mjeku që është dëgjues dashamirës mund të kryejë një shërbim që i përshtatet dëshirës së pacientëve të cilët janë të gatshëm të paguajnë për të.
- Një konflikt interesi mund të ngrihet kur mjeku është pronar i një farmacie apo spitali. Vendimet nëse duhet të bëjë recetë apo çfarë medikamenti do të jap merren shpesh kur mjeku përfition nga çdo recetë.
- Mund të bëhen rregullime për të shmangur konfliktin e interesit dhe për të siguruar standardet minimale.
- Arsyeja e përfitimit financiar nuk është e vetmja që i bën mjekët që tu bëjnë pacientëve shërbime të panevojshme. Frika nga akuzat për neglizhencë, bën që mjekët të tregohen më të kujdesshëm.
- Arsyeje tjetër për shpenzime të panevojshme është se mjeku nuk ka interes për ekonominë dhe nuk di si ta mbrojë atë.
- Ajo që do të ishte rrënjësisht e gabuar është sjellja e mjekëve më tepër si biznesmenë sesa si këshillues profesionist i pavarur.

10

Rregullimi i furnizimit me shërbime shëndetësore mund të ketë qëllime si:

- Sigurimi i një cilësie minimum,
- Një shpërndarje gjeografike e burimeve të kufizuara,
- Parandalimi i shërbimeve të panevojshme,
- Kufizimi i shpenzimeve,
- Sigurimi i vlerës së parasë duke e përdorur atë në mënyrë ekonomike gjatë shpenzimeve për shërbimet shëndetësore.

11

Konkluzion

- Karakteristika mbizotëruese në tregun mjekësor është mungesa e njohurive të konsumatorit. Ata nuk e dinë riskun e "sëmundje –shërimit". Nuk dinë se cilat shërbime duhet të blejnë.
- Është frika e falimentimit që i bën firmat të ndjeshme ndaj kostos.
- Konsumatorët nuk zgjedhin mjekët nga mendjemprehtësia si negociatorë apo nga aftësitë si agjentë blerës, por për njohuritë e tyre në mjekësi dhe aftësitë për ta praktikuar atë.

12

II. Liberalizimi i shërbimeve shëndetësore

- Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Pjesa më e madhe e shërbimeve që i ofrohen popullsisë si në fushën e parandalimit, promocionit, diagnostifikimit dhe kurimit sigurimit sigurohet nga shteti.

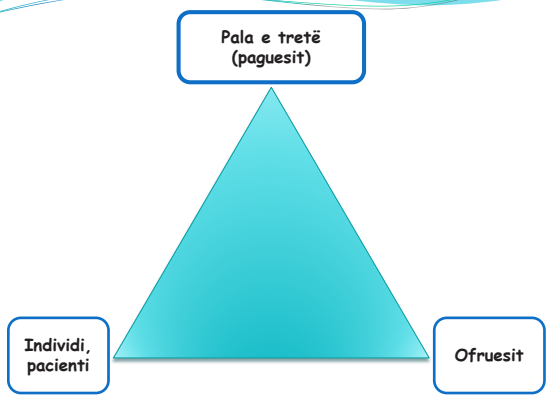
- Sektori privat është akoma në hapat e parë dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimit farmaceutik, shërbimit stomatologjik dhe disa klinika diagnostikuese specialitetesh të cilat janë përqëndruar kryesisht në Tiranë.

13

Sistemi Shëndetësor sipas (WHO)

- *Sistemi Shëndetësor është tërësia e të gjitha organizatave, institucioneve dhe burimeve, qëllimi kryesor i të cilave është përmirësimi i shëndetit.*

14



15

Përfituesit janë:

- Grupet demografike.
- Shtresat socio-ekonomike.
- Profili epidemiologjik.
- Entitetet gjeopolitike.

16

Ofruesit e shërbimeve shëndetësore janë:

1) Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë.
2) Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik "Mbretëresha Geraldinë" Tiranë.
3) Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik "Koço Gliozheni " Tiranë.
4) Spitali Universitar i Sëmundjeve të Mushkerive "Shefqet Ndroqi" Tiranë.
5) Spitali Ushtarak.
6) Klinika Stomatologjike Universitare.

17

7) Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
8) Qendra Kombëtare Kontrollit të Barnave (QKKB)
9) Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut (QKTGJ)
10) Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve Tiranë (QKMZHRF)
11) Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore.
12) Drejtoritë e Shëndetit Publik.
13) Njësia e Transportit Mjekësor me Helikopter.
14) Klinika e Shërbimeve Shëndetësore Qeveritare.
15) Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.
16) Ambulancat, Q.Shëndetësore, Poliklinikat.

18

Pala e tretë

- Ministria e Shëndetësisë
- ISKSH
- Ministria e Mbrojtjes
- Ministria e Drejtësisë
- Pushteti Vendor
- Ndihmat e Huaja
- Institucionet jo-fitimprurëse dhe organizatat jo-qeveritare

19

Ministria e Shëndetësisë

- Ministria e Shëndetësisë luan rolin udhëheqës në sektorin publik. Ajo mbikqyr shërbimin shëndetësor diagnostifikues dhe kurues në tre nivelet e tij:
  - Shërbimi parësor
  - Shërbimi spitalor dytësor
  - Shërbimi spitalor tretësor
- MSH është ofruesi kryesor i kujdesit shëndetësor në Shqipëri, megjithëse sektori privat është duke u rritur gradualisht.
- MSH nuk luan rolin e blerësit ajo merret me prodhimin dhe shpërndarjen e shërbimeve.
- Është hartuese dhe përgjegjëse për politikat dhe strategjitë e sistemit shëndetësor, për rregullimin e tij si dhe për koordinimin e të gjithë aktorëve brenda dhe jashtë sistemit.

20

- Një rëndësi të veçantë do të marrë stimulimi i sektorit privat, por pa shkelur barazinë dhe cilësinë e shërbimit shëndetësor, si dhe liberalizimi i shërbimeve të cilat shkojnë më tej se proçesi i liçensimit.

21

FSDKSH (ISKSH)

- ***Misioni:*** Organizimi dhe drejtimi i sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë.
- Nuk ofron shërbime.
- FSDKSH është institucion i pavarur (drejtohet nga Këshilli administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm).
- ***Financohet nga:*** Buxheti i shtetit, kontributi i të siguruarve, donacionet, të ardhura të tjera.

22

Pse ndërhyn pala e tretë?

- Arsyeja: Për të ulur % e shpenzimeve në formën e pagesave nga xhepi,
- Kosto e papërballueshme,
- Paparashikueshmëria,
- Periodiciteti,
- Shëndeti si kapital njerëzor,
- Ligji i numrave të mëdhenj.

23

Organet kryesore financiare të sektorit publik janë:

- MSH (rreth 2/3 e shpenzimeve publike).
  - ✓FSDKSH (deri diku mbi një çerek). Financon kujdesin shëndetësor parësor dhe shërbimin spitalor.
- Ministria e Mbrojtjes merr rreth 3% të shpenzimeve, kryesisht nëpërmjet finacimit të Spitalit Ushtarak të Traumave në Tiranë.

24

Blerësit

- FSDKSH është blerësi kryesor i paketave të shërbimeve shëndetësore. I blen nga MSH.
- Ministria e Mbrojtjes blen gjithashtu shërbime shëndetësore si: Spitali Ushtarak.
- Ministria e Drejtësisë gjithashtu blen shërbime nga MSH për të burgosurit që kanë spitale të veçanta si edhe qendra të Shëndetit Mendor.

25

Liberalizimi i shërbimeve shëndetësore ngre 1 nr problemesh:

1. Si do të sigurohet financimi i shërbimeve shëndetësore ?
2. Cilat janë mundësitë e zgjidhjes së vështirësive të krijuara të karakterit social, ekonomik, juridik etj?
3. Në ç'mënyrë do të funksionojë trgu privat i këtyre shërbimeve?
4. Si dhe pse do të ndryshojnë shpenzimet në përputhje me shkallën, lokalizimin apo llojin e shërbimeve mjekësore dhe shëndetësore të siguruara?

26

- Një nga synimet kryesore të liberalizimit të shërbimeve shëndetësore është reformimi i sitemit të financimit dhe të shpërndarjes së burimeve.
- Dy karakteristika paraqesin rëndësi të veçantë: Kufizimi i shpenzimeve dhe arritja e rezultateve më të mira nga shfrytëzimi i burimeve ekzistuese.
- Pozicioni konkurues i shërbimeve shëndetësore do të varet nga faktorë të ndryshëm: kostoja e strukturës, cilësia e pajisjeve dhe infrastruktura shëndetësore.

27

Për qëllime tregtie, GATS përcakton shërbimet në 4 mënyra në të cilat ato mund të furnizohen:

- Kalimi i kufirit ,
- Përmes konsumit jashtë vendit,
- Përmes pranisë tregtare,
- Përmes njerëzve që janë furnitorë të shërbimeve.

28

OBSH ka identifikuar 3 objektiva të përkohshëm për ta çuar më tej këtë qëllim:

1) Mundësi të njëjta për përkujdesje, shfrytëzim i njëjtë i shërbimeve shëndetësore për nevoja të njëjta
2) Cilësi të kujdesjes (u referohet standardeve për përkujdesje shëndetësore)
3) Përdorimi efikas i resurseve

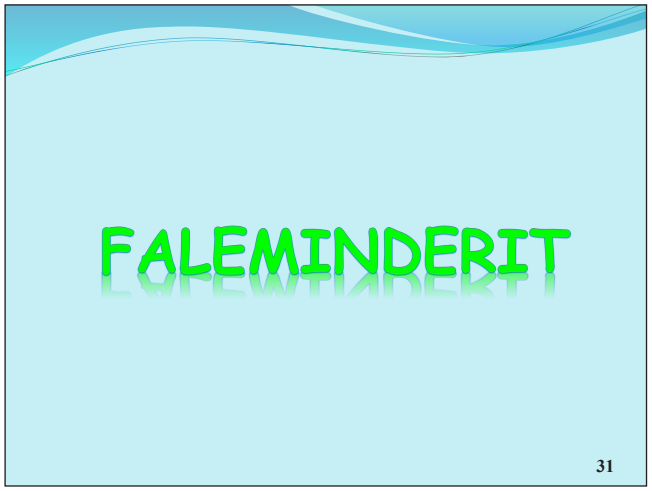
29

Një tregti e tillë haset në formë të telemjekësisë duke përdorur audio interaktive, komunikimet vizuale dhe të informacionit.

Kjo përfshin:

- Dhënien e kujdesit
- Diagnozën
- Mjekimin
- Edukimin mjekësor

30


FALEMINDERIT
31

SEKTORI PRIVAT NË SHËRBIMIN PARËSOR

MUNDESIA E PASHFRYTEZUAR NË RRITJEN E CILËSISË SË SHËRBIMIT

- Ndryshimet në Shqipëri janë të mëdha në një kohë relativisht të shkurtër. Kalimi nga një sistem krejt i centralizuar, në atë ku dominon ekonomia e tregut, është padyshim arritja më e madhe. Në këtë rrugë, ndryshimet në sistemin ekonomik kanë qenë gjeneratori i lëvizjeve të tjera edhe në sektorët social. Sistemi Shëndetësor është në themel social por nuk mund të funksionojë jashtë ligjeve të ekonomisë së tregut dhe iniciativës së lirë. Kështu do të bllokohej e do të dështonte, në një vend ku dominon iniciativa e lirë, duke krijuar një kontradiktë shkatërruese.

- Duke patur parasysh rëndësinë e shëndetit publik si një element kyç në zhvillimin e një vendi, në këtë punim është hedhur dritë mbi gjendjen aktuale të kujdesit shëndetësor parësor si dhe janë krahasuar modele teorike dhe organizime të ndryshme në praktikë të KSHP-së, si rrjedhim është evidentuar nevoja për privatizimin e KSHP-së si mënyra më e mirë e ofrimit të këtij shërbimi.

METODOLOGJIA

Përsa i përket metodologjisë së përdorur, pjesa më e madhe përfaqesohet nga:

- **të dhëna dytësore** të analizuara me seriozitet nga grupi. Metodologjia e përdorur është bazuar mbi studimet teorike të disa studiuesve të njohur mbi teoritë e organizimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor. Krahas pikëpamjeve, karakteristikave, dhe dimensionet e teorive, në këtë studim janë analizuar dhe shembuj konkretë të organizimeve të KSHP-së nëpër botë dhe në kohë të ndryshme duke ilustruar dhe argumentuar teoritë e paraqitura. Për më tepër janë shfrytëzuar raporte të ndryshme ndërkombetare, konferenca e materiale studimore, bazë të dhënash statistikore, publikime on line, dhe site të ndryshme në internet për të përmbushur objektivat e studimit në fjalë.

- **të dhëna parësore** të cilat janë siguruar nëpërmjet intervistave dhe takimeve me përfaqësues të organeve drejtuese të sistemit shëndetësor (MSH), të projekteve të financuara nga USAID-i dhe stafin e qendrave shëndetësore në Tiranë dhe Korçë.

- Sektori i shëndetësisë luan një rol parësor në çdo shoqëri. Një komunitet i shëndetshëm do të thotë një mundësi më shumë për zhvillim, prosperitet, vazhdimësi, zhvillim i ekonomisë, rritje e të ardhurave, ulje e shpenzimeve shëndetësore për çdo individ, një nivel jetesë i lartë etj. Si rrjedhim, gjithçka fillon nga shëndeti dhe një sistem shëndetësor i fortë dhe i konsoliduar është baza për zhvillimin e një shoqërie.
- Suksesi i çdo qeverisje varet nga përmirësimi i jetës së çdo qytetari dhe mirëfunksionimi i sektorit të shëndetësisë lidhet drejtpërsëdrejti me jetën e çdo qytetari apo thënë ndryshe me perceptimin e një qeverisje të suksesshme duke u përballur me një sektor shëndetësor të suksesshëm.
- Kujdesi parësor zë një vend shumë të rëndësishëm në piramidën e kujdesit shëndetësor për popullatën, rrjedhimisht reformat dhe mirëstrukturimi i tij janë domosdoshmëri për ta kthyer atë në një shërbim, i cili të jetë sa më i dobishëm, por gjithashtu të justifikojë shpenzimet e taksapaguesve dhe të shtetit.
- Arsyeja pse u zgjodh kjo temë lidhet me faktin se KSHP-ja është pika e parë e kontaktit me pacientin dhe shëndeti i popullatës përkthehet në një shoqëri të shëndetshme të aftë për zhvillimin e vendit. Hulumtimet tona dëshmojnë se privatizimi i QSH-ve do të ndryshonte komplet organizimin dhe pamjen e shërbimit shëndetësor parësor, dhe mbi të gjitha do të ishte në favor të financuesit dhe përfituesit të vetëm "pacientit", të cilin ne e konsiderojmë në një këndvështrim tjetër si "klient" i cili gëzon te drejtën për të përzgjedhur shërbimin të cilin ai dëshiron.

Ndërhyrjet e nevojshme rregullatore, institucionale dhe legjislative

- Sektori i shëndetësisë vepron në nivel kombëtar dhe ka një rëndësi vitale për jetën e popullsisë. Kjo është edhe arsyeja që strategjia e kujdesit shëndetësor është e një rëndësie të veçantë dhe është vazhdimisht nën një monitorim të vazhdueshëm që rezulton pashmangshmërisht në rishikim të strategjive.
- Ekzekutivi shqiptar është duke kryer disa ndryshime në sektorin shëndetësor, ndryshime që janë kryesisht të lidhura me rishikimin e rolit dhe përgjegjësite e Ministrisë së Shëndetësisë. Shumë nga funksionet e mëparshme të Ministrisë së Shëndetësisë janë deleguar në institucionet ekzistuese apo të krijuara rishtazi, si Instituti i Shëndetit Publik, ISKSH-ja, Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit dhe Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.

Rishikimi i Strategjisë së KSHP-së.

Shërbimet e Kujdesit Shëndetësor Parësor, për vetë faktin që janë pika e parë e kontaktit të pacientit me shërbimin shëndetësor, janë baza mbi të cilat mbështetet sistemi shëndetësor.

Strategjia Kombëtare shfaqet si një sintezë e një serie të gjithëanëshme strategjish sektoriale dhe ndërsektoriale. Kjo është strategjia sektoriale që mbulon sistemin shëndetësor e cila trajton:

- Përmirësimin e aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore.
- Fuqizimin e qeverisjes dhe drejtimit:
- në çështje rregullatore dhe të zbatimit të ligjit;
- në përshtatjen e sistemit shëndetësor ndaj një realiteti të ri ekonomik, social dhe epidemiologjik të vendit.

Fuqizimi i kapacitetit menaxherial në:

- ofrimin e shërbimeve
- strukturat dhe institucionet e ofrimit të shërbimeve;
- çështje të burimeve njerëzore.

Fuqizimi i mbrojtjes financiare për popullatën:

- duke siguruar financim të mjaftueshem, duke vënë theksin në të drejtën e te gjithë shtetasve për kujdes shëndetësore pavarësisht nga përkatësia sociale
- duke alokuar burime, përfshirë blerjen e shërbimeve.

Strategjia e sistemit shëndetësor synon të reflektojë:

- Programin e Qeverisë;

Kjo strategji duhet të rishikohet dhe zbërthehet më tej në plane operative më të hollësishme të cilat do të identifikojnë veprimtaritë dhe detyrat, dhe do të caktohen përgjegjësitë për kryerjen e çdo detyre

Rishikimi i strategjisë së kujdesit shëndetësor ndër të tjera duhet të ketë parasysh:

- Përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë të sistemit shëndetësor parësor.
- Krijimin e mekanizmave të nevojshme për promovimin, matjen dhe inkurajimin e praktikës cilësisht më të mirë në shërbimet shëndetësore dhe të sigurise për pacientët dhe personelin nga rreziqet potenciale dhe gabimet e mundshme.
- Rishikimin dhe miratimin i një strategjie kombëtare për cilësinë në sistemin kujdesit shëndetësor parësor.
- Krijimin e një kuadri të nevojshëm ligjor dhe rregullator për të mbështetur zbatimin e strategjisë
- Krijimin e bordeve të akreditimit parësor dhe spitalor.
- Formulimin e standarteve për çdo shërbim mjekësor të ofruar.
- Formulimin e standardeve të kujdesit parësor, të laboratoreve medikale, të shërbimit të stomatologjisë dhe farmacisë
- Rishikimin e indikatorëve të performancës së indikatoreve të shërbimit parësor. Vlerësimin ekonomik të alternativave.
- Kryerjen e analizave të shërbimeve: KSHP-së, Kujdesi i Specializuar, Kujdesi Spitalor, Farmacia.
- Analizën e kostos së paketës bazë në kuadrin e: Kujdesit në Shtëpi, Rrjetit të Ri të KSHP-së.

- Vlerësimin e alternativave në përputhje me impaktin mbi përdoruesit e shërbimeve: afat-shkurtër dhe afat-mesëm.
- Ri-vlerësimin dhe rregullimet në bazë të rezultateve
- Monitorimin dhe vlerësimin e rezultateve.
- Vlerësimin e rezultateve të krahasuara me rezultatet e pritshme të përdorimit.
- Zbatimin e rregullimeve/përmirësimeve. Fushatë informimi i publikut mbi rezultatet dhe rregullimet.
- Ngritjen e një sistemi monitorimi që duhet të kontrollojë ofrimin e shërbimeve të paketës, si edhe rishikimi i strukturave të Kujdesit Shendetesor Parësor në funksion të kontrollit të cilësisë.
- Krijimin e protokolleve mbi inspektimin. Zgjedhjen e kritereve për njësitë/shërbimet që do inspektohen.
- Përgatitja e protokolleve sipas nevojave dhe gjendjes konkrete. Rregullat me përdorim të përgjithshëm dhe të veçantë
- Monitorimin dhe kontrollin e cilësisë të shërbimeve të ofruara.
- Raportet zyrtare të brendshme dhe sistematike nga njësitë e ofrimit të shërbimeve: KSHP-ja, spitalet.
- Raportet sistematike zyrtare nga institucione që kanë lidhje me sistemin shëndetësor
- Rishikimin e hartës së shpërndarjes së shërbimeve shëndetësore, duke e vënë theksin te infrastruktura dhe duke propozuar masa të veçanta për përmirësimin e shpërndarjes gjeografike.
- Përcaktimin e vendodhjes së qëndrave të KSHP-së. Analizën e mbulesës së popullatës.
- Shërbimet shtesë për të rritur aksesin e fshatrave të izoluara.
- Propozimin për vendodhjen e qendrave të KSHP-së. Hartë e mbulesës direkte.
- Propozimin mbi aksesin ndaj shërbimeve plotësuese. Harta e mbulesës së përgjithshme
- Përcaktimin i qendrave të specializuara të kujdesit shëndetësor ambulatore. Analiza e rasteve specifike.

- Mekanizmat bashkërendues të KSHP-së dhe dytësor në përputhje me kriteret.
- Propozimin e vendodhjes së qendrave të kujdesit të specializuar ambulator. Harta e mbulesës direkte.
- Propozimet mbi mekanizmat plotësuese për rritjen e aksesit. Harta e mbulesës së përgjithshme
- Mekanizmat bashkërendues të kujdesit SHP.
- Analizat e madhësisë në përputhje me kriteret e pranimit.
- Rikonfigurimin e hartës së shërbimeve të KSHP-së në kuadër të propozimit për privatizim.
- Studimin e hartës aktuale të qendrave të shërbimit shëndetësor parësor (KSHP-së, Kushtet për akses. Strukturat (fizike). Shërbimet dhe furnizimet.
- Përcaktimin e rrjetit të qëndrave të KSHP-së që duhet të ruhen. Vendosja e kritereve minimale. Zbatimi i kritereve rigorozisht.
- Analizën e situatave jo të zakonshme
- Propozimin e një rrjeti të kujdesit shëndetësor parësor
- Përzgjedhjen e qëndrave të KSHP-së si të pranueshme për të ofruar shërbime të privatizuara
- Vendosjen e kritereve minimale. Zbatimi i kritereve
- Propozimet e shërbimeve për t'u privatizuar në qendrat e zgjedhura të KSHP-së
- Përcaktimi i procedurave dhe fillimi i procesit të privatizimit të shërbimeve të KSHP-së
- Përcaktimin e subjekteve publike (ligjore) për t'u adaptuar nga aplikantët e pranueshëm.
- Vendosjen e kushteve të përdorimit të mjediseve
- Përcaktimin e procedurave të ofrimit të shërbimeve
- Përcaktimin e strategjise së grupimit të qëndrave dhe shërbimeve të KSHP-së
- Ngritjen e sistemit të monitorimit dhe kontrollit

Duhet të përmiresohet aksesi i popullates për shërbimet e kujdesit parësor shëndetësor nëpërmjet:

- futjes së mekanizmave të reja më stimuluese të shpërblimit të diferencuar sipas sasisë dhe cilësisë së shërbimit
- pranisë permanente të personelit të mesëm të kualifikuar, që do të sigurojë shërbimet shëndetësore bazë;
- sigurimit të transportit në rastet e urgjencave mjekësore nga zonat e thella rurale;
- disponibilitetin 24 orësh të mjekëve të familjes, të parashikuar në kontratat e tyre me sigurimet shëndetësore;
- afrimit pranë komuniteteve të shërbimeve që nuk kanë egzistuar tradicionalisht në nivelin e kujdesit parësor dhe për të cilat popullsia është tepër e interesuar, si psh. shërbimet diagnostike laboratorike në qendrat e mëdha shëndetësore;

Duhet të përmiresohet ndjeshëm cilësia e shërbimit nëpërmjet;

- Institucionalizimit të trainimit të vazhdueshëm të profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor.

Për të realizuar një proces sa më të plotë e efikas të trajnimit Qendra Kombëtare e Trainimit të Vazhdueshëm Shëndetësor duhet të planifikojë e realizojë forcimin e kapaciteteve profesionale të të gjithë profesionistëve të shëndetësisë.

- Vendosjes së sistemit të kreditimit të detyrueshëm.
- Përmiresimit të ndjeshëm të infrastrukturës së shërbimit shëndetësor parësor duke aplikuar menaxhimin autonom të tyre si edhe duke bërë koordinimin më me efektivitet me pushtetin vendor.
- **Do të përmiresohet financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor nëpërmjet:**
- Shtimit të financimit nga buxheti që është përcaktuar si prioritet në SKZHES.
- Zgjerimit të bazës dhe shtimit të kontributeve të skemës së sigurimit të kujdesit shëndetësor.
- Futjes së bashkëpagesës për shërbime tëveçanta e të studiuara mirë.
- Duhet të fuqizohet e përsoset menaxhimi i sistemit shëndetësor parësor nëpërmjet zgjerimit dhe forcimit të autonomisë së shërbimit parësor duke synuar drejt skemës "financim publik e shërbim autonom (privat)". Në këtë skemë shërbimet e kujdesit parësor ofrohen nga dy entitete autonome; grupi i praktikës shëndetësore autonome dhe mjeku i familjes. Të dyja këto forma të organizimit të shërbimeve do t'i nënshtrohen të njëjtave standarde të praktikës klinike dhe të cilësisë. Duhet përpiluar dhe diskutuar paketa e shërbimeve shëndetësore, që duhet të financohet nga fondi i sigurimeve shëndetësore. Paketa e shërbimeve duhet të rishikohet dhe do të përshtatet me kushtet e ndryshueshme në vazhdimësi nga autoritetet shëndetësore rajonale.
- Duhet të përmirësohet mungesa e personelit në zonat rurale e sidomos tek ato të largëta.

Rishikimi i statutit dhe kuadrit rregullator të funksionimit të QSH-së.

- Pasi studiuam Statutin e Qendrës Shëndetësore, kontratën mes DRSKSH dhe Qendrës Shëndetësore si dhe aktet e tjera ligjore dhe nënligjore konstatojmë se ato paraqesin mangësi të dukshme në përmbajtjen e tyre
- të bëhet një rregullim më i detajuar i veprimtarisë së Qendrës Shëndetësore si dhe të parashikohen më mire marrëdhëniet me institucionet e tjera të sektorit.
- Statutit veprimtaria e Qendrës Shëndetësore varet nga kontraktimi apo vullneti i ISKSH-së dhe nuk jepet asnjë e dhënë për gamën e veprimeve të lejueshme për kontraktim apo për ndonjë kufizim të mundshëm të ISKSH-së. Patjetër që kjo e fundit vepron në zbatim të legjislacionit të saj organik por mendojmë që duhet të ishte përcaktuar në statut dicka pasi kjo ndikon drejtpërsëdrejti në veprimtarinë e një institucioni të shërbimit shëndetësor parësor me financim publik. Gjithashtu ushtrimi i veprimtarisë së Qendrës Shëndetësore bëhet duke zbatuar sistemin e referimit të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë dhe jo mbi bazën e dispozitave të parashikuara në statut.
- Konstatohet një dualitet i organeve drejtuese ku përveç Drejtorit të Qendrës Shëndetësore kemi edhe Bordin e Qendrave Shëndetësore, organin kolegjial veprimtaria dhe kompetencat e të cilit nuk përcaktohen në statut, por përsëri statuti i referohet një akti tjetër nënligjor.

- Mendojmë se duhet të rishikohet statuti i qendrës shëndetësore si dhe aket nënligjore përsa ato rregullojnë kompetencat e Drejtorit të Qendrës Shëndetësore për ti dhënë këtij të fundit autonomi më të madhe ashtu sikundër parashikon strategjia pasi vihen re kufizime drastike te pavarësisë dhe partneritetit me Qendrën Shëndetësore në kuadrin e rekrutimit të burimeve.
- Po çfarë do të kuptojmë me decentralizim dhe a i përgjigjet kjo mënyrë organizimi shërbimit sa më cilësor të pacientëve?
- Sa i sukseshëm ka rezultuar decentralizimi në strukturimin e Qendrës Shëndetsore?
- Decentralizimi i referohet transferimit të autoritetit nga nivelet më të larta në ato më të ulëta.
- Sistemi shëndetësor në Shqipëri mbetet shumë i centralizuar pavarësisht të disa përpjekjeve për decentralizim. Disa përgjegjësi administrative u janë kaluar rretheve, ndonëse ato mbeten përgjegjëse ndaj Ministrisë së Shëndetësisë dhe duhet të bëjnë kërkesa për të gjitha shpenzimet që do të kryejnë. Shumë institucione shëndetësore janë nën kontrollin administrativ direkt të Ministrisë së Shëndetësisë, gjë që e bën të vështirë marrjen e vendimeve të shpejta prej tyre. Sektori i kujdesit shëndetësor i është nënshtruar përpjekjeve për decentralizim dhe në të njëjtën kohë ka patur tendencë për ti mbajtur kopetencat në nivelet më të larta. Për më tepër, decentralizimi nuk ka qënë i lidhur me përcaktime dhe përgjegjësi të qarta. Shumë institucione shtetërore, kanë pak deshirë të lëshojnë disa nga kopetencat e tyre, dhe nganjëherë nuk i kuptojnë plotësisht normat dhe rregulloret.

- Nisma pilote në Tiranë ka demonstruar sfidat dhe vështirësitë e proçesit të decentralizimit. Proçesi i decentralizimit ka qënë i fokusuar kryesisht në:
- Kalimin tek autoritetet vendore të përgjegjësisë për mirëmbajtjen si dhe pronësinë e qendrave shëndetësore.
- Kontraktimin e ISKSH-së direkt me ofruesit e shërbimeve – krijimin e ofruesve autonomë. Ky proçes ose të paktën pjesë të tij parashikohet në të ardhmen e afërt.
- Krijimi i Autoriteteve Shëndetësore Rajonale është në Strategjinë Afatgjate të Ministrisë së Shëndetësisë.
- Përpjekjet për decentralizim janë kontradiktore në kuptimin që nga njëra anë autoriteteve vendore do tu jepet përgjegjësi për financimin e aspekteve të veçanta të kujdesit shëndetësor dhe nga ana tjetër këto autoritete nuk kanë kapacitete të nevojshme për të marrë përsipër një përgjegjësi të tillë. Bazuar në eksperiencat e vëndeve të tjera, përfshirja e një numri kaq të madh njësish administrative në një vënd relativisht të vogel, do të pakësonte efiçencën e përdorimt të burimeve të pakta shëndetësore. Zbatimi me efektivitet i ofruesve autonomë dhe autoriteteve shëndetësore rajonale do të rezultonte në një shpërndarje më të mirë të burimeve dhe një manaxhim më të lehtë të tyre.

- Strategjia afatgjatë e qeverisë për sektorin e shëndetësisë parashikon se një pjesë e mire e kujdesit parësor mund të ofrohet në periudhën afatmesme dhe afatgjatë përmes mjekëve të pavarur të kujdesit parësor ose përmes grupeve të mjekëve të pavarurVendim-marrësit që zgjedhin një strategji të vlerësimit të shërbimeve cilësore, më shpesh dallojnë këto nevoja dhe qëllime:
  - Mirëmbajtjen e cilësisë
  - Përmirësimin e cilësisë
  - Garantimin e sigurisë së publikut
  - Vendosjen e kërkesave bazike dhe njohjen ligjore.
  - Vërtetimin nëse plotësohen specifikimet e dizajnit apo të mirëmbajtjes.
  - Menaxhimin e rrezikut.
  - Monitorimin e sektorit privat.
  - Zbatimin e hapësirave të reja të dhënies së shërbimeve.
  - Adresimin e çështjeve të shëndetit publik kombëtar.
  - Ndarjen (dhënien) e burimeve të kufizuara financiare.
  - Krijimin e qendrave të shkëlqesisë.
  - Formimin e sistemeve apo rrjeteve të reja të shërbimeve.

- Për tu akredituar, institucioni ose praktika klinike duhet ti plotësojë të gjitha standardet minimale dhe të arrijë rezultatin e përgjithshëm prej 70% (përqind) të standarteve optimale. Standartet e së ardhmes paraqesin një kufi madje edhe më të lartë. Për tu akredituar, institucioni ose praktika klinike duhet të arrijë rezultatin prej 40% (përqind) të standarteve të së ardhmes.
- Standartet janë specifike për Shqipërinë, por gjithashtu ato plotësojnë qëllimet bazë të standarteve ndërkombëtare. Duhet theksuar se ligji për akreditimin e licencimin nga QSHJKP-ja akoma nuk është aprovuar. Megjithatë qëllimi final është që të fillojë edhe në vendin tonë akreditimi i institucioneve shëndetësore të kujdesit parësor.
- Interesi i rritur në Vlerësimin e Cilësisë se Shërbimeve Shëndetësore dhe faktorë të tjerë kanë krijuar një klime në të cilën vendim-marrësit e të gjitha niveleve po kërkojnë të dhëna vlerësuese objektive për cilësinë në të gjitha shërbimet shëndetësore. Licencimi, akreditimi, dhe çertifikimi janë sisteme në dispozicion për të kënaqur nevojat për cilësi dhe informacion për performancë.

- Licencimi është proçes përmes të cilit një autoritet qeveritar i jep leje praktikuesit individual apo një institucioni shëndetësor që të veprojë apo të angazhohet në ndonjë punë apo profesion.
- Licencimi i institucionit miratohet pas një inspektimi të institucionit në fjalë për të përcaktuar nëse janë plotësuar minimumi standardeve të shëndetit dhe sigurisë së publikut.
- Akreditimi është një proçes formal përmes të cilit një organ i njohur, zakonisht një organizate jo-qeveritare (OJQ-je) vlerëson dhe pranon që një institucioni kujdesit shëndetësor i plotëson standartet e aplikueshme, të parapërcaktuara dhe të botuara.
- Çertifikimi është një proçes përmes të cilit një organ i njohur, qoftë qeveritar apo jo-qeveritar, vlerëson dhe njeh një individ apo institucion si të tillë që plotëson kërkesat (kushtet) apo kriteret e parapërcaktuara.
- akreditimi zakonisht vlen vetëm për institucione, derisa çertifikimi zakonisht mund të vlejë për individë si edhe për institucione.

- Ofruesit privatë të kujdesit shëndetësor, në të ardhmen mund të nënshkruajnë kontrata me ISKSH-në për ofrimin e shërbimeve shëndetësore, veçanërisht në kujdesin shëndetësor parësor (ashtu siç është bërë aktualisht në shumë vënde të tjera). Përzierja privat/publik e ofruesve, duhet sidoqoftë të vendoset dhe të rregullohet nga MSH-ja.

Krijimi i Fondit Personal të Sigurimit Shëndetësor të Pacientit, ndërhyrjet strategjike dhe afatgjata rregullatore

- Aktualisht është duke u përgatitur projektligji për skemën e re të sigurimeve shëndetësore për të gjithë vendin në lidhje me Skemën e Sigurimeve Shëndetësore që përbën një hap të rëndësishëm në sigurimin shëndetësor privat të qytetarit ose pacientit.
- Qëllimi i projektligjit më të fundit, i hartuar nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH-ja), është që qytetarët do të marrin shërbim mjekësor falas, vetëm nëse shlyejnë detyrimet shëndetësore. Sipas projektligjit të ri, skema e sigurimeve shëndetësore do të shtrihet në gjithë shërbimet shëndetësore. I gjithë sistemi i shërbimeve, përfshirë këtu shërbimin e specializuar ambulator, shërbimin spitalor të të gjitha niveleve, si dhe shërbimet ndihmëse në funksion të tyre, do të jenë të financuara nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Ndërsa shteti, nëpërmjet Ministrisë së Shëndetësisë, do të jetë përgjegjës dhe financues vetëm për shërbimin e urgjencës, investimeve në mjete themelore dhe aparatura, dhe për shëndetin publik. Ministria e Shëndetësisë mbetet institucioni përgjegjës për hartimin e strategjive dhe politikave shëndetësore kombëtare.
- Projektligji i ri synon ndryshimin e statusit ligjor dhe financiar të institucioneve shëndetësore. Institucionet shëndetësore përfshirë këtu spitalet publike, poliklinikat, qendrat shëndetësore fitojnë pavarësi reale ligjore e financiare, por në të njëjtën kohë ato ruajnë në mënyre të padiskutueshme karakterin publik, pasi shteti, përmes MSH-së i krijon, i licencon, i regjistron, i mbikëqyr dhe monitoron cilësinë e shërbimit. Nga ana tjetër këto institucione, falë projektligjit të ri, fitojnë personalitet juridik, kanë llogari të veçantë bankare, duke pasur kështu të drejtën për të kontraktuar me sigurimet shëndetësore për shitjen e shërbimeve të tyre. Dhe jo vetëm kaq, këto institucione, me anë të përfaqësuesve ose organizimeve të tyre, kanë të drejtë të jenë pjesë e vendimmarrjes dhe negociatave për të gjitha çështjet që lidhen me dhënien e shërbimit shëndetësor dhe të financimeve të tij. Duke vepruar në mënyrë të pavarur, synohet që këto institucione të krijojnë tregun real të shërbimeve shëndetësore, duke rritur edhe cilësinë dhe zgjerimin e aksesit të popullatës ndaj këtij shërbimi. Projektligji synon gjithashtu shndërrimin e ISKSH-së në Fondin e Sigurimeve Shëndetësore, i cili do të jetë i ndarë nga buxheti i shtetit, por nga ana tjetër do të jetë transparent për të gjithë personat që kanë derdhur kontributet pranë tij. Fondi i detyruar që do të ndjekë strategjinë e MSH-së, ka të drejtë të hartojë politikën e tij në fushën e sigurimeve shëndetësore, për zbatimin e së cilës është i detyruar të raportojë në Kuvend. Sipas tyre, ky projektligj, do t'i hapë rrugë liberalizimit të tregut në këtë sektor.
- **Pacienti në qendër të sistemit shëndetësor.**

- Prandaj, duhet domosdoshmërisht që shteti të marrë masa konkrete disa prej të cilave janë përmendur më poshtë :
- Të hartohet një kuadër i fuqishëm rregullator dhe të krijohen mekanizmat për të siguruar kontrollin e cilësisësë shërbimit shëndetësor. Të fuqizohet sistemi i licensimit të ofruesve për të shërbyer si një instrument që do të siguronte një cilësi më të lartë të kujdesit.
- Sistemi i kujdesit shëndetësor i Shqipërisë duhet ta kalojë theksin nga një fokus thuajse eksluzivisht për kujdesin kurues te më shumë kurues parandalues dhe promocion shëndetësor.
- Të kryhen reforma për financimin e shëndetit, që te synojnë të përmirësojnë mbulimin e një grupi më të gjerë të popullsisë me sigurime.
- Duhet të fuqizohet sistemi i informacionit shëndetësor për të mundësuar marrjen e vendimeve të mbështetura tek informacionet dhe monitorimin e performancës sektoriale.
- Duhet të përmirësohet transparenca përgjatë zinxhirit të shpërndarjes së produkteve farmaceutike dhe per të vendosur (nisur) kontrollimin e kostos në barnat e rimbursuara nga ISKSH-ja.
- Duhet të përmirësohet kuadri rregullator, që aktualisht është i pamjaftueshëm, për të përdorur ashtu siç duhet përfitimet e ofruesve të kujdesit shëndetësor të sektorit privat për sistemin shëndetësor.

REKOMANDIMET

- Prandaj, duhet domosdoshmërisht që shteti të marrë masa konkrete disa prej të cilave janë përmendur më poshtë :
- Të hartohet një kuadër i fuqishëm rregullator dhe të krijohen mekanizmat për të siguruar kontrollin e cilësisësë shërbimit shëndetësor. Të fuqizohet sistemi i licensimit të ofruesve për të shërbyer si një instrument që do të siguronte një cilësi më të lartë të kujdesit.
- Sistemi i kujdesit shëndetësor i Shqipërisë duhet ta kalojë theksin nga një fokus thuajse eksluzivisht për kujdesin kurues te më shumë kurues parandalues dhe promocion shëndetësor.
- Të kryhen reforma për financimin e shëndetit, që te synojnë të përmirësojnë mbulimin e një grupi më të gjerë të popullsisë me sigurime.
- Duhet të fuqizohet sistemi i informacionit shëndetësor për të mundësuar marrjen e vendimeve të mbështetura tek informacionet dhe monitorimin e performancës sektoriale.
- Duhet të përmirësohet transparenca përgjatë zinxhirit të shpërndarjes së produkteve farmaceutike dhe per të vendosur (nisur) kontrollimin e kostos në barnat e rimbursuara nga ISKSH-ja.
- Duhet të përmirësohet kuadri rregullator, që aktualisht është i pamjaftueshëm, për të përdorur ashtu siç duhet përfitimet e ofruesve të kujdesit shëndetësor të sektorit privat për sistemin shëndetësor.

•Duhet të përmiresohet legjislacioni dhe strategjitë për sistemin e shëndetit riprodhuesdhe kujdesin për shëndetin e nënës dhe fëmijës.

Të fuqizohet kuadri rregullator i Shqipërisë për të shfrytëzuar siç duhet përfitimet e ofruara nga ofruesit e kujdesit të sektorit shëndetësor privat.

Të pasurohet lista e barnave të rimbursueshme me barna më të përdorshme dhe më cilësore.

Të qartësohen sa më shpejt Statusi dhe roli i Qendrës Kombëtare për Kontrollin e Barnave (QKKB-së), duke plotësuar aktet e nevojshme nënligjore.

TEMA 7

REFORMA, PLANIFIKIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR DHE I ZHVILLIMIT KOMBËTAR

I. PLANIFIKIMI I GJËNDJES SHËNDETËSORE

Termi simbolizon aksionin e organizuar sipas një plani. Në ekonominë bashkëkohore, ajo lejon të publikohet zhvillimi i vendit dhe të parashkojë evolucionin për disa vjet. Plani shëndetësor është, në këtë aspekt, një ecje konstante për të përdorur më mirë burimet e disponueshme për t'u bërë ballë nevojave shëndetësore të popullsisë.

Qëllimi i planifikimit

Planifikimi shëndetësor është një mision organizimi që realizohet mbi të gjitha në planin kombëtar, lokal ose ndërkombëtar. Mjekët dhe kategoritë e tjera të personelit shëndetësor nuk kanë veçse rastin për të marrë pjesë në përpunimin e një plani, por ata janë të nevojshëm në mbarëvajtjen e tij sepse pjesëmarrja e tyre në numrin e madh të programeve është e nevojshme. Ai është gjithashtu i rëndësishëm për të njohur ecurinë e përgjithshme të planifikimit shëndetësor për të kuptuar përse disa projekte janë lançuar dhe pse të tjerë jo.
Shërbimet e ngarkuara për planifikimin e shëndetit formojnë një pjesë shumë të rëndësishme të misioneve të ministrive të shëndetësisë. Është ky një fakt që vendos një politikë të shëndetit për shumë vjet. Do të lejojnë ato ndërtimin e spitaleve? Ku dhe të çfarë tipi? Do të lejojnë shtrimin privat? Në çfarë kushtesh? Si do të mund të shqyrtojmë një ulje progresive të numrit të aksidenteve rrugore? A do të favorizohet me përparësi parandalimi i SIDA-s, i kancerit të gjirit, apo të mushkërive?. Nëse që sot e tutje është e pranueshme në kontekstin aktual të kontrollit të kostos që është e vështirë të bëhet gjithmonë për të evidentuar një pakësim të burimeve tashmë të "rralla", një minimum lidhjeje dhë metode është e nevojshme të zgjidhet.
Ne propozojmë një përcaktim sintetik të procesit të planifikimit si më poshtë vijon:

"*Planifikimi është një përdorim racional, praktik dhe eficient i pasurive të rralla (më një fjalë, përdorimi koherent i të mirave materiale të dipsonueshme) mbështetur mbi objektiva realistë që të mund të vlerësohen të gjitha nevojat dhe kërkesat për ndërhyrje përparësore në popullatë*".

Për këtë arsye parimi i planifikimit është përcjellë keq prej personave duke mos vlerësuar anën shoqërore. Ishte në fakt Marksi që hodhi parimet e planifikimit në fushën ekonomike, por ai nuk kishte përcaktuar se çfarë tipi ajo do të duhet të ishte, e centralizuar, e decentralizuar, e kryer me ndihmën e një plani unik, etj.

Qëllimi i planifikimit shëndetësor është gjithmonë të realizojë aksionet e mëdha me metoda dhe logjikë (të quajtura programe) me qëllim që të mbajë një përmirësim të gjendjes shëndetësore në një popullsi të caktuar.

Ky përmirësim do të jetë i vlerësuar objektivisht në saje të përdorimit të matjeve të nxjerra prej shkencës së epidemiologjisë (sëmundshmëria, vdekshmëria, mbijetesa, etj).
Rruga e përdorur në planifikimin shëndetësor është paraqitur, përgjithësisht, në etapat e mëposhtme:

- Identifikimi i problemeve të shëndetit të popullsisë për të shprehur nevojat (p.sh. SIDA, turbekulozi, kanceri i gjirit)
- Klasifikimi i nevojave përparësore sipas disa kritereve (p.sh.SIDA tek të rinjtë). Të gjitha kriteret është mirë të vendosen duke u diskutuar.
- Realizimi i programeve të shëndetit për t'iu përgjigjur përparësive (p.sh.përparësia në parandalimin e SIDA-s tek të rinjtë nëpërmjet programeve të informacionit: shpërndarja e fletëpalosjeve, afisheve, spotet publicitare, etj.).
- Vlerësimi i efikasitetit të programeve (p.sh. me sondazhe tek të rinjtë mbi përdorimin e kondomëve).

Ndërhyrjet e propozuara për të luftuar kundër një problemi të shëndetit të identifikuar mund të jënë ndërhyrje të pastra mjekësore (p.sh. një program vaksinimi për fëmijët ose një program depistimi për kancerin e mushkërive), ose aksione jomjekësore (p.sh. program i tharjes të kënetave për të luftuar malarien). Planifikimi "i shëndetit" ose ai "sanitar" është ngatërruar shpesh me planifikimin mjekësor, i cili mbulon rolin që mund të këtë në mjedisin rrethues, ushqimi, higjiena etj. Në fakt, shpeshherë harrohet që vdekshmëria në vendet e zhvilluara është pakësuar në mënyrë esenciale falë kjo përmirësimit të banimit, përmirësimit të pastrimit të ujit, një ushqim më të shëndetshëm dhe identifikimit të sëmundjeve shumë para zhvillimit të antibiotikëve.
Këto konsiderata janë tepër të rëndësishme në planifikimin shëndetësor. Është në nivel të këtyre ndryshimeve përmasore që shërbimet e ngarkuara me planifikimin shëndetësor të mundin të ndërhyjnë në kohën e përpunimit të planit.

Përcaktimi i nevojave shëndetësore

Përcaktimi i nevojave, të quajtura sanitare, i korrespondon etapës së parë të madhe të planifikimit. Bëhet fjalë për t'u përpjekur të njehsojmë në nivel popullate problemet e mëdha shëndetësore. Nevojat e shëndetit lidhen me diferencën shprehëse midis një gjendjeje shëndetësore të vëzhguar dhë një gjendjeje shëndetësore të dëshiruar.
Ne propozojmë tri mënyra për të studiuar nevojat në kuadrin e një planifikimi:

Metoda e nevojave normative

Nevojat teorike janë përcaktuar prej "ekspertëve" (më shpesh mjekët, administratorët, apo politikanët) në krahasim me një "normë".
Është një metodë idealiste që kërkon p.sh. të përcaktojë nevojat individuale dhe në grup për të mjekuar disa sëmundje. Është e lehtë të llogariten me ekstrapolim këto nevoja me prirje epidemiologjike dhe demografike të popullsisë. Një prej principeve inkonveniente të kësaj metode është se ajo çon shpesh në një projekt shumë ambicioz dhe rrallëherë të realizueshëm.

Metoda e objektivave të pagimit

Objektivat e prodhimit dhe të shpërndarjes së shërbimeve mjekësore janë përpunuar duke mbajtur parasysh në të njëjtën kohë nevojat teorike, dëshirat eventuale të individëve dhe kushtet ekonomike. Kjo metodë është e vështirë të realizohet sepse ajo kërkon njohjen e informacioneve shumë të thella dhe të larmishme.

Metodat e nevojave të dëshiruara nga populli

Kjo metodë merr në konsideratë nevoja të tilla që mund të jenë ndier nga kategori të ndryshme të popullatës. Kjo metodë është shumë realiste nga përkufizimi, por synon të mbulojë shërbimet e parandalimit. Në fakt, kërkesa në prevenim rrallë e ka burimin nga popullsia, sepse efikasiteti i kësaj metode (veprimi) është pak i perceptueshëm nga popullata. Një veprim parandalues nuk mund të vlerësohet veçse në numrin ë sëmundjeve potencialisht të evitueshme, nocion i vështirë për t'u vlerësuar dhe shprehur nga njerëzit. Këto metoda, shumë teorike dhe rrallë të përdorura, janë interesante për t'u propozuar sepse ato nxjerrin në pah mirë kompleksitetin e problemeve të propozuara nga koncepti i "nevojave të shëndetit".

Teoria është e matur për faktin që nuk është e nevojshme të merret në konsideratë një nevojë nëse nuk mund të bëhet asgjë për të kënaqur me ndihmë të ndërhyrjeve realiste. Në ekonomi, ashtu si në mjekësi, mundshmëria e aksioneve është një nocion shumë i rëndësishëm të shqyrtohet. Praktikisht, studimi i nevojave bëhet në mënyrë konsensuale në dy etapa të mëdha:

- E para është identifikimi i problemeve shëndetësore nga matjet sasiore dhë cilësore të gjendjes shëndetësore të individëve. Ky është stadi i rëndësishëm i mbledhjes së informacioneve falë shfrytëzimit të kërkimeve epidemiologjike dhe demografike klasike.
- E dyta i korrespondon interpretimit dhe në zgjedhjen e këtyre informacioneve "bruto" me qëllim që të jenë sa më të qarta që të jetë e mundur. Analiza e këtyre rezultateve do të mund të lejojë vlerësimin e së dukshmes të çdo nevoje mbi bazë të arsyetimit epidemiologjik, ekonomik, social, politik dhë administrativ. Ajo mundet të lejojë gjithashtu identifikimin e shumë nëngrupevë të popullatës që kanë të njëjtat probleme. Studimi i nevojave të një popullate është pra një punë e gjatë, dhe e lodhshme. Është kjo që bën të kuptueshme që disa ekipe të ngarkuara, që të organizojnë planifikimin sanitar, tentojnë gjithmonë e më shumë të minimizojnë këtë etapë. Ky është ndonjëherë i realizueshëm në rastet e ekstrapolimit të studimit, tashmë të ndërmarrë mbi një popullatë të krahasueshme, ose në rastet e një problemi madhor të shëndetit publik duke paraqitur një nevojë evidente dhe urgjente.

Përcaktimi i përparësive sanitare

Konsiston në bërjen e një seleksioni midis nevojave të ndryshme që do të jenë identifikuar. Ky seleksion do të shërbejë pastaj si bazë në përcaktimin e një programi shëndetësor (p.sh. një vaksinimi), por ndonjëherë në një program kërkimesh (p.sh. ndihma në kërkimet mbi SIDA-n, sëmundje që disponon pak alternativa zgjedhjeje terapeutike, por për të cilën kërkimi i një zgjidhjeje përfundimtare është shndërruar në një nevojë përparësive). Me qëllim që të konkludohet mirë ky operacion, një orvatje metodike krahasimi dhe marrja e vendimeve duhet të përdoren për të zgjidhur problemin.

Propozimi mbështetet mbi tetë faktorë për të vendosur përparësitë:

- Numri i banorëve të aftë të përfitojnë nga një program sanitar nga ndjekja e një programi;
- Efikasiteti i teknikave të disponueshme ose të mundësisë së hedhjes (lancimit) të programeve;

- Ekzistenca e metodave të sigurta që lejojnë të sigurohet faza mirëmbajtëse;
- Kosto reale të ekzekutimit të programeve dhe të fazës mirëmbajtëse;
- Rezultati i mundshëm i programeve mbi zhvillimin ekonomik të zonës së mbuluar;
- Dëshira e shprehur mga popullata;
- Mundësia e arritjes së fazës mirëmbajtëse të programit.

Këto informacione lejojnë vendosjen e kritereve të pagesave të nevojave, por ato nuk lejojnë të njihen të gjitha mundësitë e zgjidhjes së këtyre problemeve. Është pra e nevojshme të shqyrtohet gjithashtu mbi atë që është pranuar të quhet "Alternativat e ndërhyrjes".

P.sh. në rastet e kancerit të gjirit alternativat e ndërhyrjes mund të jenë:
- Favorizimi i parandalimit me palpacion;
- Favorizimi i parandalimit me palpacion nga konsultimi i rregullt tek mjeku i përgjithshëm;
- Favorizimi i depistimit me mamografi;
- Favorizimi i parandalimit të komplikacioneve pas një trajtimi të parë etj.

Çdo opsion duhet konsideruar më parë lidhur me efikasitetin e tij. Për t'u konsideruar efikase, një ndërhyrje duhet të jetë së pari e besueshme dhe e vlefshme:
- Besueshmëria është aftësia e ndërhyrjes që të japë të njëjtat rezultate kur ajo është përsëritur në kushte të ngjashme (riprodhim të mirë);
- Vlefshmëria është kapaciteti i ndërhyrjes për të mbajtur një rezultat konform rezultateve të pritura.

Disa prej zgjedhjeve të ndryshme për t'u konsideruar efikase, duhet të shqyrtohen nën këndvështrimin e mundësive të tyre.

Këto mundësi janë të 4 tipave kryesorë:

1. *Mundësia politike:* Çfarë mendon regjimi politik zyrtar për të tilla ndërhyrje? P.sh. në Afrikë, një udhëheqës shteti mund të ketë dëshirë që një rajon i konsideruar si i "pafavorizuar", të mbetet me pak kujdes shëndetësor dhe një rajon i konsideruar i "favorizuar", të bëhet një rajon me më shumë kujdes shëndetësor.
2. *Mundësia legale:* A mundet legjislacioni të lejojë të tilla ndërhyrje? Për shembull në Afrikë, ndërhyrjet sanitare dhe epidemiologjike të disa shteteve kryhen nga një departament dhe autoritetet shëndetësore duhet të presin konfirmimin e autoriteteve administrative për t'u zhvendosur nga njëra zonë në tjetrën. Kjo mund të kërkojë shumë ditë ose javë dhe mund të kompromentojë seriozisht një program depistimi të hershëm, ose organizimin e ndihmës urgjente.
3. *Mundësitë organizative:* Në territorin e Afrikës që shtrihet mbi Sahara nuk është e mundur të shtrosh në spital një pancient pa strehuar njëkohësisht edhe familjen e tij. Spitalet e ndërtuara sipas modelit Perëndimor, pësojnë në këtë mënyrë dis-funksione të rënda në organizimin e kujdesit dhe shërbimit mjëkësor.
4. *Mundësitë etike:* Arsyetimet etike ndryshojnë shumë në hapësirë, por gjithashtu dhe në kohë. Dhe vetë koncepti i përparësive sanitare është i kuptuar keq nga populli sepse bëhet fjalë për të zgjedhur ndërmjet të sëmurëve. Ky është një problem delikat i etikës në ekonominë e shëndetit. Disa zgjedhje të identifikuara si efikase dhe të mundshme, është tashmë e mundur të merren parasysh, nën këndvështrimin e çmimeve të tyre respektive. Një program shëndetësor "ideal" nga pikëpamja ekonomike nuk duhet të kushtonte asgjë dhe të ishte efikas. Por këto veçori rrallë janë të vëzhguara njëkohësisht të dyja. Ndërkohë që është e lehtë të eliminosh apriori zgjedhjet më të shtrenjta dhe më pak efikase, përkundrazi është

shumë më e vështirë të krahasosh zgjidhjet pak ose shumë të shtrenjta, pak ose më shumë efikase.

Ekonomistët të interesuar të parët për këto tipa krahasimesh kanë futur në Francë në fund të viteve 1960 një metodë të quajtur "Racionalizime të zgjedhjeve buxhetore" (RCB). Kjo metodë do të bazohet në disa principe teknike të "Planifikimit dhe Programimit të Sistemit Buxhetor" (PPBS) që është një metodë administrimi e krijuar posacërisht për planifikimin ekonomik në SHBA. Principi është relativisht i thjeshtë. Pasi kemi nxjerrë dimensionet e një problemi, pastaj dhe pasi jemi fiksuar në një ose disa objektiva, kërkojmë në mënyrë sistematike bashkësinë e mjeteve më të adaptueshme, nga pikëpamja e efikasitetit dhe çmimit të tyre për të arritur rezultatet e dëshiruara. Detajet e këtij tipi llogaritjesh ekonomike do të shpjegohen në një kapitull tjetër duke trajtuar edhe mjetet metodologjike të ekonomisë së shëndetit. Sidoqoftë, ne mund të kujtojmë këtu se 3 janë format kryesore shumë të përdorshme në studimet ekonomike dhe zgjedhjet sanitare të bëra prej shërbimeve të ngarkuara me planifikimin e shëndetit ose organizmat ndërkombëtare (Banka Botërore, Organizata Botërore e Shëndetësisë etj.):

Studimet Çmim-Fitim

Lidhin çmimet e një veprimi mjekësor me pasojat e tij të shprehura në njësi monetare. Kjo metodë implikon një vlerësim të jetës njerëzore d.m.th. një çmuarje të fitimit material, që mund të zgjatin jetëgjatësinë. Pjesa më e madhe e programeve shëndetësore në botë janë studiuar nën këtë perspektivë.

Studimet Çmim-Efikasitet

Lidhin çmimet e një veprimi mjekësor me pasojat e shprehura në njësi fizike (vite jetë të shpëtuara, si dhe numri i të sëmurëve të evituar).

Studimi Çmim-Dobi

Lidhin çmimet e një aksioni mjekësor me pasojat e shprehura në mënyrë cilësore. Nocioni cilësi e jetës së qëndrueshme fut një dimension të ri në studime dhe bën të nevojshëm përpunimin e sistemeve të reja masash. Këto mjete janë pra të çmuara për të ndihmuar në zgjedhjen e shumë projekteve, ose programeve dhe lejojnë argumentimin përpara personave, që vendosin për këtë fakt që është shpesh interesant në planin ekonomik të investojnë p.sh. në fushën e parandalimit të sëmundjeve. Duhet, megjithatë të kujtojmë që nocionet etike dhe të solidaritetit janë komplet të përjashtuara në këtë mënyrë trajtimi, sepse sëmundjet e personave aktivë (të quajtur edhe "prodhues") janë të privilegjuara në dëm të sëmundjeve të personave joaktive (të quajtur edhe "joprodhues"). Çmimi i shërbimeve sanitare mund të konsiderohet pra në nivelin e një shoqërie, qoftë si një investim, qoftë si një humbje financiare sipas shkallës së aktivitetit të popullsisë.

Është gjithashtu e mundur të konsiderohet çmimi i mirëmbajtjes së personave joprodhues si një shpenzim që kërkohet nga pjesa tjetër e popullsisë për faktin që një situatë aktiviteti është gjithmonë e përkohshme. Në këtë perspektivë, çmimi i shërbimeve mjekësore joaktive mund të konsiderohet jo si një humbje reale financiare për shoqërinë, por si një formë solidariteti ndaj rrezikut të joaktivitetit. Sipas ideologjisë politik, në cdo tip shoqërie personat joprodhues do të jënë pak a shumë të marrë në ngarkim nga pjesa tjetër e popullsisë. Përcaktimi i përparësisë sanitare, ku bëhet fjalë për përparësi veprimi ose përparësi kërkimi, konsiston në rregullimin jo vetëm të nevojave të shëndetit që do të jenë parësore, por gjithashtu dhe mjetet e ndryshme efikase për ndërhyrjet që mund të ekzistojnë edhe për një nevojë të vetme.

Zgjedhja përcaktuese dhe vënia në jetë e programeve të shëndetit
Procesi i përcaktimit është një etapë bazë e planifikimit të kabinetit familjar, sepse në këtë nivel "personat që zgjedhin" (shpesh nëpunës të kabinetit të ministrisë së shëndetësisë, pra paraqesin pushtetin politik), duhet që, pasi të kenë krahasuar programe dhe alternativa të ndryshme, të aprovojnë disa dhe të refuzojnë të tjerat. Përcaktimi, ose e thënë ndryshe kjo zgjedhje, është lehtësuar prej përdorimit të karakteristikave të matshme, por, kur të dhënat objektive mungojnë (gjë që ndodh shpesh), vlerësimi mbështetet në një gjykim të vlerave të varura nga rëndësia e dukshme e problemeve, nga situata politike dhe ekonomike, nga konteksti social etj. Përdorimi sipas kritereve të referimit më shumë "shkencor" lehtëson teorikisht përcaktimin përfundimtar, por lehtëson mbi të gjitha justifikimin zyrtar të zgjedhjes që u bë ballë për ballë me krijuesit e projekteve konkurruese ose ballë për ballë me popullatat që kanë qenë të hapura kundrejt këtyre përparësive. Së pari, bëhet zgjedhja për të hedhur në jetë një program të tillë shëndetësor, etapa pasuese i korrespondon vënies në jetë të këtij programi dhe konsiston së fundi për të mobilizuar burimet e disponueshme nga pikëpamja e përmbushjes së objektivave të parashikuara. Realizimi i mirë praktik i një projekti është i kushtëzuar nga një numër i madh elementesh.

Motivimi i personelit dhe i popullsisë
Nëse nevoja e përmirësimit të shëndetit është e njohur në mënyrë unanime, programi i ri do të ketë të gjitha shanset për t'u pritur mirë. Në fakt, është shumë e dëmshme për rezultatin të imponosh një ndërhyrje qoftë kjo për popullatën ose personelin shëndetësor. Disa programe depistimi sistematik të virusit VIH kanë humbur në shumicën e rasteve për këtë arsye.

Formimi i personelit të ngarkuar për realizimin e programit
I gjithë programi teorikisht duhet të jetë i shoqëruar nga një plan për formimin e personelit ku bëhët fjalë për udhëzime ose për perfeksionim. P.sh. një program afrikan "tip" që është ai i udhëzimeve për shtrimet në maternitet parashikon formimin e kushteve tradicionale të quajtura "matrone". A duhet tentuar për të riaftësuar "matrone" tradicionale që janë shumë të futura në traditë dhe respektohen shumë nëpër fshatra, por shpesh analfabete dhe të mbyllura ndaj teknikavë moderne? Apo ndoshta u duhet mësuar rendimenti obstetrik vajzavë të reja që kanë një nivel shumë të ulët shkollor? Apo ndoshta duhen formuar mami të diplomuara në Amerikë, që mund të jenë shumë të pakta, osë të kushtojnë shumë shtrenjtë. Gjithashtu, varet sigurisht në objektivat e pritshme në varësi të burimeve ekzistuese, por mbi të gjitha kjo varet tek personat që vendosin.

Standardizimi i detyrimeve (taksat)
Një program kërkon një numër të caktuar detyrimesh për t'u përballuar. Në rastin e vaksinimit p.sh. për BCG në shkollë duhet të mblidhet çdo herë ekipi i vaksinimit; në një datë të caktuar të mbledhë fëmijët, të marrë mungesat, të kontrollojë testet e imunitetit që janë praktikuar më parë, të bëjë vaksinimin, të mbledhë përsëri fëmijët etj. Të standardizojë detyrimet, d.m.th. të analizojë dhe të fiksojë procedurat e propozuara gjithandej në të njëjtën mënyrë dhe gjatë gjithë kohëzgjatjes së programit. Kjo lejon, përveç të tjerash, një efikasitet të madh në mundësinë për të krahasuar në mënyrë të vlefshme rezultatet nga një vend në tjetrin dhe nga një program shëndetësor i dhënë (i parashikuar për t'u realizuar). Kjo është faza më e rëndësishme dhe më delikate e një proçesi të përgjithsgëm të planifikimit sanitar, sepse ka të bëjë me zgjedhjen e bërë. Suksesi i programit varet nga shumë faktorë që shkojnë që nga mënyra e komunikimit me

personelin deri tek vendosja e një rregulli që mund të përmbushë procedurat e duhura. Nënvlerësimi i realizimit të një detyrimi të vetëm mund të vërë në rrezik një program shumë të rëndësishëm edhe pse ky program ka qenë planifikuar ndryshe.

Vlerësimi i planeve sanitare

Vlerësimi është një bashkësi metodash për të përcaktuar në çfarë shkalle suksesi janë arritur objektivat e paravendosura në fushën e shëndetësisë. Vlerësimi është ai që lejon të parashtrohet një gjykim me vlera për një program tashmë të marrë në konsideratë, qoftë ky program diagnostikues, terapeutik ose organizativ. Një gjykim i tillë mbështetet në disa kritere të formuara mbi disa norma që lejojnë përcaktimin e shkallës së suksesit në arritjen e objektivave të parashikuar. Shpesh i konsiderojmë si një fazë krejt përfundimtare, ndërkohë që vlerësimi duhet të ishte teorikisht i njëkohshëm në çdo etapë të procesit të planifikimit. P.sh. studimi i alternativave të ndryshme në përcaktimin e përparësive sanitare mund të konsiderohet në disa raste si një vlerësim i parakohshëm; kjo mënyrë të vepruari pranohet me shumë vështirësi nga shërbimet e planifikimit dhe nga "persona që vendosin" sepse personat luajnë njëhërësh rolin e gjykatësit dhe të vendimtarit. Në fakt, vlerësimi konsiston në atë që të dihet se cila është cilësia e asaj që sapo është bërë.

Ja pse vlerësimi është shpesh "i përjashtuar" nga procesi i planifikimit; gjithashtu shpesh vlerësimi mund të jetë më i shtrenjtë edhe se vetë programi. Megjithatë, sidoqë të vlerësosh sinqerisht programet shëndetësore, ka gjithmonë probleme të shumta se shëndeti është koncept i vështirë për t'u përcaktuar. Duhen përdorur përcaktime indirekte të quajtura tregues, por dhe vetë këto përcaktime kanë limitet e tyre. P.sh. përmirësimi i shëndetit mund të jetë real falë planeve, po jo detyrimisht i mjaftueshëm për t'u matur në mënyrë sinjifikative nga treguesit. Praktikisht, një vlerësim konsiston për të organizuar një anketë të tipit epidemiologjik. Një sondazh i tillë realizohet në një popullatë ku është bërë një program i tillë për të çmuar pse dhe në çfarë mase ka ndikuar programi në përmirësimin e shëndetit. P.sh. vlerësimi i një programi vaksinimi konsiston në mënyrë klasike në organizimin e një ankete mbi këtë fushatë vaksinimi me qëllim që të njihet përqindja e personave të vaksinuar. Një krahasim "para-prapa" lejon të mësohet nëse programi i vaksinimit ka shërbyer për dicka apo jo. Sipas kohës, mjeteve ose dëshirës së shërbimeve të ngarkuara me planifikimin, anketat më të mira mund të realizohen dhe mund njëkohësisht të lejojnë vlerësimin e përcaktuesve të një rezultati të mirë.

II. PLANIFIKIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR DHE PLANIFIKIMI I ZHVILLIMIT KOMBËTAR

Disa dekada përpara, Feldestein me të drejtë vuri në dukje se, megjithë kontributin që mund të jepnin përmirësimet në sektorin e shëndetësisë në të gjithë procesin e zhvillimit ekonomik, ekonomistët në përgjithësi kishin heshtur mbi subjektin e programeve të kujdesit shëndetësor në vendet në zhvillim dhe nuk kishin bërë asnjë përpjekje për të shtrirë metodat ekonomike në sektorin e kujdesit shëndetësor. Në të njëjtën mënyrë, administruesit e shëndetit publik nuk kishin zhvilluar ndonjë metodë sistematike të planifikimit ose kërkonin të integronin kujdesin shëndetësor brenda kontekstit më të gjerë të planifikimit të zhvillimit. Sot, pavarësisht nga interesi gjithnjë në rritje që po tregojnë ekonomistët në sektorin shëndetësor - një interes që gradualisht po shtrihet në vendet në zhvillim - vlen të përmendet fakti që planifikimi në sektorin shëndetësor në vendet në zhvillim ruan karakterin e tij të kufizuar. Autoritetet e planifikimit qendror kanë dështuar në përpjekjet e tyre për të ndërtuar brenda modeleve të tyre marrëdhënie të drejta të ndërveprimit reciprok ndërmjet sektorit shënndetësor dhe sektorëve të tjerë, dhe nuk kanë mundur t'i shfrytëzojnë këto marrëdhënie si burime shpërndarjeje për shëndetin. Autoritetet shëndetësore, gjithashtu, nuk kanë mundur të hedhin dritë mbi funksionin e prodhimit për shëndetin, dhe as të specifikojnë kontributin e shëndetit në funksionin e mirëqenies shoqërore në mënyrë të tillë që të konkretizojë në mënyrë bindëse pretendimet e tyre për burimet e tjera. Rezultati i këtij keqkuptimi të ndërsjellë është që, në pjesën më të madhe të rasteve, planifikimi për sektorin shëndetësor është një ushtrim i pavarur që nuk arrin të maksimalizohet, i përpunuar nga profesionistët e sektorit shëndetësor brenda burimeve të detyruara të përcaktuara në mënyra arbitrare nga planifikimet e ekonomisë së centralizuar. Do të studiohen tre fakte të kësaj situate:

- *Së pari*, karakteristikat e modeleve makroekonomike që nënvizojnë planet e zhvillimit ekonomik, ku do të diskutohet dhe do të sugjerohet që këto modele nuk adaptohen dhe aq mirë për të mishëruar marrëdhëniet domethënëse të sektorit shëndetësor.
- *Së dyti*, praktika aktuale e planifikimit të zhvillimit kombëtar do të rishikohet, duke u bazuar mbi një analizë të një shembulli jo të rastësishëm të planeve të publikuara disa kohë më parë. Me pak përjashtime këto plane përbëjnë fakte të mjaftueshme për të mbështetur bindjen se sektori shëndetësor është planifikuar në mënyrë të gjerë i pavarur nga plani i përgjithshëm kombëtar.
- Së treti, do të merren në konsideratë modele të ndryshme të planifikimit në sektorin shëndetësor, për të hulumtuar metodologjitë e tyre dhe lidhjen me kushtet e vendeve të zhvilluara.

Modelet e zhvillimit makroekonomik dhe sektori shëndetësor

Megjithëse planet e publikuara të zhvillimit rrallë venë në dukje metodën e ndërtimit të tyre, është vënë re se ekziston një mbështetje e fuqishme në përdorimin e modeleve ekonomike teorike. Kështu, në shumicën e vendeve të varfra, këto modele shpesh formojnë si bazën analitike ashtu dhe skicën e veprimit aktual brenda së cilës komponentët e detajuar të planit të zhvillimit nxjerrin vlerat e tyre specifike cilësore.
Modelet e përdorura më shpesh janë derivate të modelit të rritjes të Harrod-Damarit. Në pak vende, ku makineria e planifikimit është më e sofistikuar dhe struktura industriale më tepër e

integruar, mundet që gjithashtu të përdoren modelet ndër-industriale. Ekuacioni kyç i modelit të Harrod-Damarit mund të paraqitet si më poshtë vijon:

$$\mathbf{g = S/K}$$

ku:
g = ritmi i rritjes së të ardhurave kombëtare;
S = prirje për të kursyer;
K = kapitali në rritje/raporti i prodhimit.

Përdorimi i modelit të Harrod-Damarit presupozon që shkurtimi i investimeve të kapitalit të jetë kufiri ekonomik parësor. P.sh. komenti ynë do të ishte si më poshtë vijon:
Modeli është shumë i thjeshtëzuar në kuptimin që kursimet, investimet dhe të ardhurat janë të vetmet variabla për t'u marrë në konsideratë, supozimi i qartë qëndron në faktin që rezervat e kufizuara të pushtetit të njeriut në një nivel të lartë, luhatjet në vlerën e ndihmës së huaj, etj., janë më pak të rëndësishme dhe që akumulimi i kapitalit përbën procesin kryesor nga i cili të gjitha aspektet e tjera të politikës së zhvillimit janë bërë të mundura.
Modeli mund të përdoret edhe për të parashikuar ritmin e rritjes së të ardhurave ("g") nën dritën e vlerave të sigurta për "s" dhe "k" që kërkohet për të plotësuar një ritëm me një qëllim të dhënë të rritjes së të ardhurave. Vlerat aktuale mund të reduktohen prej metodave të përmirësuara të prodhimit ose nëpërmjet ndryshimit të përbërjes së investimeve. Vlera e parametrit "s" mund të rritet me anë të përpjekjeve për të sistemuar kursimet private (personale dhe të biznesit) ose nëpërmjet kursimeve në rritje të Qeverisë (nëpërmjet taksave).
Në mungesë të kursimeve të mjaftueshme të brendshme, qeveria mund të kërkojë kursime të huaja. Megjithëse fokusi parësor drejtohet mbi ritmin e kursimeve dhe investimeve, modeli mund të shtrihet duke u implikuar me të ardhurat publike dhe balancin e pagesave të ritmeve alternative të rritjes nëpërmjet shtimit të parametrave që përfaqësojnë ritmet e taksave dhe prirjen për të importuar.
Modeli ka pak vlerë për t'u aprovuar në këtë formë të ngjeshur. Gjithsesi, ai mund të përpunohet në format e dy ose tre sektorëve gjysmë-agregatë, ku sektorët mund të përcaktohen si industri të mallrave të investuara dhe të mallrave të konsumit ose industri të orientuara drejt eksportit dhe industri të brendshme. Në mënyrë alternative, ekonomia mund të shpërbëhet në një numër më të madh të sektorëve të industrisë të përcaktuara gjerësisht; p.sh. një model, i projektuar në Afrikën Lindore shumë vite më parë punësoi gjashtë sektorët e bujqësisë, manifaturave, ndërtimit, transportit, shërbimeve dhe qeverinë. Ndërsa këto modele sektorësh të ashtuquajtura kryesore ose drejtuese përfaqësojnë një përmirësim si të modeleve agregate të thjeshtë ashtu dhe të atyre gjysmë-agregate; megjithatë, ata janë një përfaqësim tepër abstrakt i ekonomisë së vërtetë.
Dy karakteristikat dalluese të këtyre modeleve që i bëjnë ato të jenë përgjegjës e për planifikimin e zhvillimit janë: <u>së pari</u>, thjeshtësia e ndërtimit dhe thjeshtësia e manipulimit të tyre matematik, si dhe: <u>së dyti</u>, aftësia për t'iu përshtatur informacionit statistikor shpesh të papërpunuar dhe jo të plotë të vlefshëm për shumicën e vendeve të varfra. Të metat e tyre kryesore, sidoqoftë, qëndrojnë në natyrën e shtrirë të përgjithësimeve të tyre ekonomike, në paaftësinë për të paraqitur në mënyrë të detajuar rënien strukturale të ekonomisë si dhe paaftësinë për të siguruar nëse një program i veçantë do të rezultojë në një akordim optimal të materialit të nevojshëm të burimeve financiare dhe humane.
Nga modele të këtij lloji nuk mund të nxirren përfundime që lidhen me sektorin shëndetësor. Kjo nuk përbën domosdo një kritikë për këto modele; mbi të gjitha, ato u krijuan për të

demonstruar marrdhëniet e makro-ekonomisë, dhe nuk kanë për qëllim të sigurojnë receta për sektorët e veçantë, veçanërisht një sektor si shëndeti i konsideruar relativisht kaq i vogël dhe inert. Ekzistojnë shumë arsye pse këto modele nuk mund të udhëheqin planifikimin e sektorit shëndetësor:

- *Së pari*, modelet merren më tepër me rritjen e të ardhurave ashtu siç përcaktohen nga llogaritë kombëtare sesa me rritjen e mirëqenies. Kontributi i shërbimit shëndetësor që ka të fundit qëllim rritjen e mirëqenies, ka të ngjarë të bëhet relativisht më i madh sesa kontributi i tyre në qëllimin e afërt të rritjes së të ardhurave, sepse konventat e llogaritjeve të të ardhurave kombëtare nuk mund të përfshijnë vlerën e plotë të produktit përfundimtar të shërbimeve shëndetësore. Në sektorin privat çmimet janë të shtrembëruara nga burimet e shumta të falimentimeve në treg dhe, në sektorin publik, shërbimet shëndetësore, në përgjithësi, janë të vlerësuara me çmimin e lëndëve të para.
- *Së dyti*, modelet në mënyrë të qartë e trajtojnë akumulimin e kapitalit fizik si burim të vetëm të rritjes së produktit përfundimtar dhe të të ardhurave. Ndërkohë që nocioni i kapitalit "human" në parim mund të injorohet në modelet, si nëpërmjet shtimit të një parametri që përfaqëson stokun e kapitalit human ashtu edhe nga modifikimi i vlerës së "k" për të reflektuar efikasitetin më të madh të kapitalit fizik, kur futet në marrdhënie pune me kapitalin human shtesë, në praktikë akumulimi i kapitalit merret për t'iu referuar investimeve në ndërtesa dhe pajisje. Një ndryshim në gjendjen e shëndetit të forcës së punës, megjithatë, mbetet i panjohur kur operohet me këto modele, duke nënkuptuar që s'ka nevojë të investohen burimet në sektorin e shëndetit që të çojnë në një ndryshim të tillë.
- *Së treti*, në modelet e këtij lloji, sektorët në të cilët ndahet ekonomia kombëtare janë kaq të gjerë, saqë sektori shëndetësor nuk mund të ndahet si në sektorin e shërbimeve ashtu dhe në qeveri (dhe ndonjëherë nuk mund të ndahet ndërmjet të dyve). Duke ditur se modelet multi-sektoriale rrallë përfshijnë më tepër se dhjetë sektorë dhe se shëndeti zakonisht zë 1% ose 2% të të ardhurave kombëtare në vendet e varfra, nuk është çudi që shëndeti nuk identifikohet i veçuar. Sidoqoftë, çdo vlerësim i përgjithshëm i kërkesës dhe investimi i kapitalit përkatës, i krijuar për këto raste të përcaktuara në mënyrë të gjerë nuk zbatohet patjetër në komponentin e tyre shëndetësor. P.sh., vlerësimet e kërkesës për shërbimet qeveritare përcaktohen me efektivitet nga vendimet e politikave qeveritare, dhe nuk janë produkt i kërkesës spontane të konsumatorit. Ndërsa modelet mund të pranojnë se shërbimet qeveritare do të rriten "*pro rata*" (në përputhje me) të ardhurat kombëtare, ose rriten pak a shumë shpejt në përputhje me politikat qeveritare, shihet qartë një konflikt i fuqishëm midis përdorimit të të ardhurave publike shtesë për të shpërndarë shërbimet dhe përdorimit të tyre për të rritur stokun e kapitalit në bujqësi dhe manifakturë. Nga kjo pikëpamje, planifikuesit vendës fare mirë mund të propozojnë kufizime në shpërndarjen e shërbimeve (duke qenë në përputhje vetëm me nevojat aktuale të konsumit), me qëllim që të lejojnë investime më të mëdha (për të shpërndarë kapacitetin në përputhje me nevojat e konsumit në të ardhmen).
- *Së katërti*, trajtimi i raportit kapital/produkt përfundimtar në modelet pranon se pas një shpenzimi fillestar për investime do të ketë një produkt përfundimtar konstant vjetor përkatës në të gjithë periudhën kohore në vazhdim. Ky supozim mekanistik nuk përputhet ngushtësisht me eksperiencën e shpenzimeve në sektorin shëndetësor, ku shpesh ka një periudhë të gjatë pritjeje midis shpenzimit fillestar (i financuar nga kapitali ose nga buxheti aktual) dhe momentit kur merren përfitimet.

- *Së pesti*, modelet janë krejtësisht të papërpunuara në lidhje me marrëdhëniet e punës që ato ndërtojnë midis variableve. Zakonisht, një variabël lidhet me tjetrin nga një koeficient i vetëm, i supozuar që nuk ndryshon në lidhje me kohën, siç është raporti kapital/produkt përfundimtar shtesë në periudhat pasuese. Marrëdhëniet midis aktiviteteve të shërbimit shëndetësor dhe statutit të shëndetit ndërmjetësohen nga një sërë faktorësh ambientalë dhe shoqërorë, të cilat nga ana e tyre influencohen në pothuaj çdo aspekt, nga sistemet shoqërore dhe natyrale. Shumë nga përfitimet e shëndetit rrjedhin nga një ndryshim demografik për një kohë të gjatë; p.sh., përfitimet në jetëgjatësinë foshnjore dhe të fëmijëve kontribuojnë në adaptimin e normës së familjes së vogël, e cila jo vetëm ndërton një strukturë demografike që është faktori më efikas i prodhimit, me raporte varësie më të ulëta dhe një kohëzgjatje mesatare më të madhe të periudhës së punës, por gjithashtu prodhon reduktime të mëtejshme në sëmundshmërinë dhe mortalitetin, meqë rreziqet e lindjes dhe të fëmijërisë së hershme ndodhin relativisht më rrallë. Modelet makroekonomike përdoren zakonisht për projekte nga ato me afat të shkurtër deri në afat të mesëm, si një plan 5-vjeçar, brenda të cilit koeficientet demografike mund të supozohen si konstante. Gjithashtu, ato nuk mund të reflektojnë efektet grumbulluese të ndryshimit shekullor, i cili përfundimisht mund të bëhet revolucionar në impaktin e tij.
- *Së fundi*, meqë këto modele "makro" nuk japin rekomandime për sektorin shëndetësor në total, është e qartë që ato nuk mund të sigurojnë një drejtim mbi shpërndarjet brenda sektorit shëndetësor. Në të vërtetë, duke i'u dhënë vendin e duhur në investimin e kapitalit fiks, ata mund të kontribuojnë në një klimë të mendimit të pa kritikueshëm në të cilën sektori shëndetësor duhet menjëherë të sakrifikojë rritjen e shpenzimit të përsëritur me qëllim që të financojë shpërndarjen e stokut të ndërtesave dhe pajisjeve, pavarësisht nga sinjalizimet e dukshme të përsëritura e deficitet kryesore në trungun e shërbimeve nga shkurtimi ose mungesa e stafit të trajnuar dhe mungesa e parave për ilaçe dhe mallrave të konsumit, të shpenzimeve dhe të mirëmbajtjes e riparimit të pajisjeve, të gjitha këto në ngarkim të buxhetit rekurent me tepër se sa kapital.

Modelet interindustriale përfaqësojnë një shkallë më të lartë sofistikimi sesa udhëheqja e modeleve të sektorit, me të dhëna të larta korrespenduese, por ata i sigurojnë një asistencë shumë të paktë planifikuese sektorit shëndetësor. Në thelb të modelit interindustrial është matrica e parë/produkt përfundimtar (*input/output*), e cila zbulon shtrirjen në të cilën produkti përfundimtar i çdo industrie është i varur nga blerjet në industritë e tjera, nga importet dhe nga faktorët parësorë. Numri i sektorëve të dallueshëm në modelet e këtij lloji ndryshon shumë dhe mund të arrijë në 100 ose më tepër; sektori i shërbimit shëndetësor mund të identifikohet veç (megjithëse ai shpesh shkrihet me shërbimet e tjera publike, meqë shkalla e mospërputhjes të sektorëve synon të bëhet më e madhe për manifakturat sesa për shërbimet). Por, ky lloj modeli nuk kap në mënyrë të plotë marrëdhëniet ndër-aktive të sektorit shëndetësor me sektorët e tjerë. Arsyeja kryesore është që matrica merret me blerjet interindustriale, ndërsa inputet e shëndetit në sektorët e tjerë nuk blihen direkt nga firmat e këtyre sektorëve, por nga forca e tyre e punës, për rrjedhojë shfaqen si kërkesë përfundimtare. Për shkak të mungesës në dukje të transaksioneve interindustriale, ekspansioni i sektorëve të tjerë të ekonomisë nuk nënkupton rritjen korresponduese në produktin përfundimtar të shërbimeve shëndetësore.

Vlera kryesore e modelit interindustrial qëndron në sigurimin e një kontrolli konsistent në *outputin* e projektuar të sektorëve të ndryshëm; një ekspansion i *outputit* bujqësor, p.sh., pranohet të varet nga ekspansioni i atyre industrive që i sigurojnë lëndë të parë bujqësisë, si plehrat fertilizuese dhe transporti. Ndonëse për këto industri planifikohet një ekspansion i përshtatshëm, ekspansioni i planifikuar i bujqësisë ka të ngjarë të prishet.

Në lidhje me një model që parashikon përbërjen e kërkesës përfundimtare, modeli interindustrial mund të përdoret gjithashtu për të vlerësuar lëndët e para shtesë të punës dhe të kapitalit të kërkuar për ekspansionin përfundimtar.
Në këtë mënyrë, modeli vë bazën për shpërndarjen e fondeve të investimeve ndërmjet sektorëve, dhe, gjithashtu, jep tregues për kërkesën e tregut të punës për produktin e sektorit të edukimit.
Megjithatë, meqë marrëdhëniet ndërmjet buxhetit të shëndetit dhe të punës janë shumë më komplekse dhe difuze, implikimi për produktin e shërbimeve shëndetësore është më pak i dukshëm.
Meqë produkti përfundimtar pranohet si kërkesë finale, vetë matrica inter-industriale nuk kontribuon në vlerësimin e produktit të ardhshëm. Siç është vënë tashmë në dukje, ekzistojnë probleme në parashikimin e kërkesës për shërbimet publike (duke përfshirë shërbimet shëndetësore), ku një supozim i zakonshëm është ai që produkti i shërbimeve shëndetësore do të rritet në përputhje me ekonominë në përgjithësi. Ky supozim mund të interpretohet si më poshtë vijon:

Nëse metoda input-output (lendë e parë - produkt) aplikohet në formën saj primitive, supozohet se gjithë këto aktivitete zënë vend në raport me të ardhurat kombëtare ose me të ardhura e sektorëve apo të regjioneve të veçantë. Rritjet në shërbimet shoqërore janë përpjesëtimore me rrtijen e të ardhurave.

Mund të nxirret si përfundim se i vetmi sugjerim që mund t'u bëjë modelimi makroekonomik shpërndarjeve të projektit në sektorin shëndetësor është një rekomandim i rastësishëm për të pranuar një procedurë mesatarizuese të thjeshtë ashtu siç është e përshtatshme për artikuj më të vegjël rezidualë në çdo ushtrim të projektit. Por, një procedurë e tillë nuk është ideale kur zbatohet në sektorin shëndetësor.
E vetmja mënyrë e planifikimit të zhvillimit në të cilën udhëzimet për sektorin shëndetësor ka të ngjarë të rrjedhin nga llogaritjet strategjike centrale, është paraqitja e nevojës bazë. Kjo paraqitje rrjedh nga nevoja për të siguruar njerëzit, veçanërisht më të varfërit, me nevojat e tyre bazë. Ajo ç'ka përfshijnë nevojat bazë ndryshojnë shumë nga nevojat minimale për jetesë si p.sh. ushqimi, strehimi, veshmbathjet dhe shërbimet shëndetësore, tek nevojat psikologjike si pjesëmarrja dhe demokracia. Kjo paraqitje nuk përbën vetëm një teori ekonomike ose shoqërore, por më tepër një lëvizje të drejtuar me një sërë përparësish drejt aksionit, i cili zakonisht përfshin veprimin mbi shëndetin. Ndërsa plotësimi i nevojave bazë është një element në politikën ekonomike dhe planifikim në një sërë vendesh, kryesisht në Azinë Jugore, në asnjë vend tjetër ai nuk përbën inspirimin kryesor për shpërndarjen e burimeve dhe meqë metodologjia e përcaktimit të nevojave bazë është elastike, çdo aplikim i saj është krejtësisht "idiosinkrazik".

Praktika aktuale e planifikimit të shëndetit kombëtar

Praktika e planifikimit të sektorit shëndetësor në vendet në zhvillim është eksploruar më poshtë nëpërmjet studimit të 30 planeve aktuale të zhvillimit (shih më poshtë tabelën). Grupi i planeve të shqyrtuara ishte ai i publikuar në anglisht që në vitet 1970. Megjthëse grupi i studiuar nuk ishte i plotë dhe seleksionimi ishte një zgjidhje e rastit, planet përfshijnë një përmbajtje dhe metodë në nivel të konsiderueshëm.
Nga studimi i tabelës, mund të shihet që modeli më i zakonshëm makroekonomik që nënvizon planet e zhvillimit kombëtar ishte një projekt model mbi drejtimin e sektorëve. Vetëm 4 nga planet arritën një nivel më të lartë sofistikimi, duke përdorur një matricë interindustriale si një

kontroll i vazhdueshëm mbi qëllimet e prodhimit sektoral. Tre plane që mbeten, u pa qartë që nuk u mbështetën mbi ndonjë model formal makroekonomik, duke mbetur thjeshtë përpilime të propozimeve për zhvendosjen e kapitalit për sektorët publikë, dhe që ishin në fakt plane të investimeve publike.

Siç mund të jetë parashikuar nga analiza e modeleve makroekonomike, shumë pak prej planeve të zhvillimit përfshijnë edhe sektorin shëndetësor në seksionet e paraqitura apo në diskutimet mbi strategjitë e përgjithshme të zhvillimit, përveçse në kontekstin e çështjeve që lidhen me rritjen e shpejtë të popullatës. Në 21 prej 30 dokumenteve të planeve, rritja e tepërt e popullatës u identifikua si një pengesë në rritjen e mirëqenies; në shumicën e rasteve, zhvillimi i shërbimeve shëndetësore u favorizua si pjesë e politikës publike, duke njohur kontributin potencial të shërbimeve shëndetësore në programet e planifikimit familjar si dhe impaktin e mortalitetit foshnjor të reduktuar mbi fertilitetin, apo të dy llojet e ndërveprimeve.

LISTA E PLANEVE TË ZHVILLIMIT

Vendi	Titulli i dokumentit	Periudha e planit	Kohëzgjatja (1 vjet)	Modelet ekonomi nënvizuese
Banglades h	Plani i parë 5 vjeçar	1973-78	5	Sektorët drejtues
Belize	Plani i zhvillimit	1977-79	3	Investimet publike
Botsvana	Plnai kombëtar i zhvill.	1979-85---	5	Sektorët drejtues
Etiopia	Strategjia per pl.Iv 5-vj.	1974/5-78/9	5	Gjysmëagregate
Fixhi	Plani VIII I zhvillimit	1981-85	5	Interindustria
Gana	Plani 5 vjeçar i zhvillimit	1976-80	5	Interindustria
Guajana	Plani II skicë i zhvillimit	1972-76	2	Agregatet
India	Plani IV skicë i rishikuar	1978-1983	5	Inter-industria
Indonezia	Plani III 5-vjeçar	1979-1984	5	Sektorët drejtues
Iran	Plani V izhvill.i rishikuar	1973-1978	5	" "
Xhamaika	Plani 5-vjeçar i rishikuar	1978-1982	5	Agregatet
Jordania	Plan 5-vjeçar	1976-1980	5	Sektorët drejtues
Kenia	Plani i zhvillimit	1970-1974	5	" "
Korea	Plani III 5-vjeç.i zhvill.ek	1972-1976	5	" "
Malajzia	Plani III Malajzien	1976-1980	5	" "
Mauritania	Plani 5-vjeçar Për zhvill. soc. ek	1975-1980	5	" "
Nepal	Plani V i shkurtuar	1975-1980	5	" "
Pakistan	Plani 5-vjeçar	1978-1983	5	" "
Papua N. Guinea	Plani i shpenzimeve publike	1981-1984	3	Investime publike
Filipine	Plani 5-vjeçar i zhvillimit	1978-1982	5	Sektorët drejtues
Arabi Saudite	Plani II I zhvillimit	1975-1980	5	" "
Seydullas	Plani i zhvillimit vendas	1978-1982		Investime publike
Sierra-Leone	Plani i zhvillimit vendas	1975-1980	5	Sektorët drejtues
Sri Lanka	Plani 5 vjeçar	1972-1976	5	Gjysmë agregatet
Sudan	Plani 6 vjeç.i zhvillimit Ekonomik	1978-1983	6	Sektorët drejtues
Tajlanda	Plani i zhvillimit ekonimik	1977-1981	5	Sektorët drejtues
Turqia	Përmbledhje e pl. III të zhvill.	1973-1977	5	Inter industria
Zambia	Plani II i zhvillimit vendës	1972-1976	5	Sektorët drejtues

Nga studimi i planit të zhvillimit është e qartë se ndryshimet në gjendjen shëndetësore të popullatës nuk u trajtuan si variabla kritike, megjithëse ndoshta këtu është e nevojshme të bëhet dallimi midis kapitujve të parathënies dhe atyre tëstrategjisë në dokumentin e planit nga njëra anë dhe vetë kapitujve për shëndetin. Të parët janë projektuar nga makro-planifikuesit dhe nxjerrin në pah preokupimet e tyre; të fundit janë projektuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe shpesh paraqiten si një shfajësim jobindës mbi shpenzimet në shërbimet shëndetësore. Vetëm në 5 nga planet, makroplanifikuesit janë koshientë mbi impaktin pozitiv të përmirësimit të shëndetit dhe produktivitetit në punë; në tre raste të mëtejshme planifikuesit e shëndetit kanë vënë re të njëjtën gjë. Makro-planifikuesit janë shumë më të gatshëm për të pranuar kontributin e shërbimeve shëndetësore në objektivat për shpërndarjen, si dhe satisfaksionin e drejtpërdrejtë mbi nevojat e mirëqenies; referencat shfaqen në mbi 1/3 e dokumenteve të planifikimit. P. sh. Plani 5-vjeçar i Bangladeshit thekson:

"*Investimet industriale kërkojnë investime shoqëruese në sektorin energjitik dhe të transporteve ashtu sikurse dhe në tregti dhe sektorët e ndihmës. Investimet në sektorin shëndetësor, si në shëndetësi arsim dhe planifikim familjar u kushtëzuan së pari nga nevoja për t`iu mbajtur objektivave sociale të pranuara si postuale*".

Niveli dhe qëllimi i aktiviteteve të përfshira në planet e sektorit shëndetësor ndryshuan shumë nga njëri vend në tjetrin. Në 5 raste ato u kufizuan në veprimtarinë e shërbimeve mjekësore; vetëm në 9 raste ato u treguan të arsyeshëm, në faktin që ato përfshinë shërbimet mjekësore, ushqyerjen, planifikimin familjar, rezervat ujore dhe higjienën. Së paku, gjysma e planeve e përqendruan vëmendjen e tyre në shërbimet shëndetësore shtetërore dhe nuk përmëndën agjencitë joqeveritare, apo, në pak raste, e pranonin ekzistencën por nuk parashikonin influencën e tyre në periudhën e planit. Referenca të veçanta në sektorin shëndetësor privat u paraqitën vetëm në 1/3 e planeve dhe asnjë prej tyre nuk dha parashikime të detajuara për shpenzimet e agjencive jo shtetërore. Në këtë rast, vlen të jepet një citat i zgjeruar i planit VI 5-vjeçar të Indisë (Projekti i rishikuar):

"*Shëndeti nuk mund të shihet i izoluar nga qëllimet e përgjithshme dhe politikat e zhvillimit kombëtar; ai shërben si një lëndë e parë e rëndësishme ashtu sikurse edhe si një produkt përfundimtar i dëshirueshëm. Megjithëse zhvillimi i shpejtë ekonomik është vetë kujdesi më i mirë shëndetësor për njerëzit, shërbimet në shëndetësi duhet të pranohen si investime në kapitalin human, i cili kontribuon në mënyrë cilësore në zhvillimin ekonomik. Për qëllimet e akordimit të kapitaleve, shpenzimet për shëndetin kufizohen në programin e sektorit të shërbimeve shëndetësore të qeverisë, por për planifikimin total për shëndetin duhet të merren në konsideratë programet e tjera respektive, pa të cilat sektori shëndetësor mund të mbetet deficitar apo nuk do të ishte i aftë të ndërtonte mekanizmin mbrojtës të shoqërisë kundra sëmundjeve*".

Që një zbulim paksa i habitshëm fakti që nuk kishte një marrëdhënie të qëndrueshme midis shkallës së sofistikimit të planit makroekonomik dhe shumëanshmërisë së planit në sektorin shëndetësor. Dy nga vendet me plane të bazuara mbi modelet interindustriale (Gana dhe Turqia) paraqitën planet e sektorit shëndetësor në këndvështrim të ngushtë. Disa vende me planet makroekonomike të përpunuara (midis tyre Papua Guinea e RE, Seishellet dhe Indonezia, kjo e fundit mohon hapur që plani i saj është bazuar në një model formal), kanë plane për sektorin shëndetësor që janë jo vetëm me një këndvështrim të gjithanshëm, por gjithashtu njohin qartë përcaktimin kompleks të gjendjes shëndetësore dhe parashikojnë programet e veprimtrisë inter-sektoriale në funksion të zhvillimit të shëndetit.

Mënyra se si u paraqitën objektivat e sektorit shëndetësor ishte shumë e ndryshme. Në disa raste, nuk u gjet një përcaktim i qartë mbi objektivat për shëndetin dhe për objektivat kryesore mund të konkludohej nëpërmjet shenjave deskriptive. Forma më e zakonshme e objektivit, e gjetur në gjysmën e planeve, ishte përhapja ose përmirësimi i shërbimeve shëndetësore, pa i'u referuar drejtpërdrejt ndonjë qëllimi më të lartë (domethënë, përmirësimit të vetë shëndetit). Tashmë, afërsisht 1/3 e planeve, pohuan objektivat e tyre për një përmirësim në gjendjen shëndetësore të popullatës, ndërkohë që në 1/5 e planeve, përmirësimi në shëndetin u konsiderua si një instrument për të arritur qëllime të mëtejshme, si rritje të produktivitetit apo kontribut në mirëqënien shoqërore. Në një numër planesh u paraqitën qëllimet për mbulimin e popullatës me shërbimet shëndetëore; në 1/5 e planeve u paraqitën objektivat sasiore për ndryshimet në indikatorët e gjendjes shëndetësore dhe afërsisht po kaq shpesh (megjithëse zakonisht nuk përfshin të gjithë vendet) u përcaktuan objektivat për reduktimin e fertilitetit apo ritmit të rritjes së popullatës. P.sh. plani kombëtr i zhvillimit të Siera - Leones përcaktoi kohëzgjatjen e jetës, por jo fertilitetin; Plani III maleizian nuk kishte objektiva për mortalitetin, por shpalli një objektiv specifik mbi fertilitetin, reduktmin e ritmit të lindjeve nga 31 në 28 për mijë gjatë periudhës së planit.

Duke riparë në mënyrë të detajuar masat specifike të adaptuara në këto plane, është e nevojshme të tregohet kujdes. Fakti që nuk përmendet qartë një shërbim i veçantë, nuk do të thotë që ai nuk ekziston. Disa plane mund të përfshijnë një abstraksion jo të plotë apo pasazhe jo të qëndrueshme ndaj dokumenteve të planit origjial; termat e përgjithshme si "mbështetje logjistike" apo "shërbimet preventive" janë përdorur në disa prej planeve, ndërsa të tjerët i specifikojnë komponentet e këtyre koncepteve; dhe disa prej dokumenteve të planeve janë thejsht një përmbledhje e planit të plotë të përkthyer nga anglishtja (p.sh. Korea, Turqia) të cilat në mënyrë të paevitueshme i lënë pas dore disa detaje të origjinalit.

Megjithëkëtë, ka vlerë të studiohet përmbajtja e planeve dhe të tentohet për të kapur atë ç'ka është më kryesore. Realisht, të gjitha planet synojnë të forcojnë sistemin e shërbimeve bazë shëndetësore si një rëndësi e dorës së parë; në të vërtetë, në 1/3 e tyre kjo ishte përparësia e tyre. Nga ana tjetër, relativisht pak prej planeve i'u referuan koncepteve të kujdesit parësor të realizuar nëpërmjet mjekëve të fshatrave (ndoshta edhe sepse ky është një problem relativisht i ri i politikës) ai përmendet në mënyrë specifike vetëm në planet e Indonezisë, Indisë, Pakistanit, Sudanit dhe Tajlandës. Planifikimi familjar ishte preokupimi kryesor në më shumë se gjysmën e planeve dhe kishte përparësi në planet e Iranit dhe të Filipineve. Shërbimet e planifikimit familjar shpesh janë konsideruar si një komponent i integruar në shërbimet shëndetësore të nënës dhe fëmijës dhe ndonëse në një numër vendesh pati një lidhje të fortë me planifikimin familjar, këto programe arritën një përparësi të lartë. Në total, programet e nënës dhe fëmijës u përmendën 8 herë lidhur me planifikimin familjar dhe 4 herë si një program përparësor në vetvete.

Ushqyerja u trajtua si një program përparësor në 13 vende, furnizimi me ujë dhe higjiena në 16 vende dhe edukimi shëndetësor në 11. Persistenca e preokupimeve tradicionale si kontrolli i sëmundjeve ngjitëse si dhe zhvillimi i shërbimit spitalor u reflektuan në raportin e lartë të planeve që i përmenden këto si përparësi: respektivisht 15 me 27. Afërsisht në 1/3 e planeve, zhvillimi i spitaleve u paraqit si përparësi e dorës së parë.

Sidoqoftë, ndryshueshmëria e sëmundshëmrisë në vendet në zhvillim u reflektua në interesin që u tregua për shëndetin mendor, problemet dentare dhe okupacionale, si dhe në shërbimet rehabilituese jo vetëm në vendet më të pasura dhe më të sofistikuara, por gjithashtu edhe në disa vende të varfra dhe në zhvillim e sipër.

Për shumicën e planeve, e zakonshme ishte njohja në një shkallë të lartë e nevojës për shërbimet mbështetëse. Në të vërtetë, të gjitha planet i jepnin trajnimit dhe zhvillimit të burimeve njerëzore për, dhe në dy prej tyre (në Botsvana dhe Guajana) ai ishte përparësi e dorës së parë. Vetëm 4 plane, e përcaktuan edukimin mjekësor si një prioritet, por kjo llogari vë në dukje në mënyrë të qartë shkallën e angazhimit dhe të integrimit, meqë në shumicën e këtyre vendeve edukimi shëndetësor është një përgjegjësi formale e Ministrisë së Arsimit, (nëpërmjet së cilës jepen edhe fondet e nevojshme). Kërkimi si një burim i planifikimit të shërbimeve u përmend vetëm në tre plane, ndonëse nevoja për të zhvilluar kërkime statistikore u identifikua në 13 prej tyre, si dhe rritja e kapacitetit të planifikimit në tre plane. Nevoja për ristrukturimin apo organzimin më të mirë të shërbimeve u identifikua në jo më pak se 17 plane.
Kjo përmbledhje e planifikimit aktual në sektorin e shëndetit dhe planifikimin e zhvillimit afirmon idenë se preokupimet e planifikuesve në sektorin e shëndetit ndryshojnë shumë nga ato të planifikuesve të ekonomisë kombëtare. Natyrisht që ka edhe pika takimi: të dy grupet janë të interesuara në planifikimin familjar, megjithëse nga këndvështrime të ndryshme. Planifikuesit e makroekonomisë i japin peshë të madhe impaktit të fertilitetit në variablat siç është vëllimi i kursimeve dhe pjesët e investimit, ngarkesa e varësisë dhe tregu i punës, ndërkohë që planifikuesit në sektorin e shëndetit përpiqen të justifikojnë të njëjtin akordim fondesh në programet e planifikimit familjar duke i'u referuar përfitimeve që merren nëpërmjet uljes së vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë së nënës dhe fëmijës.

Interesi i makroplanifikuesve për një shpërndrje të drejtë të të ardhurave paralelizohet nga interesi i planifikuesve të shëndetit për t'i bërë shërbimet shëndetësore më të pranueshme për popullatën nëpërmjet reduktimit të barrierave gjeografike dhe institucionale.

Pavarësisht nga këto instanca, sidoqoftë, duket se planifikuesit e shëndetit veprojnë në një kontekst të përfshirë në interesat makroekonomike, si rritja e të ardhurave, kursimeve dhe investimet, me ndryshimet e vazhdueshme në sektorë të ndryshëm të produktit përfundimtar dhe kufizimet në bilancin e pagesave. Pika kryesore e kontaktit sigurohet nga akordimet e buxhetit të shtetit për shërbimet shëndetësore në sektorin publik, luhatjet e të cilave ndjekin ato të ekonomisë ndërkombëtare. Funksioni që duan të përsosin planifikuesit e shëndetit shihet qartë që është specifik për sektorin. Objektivi i maksimalizmit të produktit përfundimtar (*output*-it) të "shëndetit", subjekt i burimeve dhe detyrimeve të tjera, është i zakonshëm për të gjitha planet sektoriale. *Output*-i i "shëndetit" interpretohet në mënyra të ndryshme si produkt i shërbimeve shëndetësore (të cilat më mirë mund të konsiderohen si një formë e produktit të ndërmjetëm) apo rritjes së gjendjes shëndetësore, por është e qartë se ky ndryshim shihet vetëm nga identifikimi së afërmi i produktit të shërbimit shëndetësor me shëndetin më të mirë. Plotësimi i suksesshëm i planeve për shëndetin vlerësohet nëpërmjet treguesve të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë; nuk është as e mundur (edhe nga pikëpamja e planifikuesve të shëndetit nuk duket e nevojshme apo e dëshirueshme) të realizohet përmirësimi i vdekshmërisë me anë të shpenzimeve të tjera.

Metodologjia e planifikimit të shëndetit

Ekzistojnë dy dallime domethënëse midis planifikimit për sektorin shëndetësor dhe planifikimit të sektorëve të tjerë të ekonomisë. Në sektorët e tjerë, shkalla e parë e procesit të planifikimit është vlerësimi i kërkesës, e cila përcaktohet nga faktorë të jashtëm, dhe shkalla e dytë është të

ideohet një plan prodhimi që të përputhet me këtë kërkesë. Në sektorin e shëndetit shkalla e parë është të përcaktohet se cila mund të jetë kërkesa e programuar e sektorit - përcaktimi i kërkesës bëhet nga faktorë të brendshëm në procesin e planifikimit. Arsyeja themelore se përse planifikuesit e sektorit shëndetësor e kanë të nevojshme të shohin përtej kurbës së kërkesës është se ato zakonisht e përceptojnë funksionin e tyre si optimizimin e gjendjes shëndetësore të popullatës, dhe jo të produktit përfundimtar të industrisë të shërbimit shëndetësor. Në perspektivë, duhen dalluar nga njëri-tjetri planifikimi i shërbimeve shëndetësore dhe planifikimi për shëndetin, apo planifikimi shëndetësor i plotë, ky i fundit duke marrë në konsideratë influencat e shumta që plotësojnë shërbimet shëndetësore. Edhe brenda kësaj perspektive mund të jetë krejt e arsyeshme për planifikuesit e shëndetit të përqendrohen në sigurimin e shërbimeve mjekësore nëse ata gjykojnë që ndërhyrje të tilla të jenë më produktive sesa shërbimet ekuivalente të bëra në programet alternative.

Planifikimi pragmatik

Në vendet në zhvillim, në një masë fare të vogël është plotësuar planifikimi shëndetësor deri tani me asistencën e metodologjisë sistematike, formale. Pjesa më e madhe e aktivitetit të planifikimit tradicionalisht ka qenë e lidhur me planifikimin pragmatik empirik. Brenda kësaj tradite, mund të dallohen tre nën-tipa:

1) Planifikimi i projektit;
2) Planifikimi i integruar i shërbimeve shëndetësore; dhe
3) Planifikimi i sektorëve në tërësi.

Në një farë mënyre, këta nëntipa përfaqësojnë qoftë një sofistikim të mëtejshëm të planifikimit, qoftë një rrugë zhvillimi të cilën e kanë ndjekur disa vende përmes përpjekjeve të suksesshme për planifikim.
Shumë nga planet e vjetra dhe pak nga të rejat konsistojnë në diçka më tepër sesa një listë propozimesh për shpenzimin e kapitalit për projekte diskrete të Qeverisë në shërbimin shëndetësor (në këtë aspekt, plani në sektorin shëndetësor zakonisht pasqyron një plan kombëtar të zhvillimit, i cili është thjesht një plan investimesh në sektorin publik). Karakteristikë e planeve të këtij lloji është se i'u mungon konkurrenca. Shpesh nuk ka një përcaktim të detajuar të objektivave dhe, nëse ky ekziston, zgjedhja aktuale e projekteve zakonisht nuk pasqyron përparësitë e deklaruara. Ka shumë pak lidhje midis projekteve, në ato raste kur ato ekzistojnë; çdo projekt më tepër konceptohet si një i vetëm, sesa si një kontribut në konceptimin e përgjithshëm. Ka një mungesë të kritereve të qarta për zgjedhjen e projekteve; shpesh justifikimi i vetëm i ofruar është një pohim i nevojës (shpesh i bazuar në gjykimin e profesionistëve të informuar, të ndërgjegjshëm për mangësitë e shërbimeve ekzistuese), por pa bërë asnjë përpjekje për të përcaktuar përfitimin e pritur. Edhe nëse bëhet një përpjekje e tillë, ajo shpesh shprehet si një shpërndarje e kapacitetit apo mbështetje e shërbimeve, duke reflektuar më tepër produktin e ndërmjetëm sesa atë përfundimtar. Një planifikim i tillë nuk përfshin asnjë informacion apo llogaritje epidemiologjike. Zakonisht, ai merret me planet e qeverisë për shërbimet shëndetësore, si shërbime shëndetësore të siguruara nën kujdesin e organizmave të tjerë (si sektori privat dhe agjencitë vullnetare), ashtu edhe programet e promovimit shëndetësor në sektorët përkatës. Edhe duke qenë brenda planeve të qeverisë për shërbimet shëndetësore, planet e humbasin përmbajtjen logjike; p.sh., është rutinë për hartimin e premisave të shërbimeve shëndetësore të mbështeten në një staf të trajnuar për t`i pajisur me medikamente dhe me artikuj të tjerë të konsumit. Ky lloj planifikimi, një formë e asaj mënyre të

planit të njohur si "shtesa e copëtuar", edhe është kritikuar, edhe është lavdëruar. Cilësia e tyre më evidente është fleksibiliteti, meqë pothuaj çdo grup aktivitetesh mund të shikohet si një projekt. Dobësia më e dukshme e planifikimit projekt-për-projekt, nga pikëpamja e shpërndarjes optimale të burimeve në sektorin shëndetësor është mungesa e një kriteri në bazë të të cilit do të vlerësoheshin dhe renditeshin projektet individuale. Kuptohet nga të gjithë se pabarazia e disa shpenzimeve dhe përfitimeve të projekteve pengojnë përdorimin e testeve "kursi i kthimit", të cilat mund të përdoren në shërbimet e tjera publike, si p.sh. rrugët; rrallë kuptohet që edhe një renditje e kufizuar-e përcaktuar nga testet e efektivitetit të shpenzimeve-është e mundur vetëm nëpërmjet alternativave që prodhojnë produkte shumë të ngjashme. Një test formal i efektivitetit të shpenzimeve nuk ndikon shumë për të zgjedhur projektin e preferuar kur kandidatët janë projekti i çrrënjosjes së sëmundjeve, një program për ndërtimin e qendrës shëndetësore dhe një program i trajnimeve të burimeve njerëzore, pasi çdonjëri prej tyre prodhon forma të ndryshme të produktit. Gjithsesi, mungesa e pjesëve të zakonshme të produktit përfundimtar nuk përfaqëson një pengesë të plotë për zgjedhjen e projektit. Vendimmarrësit në të vërtetë kanë mundësi të renditin alternativat; duke vepruar kështu, mundet që ata të gjykojnë ashpër efektivitetin e shpenzimeve, në mënyrë të tillë që alternativat e preferuara të japin një kontribut më të madh në përmirësimin e shëndetit të kombit sesa përdorimet e tjera të mundshme të të njëjtave burime. Sidoqoftë, në mënyrë të dobët dhe jo të qëndrueshme, vendim-marrësit kanë një imazh të funksionit të mirëqenies sociale dhe, në të vërtetë, vlerësojnë produktivitetin e përdorimeve alternative të burimeve. Arsyeja për t`u shqetësuar qëndron në faktin se pas një analize të kualifikuar fusha e gjykimit është kaq e madhe saqë mendimet e politikanëve dhe të drejtuesve profesionistë të painformuar mund të dominojnë në mënyrë efikase procesin e shpërndarjes së burimeve.

Në pamje të parë mund të duket që dobësitë e planifikimit të projektit shmangen nëpërmjet formave të ndryshme të planifikimit të integruar të shërbimeve shëndetësore. Kjo paraqitje e planifikimit, në të vërtetë, ka një sërë avantazhesh përkundrejt planifikimit të projektit; zakonisht, ai paraqet zhvillimin e një strukture të shërbimeve koherente, duke njohur kontributin e financuesve joqeveritarë ashtu sikurse dhe atë të pushtetit qendror dhe lokal; zakonisht i vihet theksi qëndrueshmërisë logjistike në planin sektorial në mënyrë të tillë që rritja në kapacitetin e uzinave të kombinohet me rritjen e stafit të trajnuar dhe të artikujve të konsumit. Atëherë shprehet qartë kontributi i projekteve individuale në strukturën e përgjithshme të shërbimeve. Kjo nuk do të thotë që është e nevojshme të zgjedhësh midis shfrytëzimeve alternative të burimeve, por vetëm që vendimet kryesore për shpërndarje merren gjatë projektimit të strukturës përfundimtare të shërbimeve. Gjithsesi, është ende e nevojshme të zgjedhësh, p.sh., midis shërbimeve institucionale dhe atyre të bazuar në komunitet, midis kombinimeve të ndryshme të punëtorëve profesionistë ndihmës dhe atyre vullnetarë, midis shërbimeve vullnetare dhe atyre ambientale.

Një ndryshim i rëndësishëm qëndron në faktin se në planifikimin e integruar të shërbimeve shëndetësore vendimet merren më tepër në të njëjtën kohë sesa në mënyrë të njëpasnjëshme; ndryshim tjetër është ai që formulimi i planeve zakonisht paraprihet nga një analizë e situatës e cila merr jo vetëm aspektin epidemiologjik por edhe vlefshmërinë totale të burimeve për një periudhë kohe. Nga ky shqyrtim i njëkohshëm i alternativave rrjedhin qartë dy avantazhe: së pari, zgjerimi i diapazonit të alternativave të mundshme të çdo propozimi rrit shanset për të zgjedhur alternativën më të mirë, në mënyrë që renditja e vendimeve të bëhet më e qëndrueshme; së dyti, është më e lehtë të merret në konsideratë komplementariteti që ekziston midis projekteve.

Megjithëse shpërndarja optimale e burimeve kërkon në parim që çdo shfrytëzim diskret i burimeve të krahasohet me të gjitha alternativat e mundshme, praktikisht kjo procedurë është tepër e vështirë dhe në planifikimin e integruar përdoret një procedurë më e thjeshtë.
Së pari, janë marrë vendime të gjera strategjike, shumica lidhur me thjeshtëzimet fizike dhe kategoritë njerëzore që duhet të punësohen në shërbimet shëndetësore, dhe këto vendime paraqitën skicën për planifikim më të detajuar mbi përmbajtjen e saktë të atyre shërbimeve. Në kontekst me këtë, në planifikimin e projektit, strategjia e gjerë përfaqëson akumulimin e vendimeve individuale të shkëputura nga njëri-tjetri. Një shembull, që sugjeron se si, nën rrethana materiale të ndryshme, këto procedura të ndryshme planifikimi mund të rezultojnë në plane të ndryshme sigurohet nga propozimi për të paraqitur një seri programesh imunizimi në paraqitjen projekt për projekt, shpenzimet e larta për të ngritur infrastrukturën për të arritur një mbulim total të popullatës duhen vënë në dukje dhe të krahasohen me përfitimet e çdo programi; në paraqitjen e planifikimit të integruar, elementi thelbësor i shpenzimeve kyçe duhet të vihet në dukje dhe, duke zhvilluar aftësinë për të përdorur një listë komplete imunizimi, mund të vlerësohet si një zgjedhje strategjike tërheqëse.
Lidhja kryesore ndërmjet planifikimit makroekonomik dhe planifikimit shëndetësor është kufiri i buxhetit i imponuar nga qeveria për kapitalin dhe shpenzimet e përditshme. Në të vërtetë, në njërin prej ushtrimeve të planifikimit, guida e vetme që pajiste projektin e planit në sektorin e shëndetit nga agjencia qendrore e planifikimit ishte vendosja e një tavani shpenzimesh. Ashtu sikurse theksohet në termin planifikim empirik apo pragmatik, ky stil tashmë përputhet me objektivat e qeverisë që rrjedhin nga interesa kombëtare më të gjera, si p.sh., përparësia ndaj industrisë dhe lokaliteteve që nxjerrin fitime në formën e valutës së huaj, apo zhvillimi i zonave të prapambetura për të ndryshuar shpërndarjen e të ardhurave rajonale.
Elementët shtesë në planifikimin e sektorëve në tërësi, krahasuar me planifikimin e integruar të shërbimeve shëndetësore, është vlerësimi i përcaktuesve të shumëllojshëm të gjendjes shëndetësore si dhe njohja korresponduese e mundësisë për të realizuar ndërhyrje të favorshme nëpërmjet veprimit në shumë sektorë në vazhdim të veprimtarisë që influencon në shërbimet shëndetësore. Sidoqoftë, kategoria e të dhënave të kërkuara ka një shtrirje shumë të gjerë, duke përfshirë jo vetëm statistikat epidemiologjike dhe ato të punës që kërkohen për planifikimin e shërbimeve shëndetësore, por gjithashtu një gamë të gjerë vëzhgimesh dhe parashikimesh ekonomike, shoqërore dhe teknologjike. Tendencat në furnizimin me ushqime, strukturën e familjes, modelet e banimit dhe të punësimit janë ekzaminuar me vëmendje dhe është pranuar lidhja e tyre me masat epidemiologjike duke pasur parasysh politikat shëndetësore të përcaktuara për përmirësimin e të ardhurave shëndetësore.
Qëllimi i ndërhyrjeve të qeverisë është kudo i gjerë, që nga sigurimi i shërbimeve në sektorët e lidhur me shëndetin si p.sh., furnizimi me ujë të pijshëm, nëpërmjet taksave për alkoolin dhe duhanin, deri tek rregullat ligjore mbi higjienën ushqimore, standardet e ndërtimit dhe të sigurisë në industri, në vazhdim të zhvillimit të shërbimeve shëndetësore konvencionale. Pjesa më e madhe e këtij aktiviteti të planifikimit është ndërdisiplinare dhe ndër-sektoriale, i ndikuar nga përfaqësimi i Ministrisë së Shëndetësisë në komitetet e departamenteve si dhe dhënia e këshillave agjencive të tjera, më tepër se sa krijimi i projekteve për veprim nga hierarkia e shërbimit shëndetësor. Meqë instrumentet e politikës nuk janë gjithnjë nën kontrollin direkt të shërbimeve qeveritare shëndetësore, planifikuesve u duhet të bëhen avokatë për interesin e shëndetit në çdo sferë të politikës sociale.

Metodologjitë e planifikimit formal

Planifikimi pragmatik përfaqëson ato forma të planifikimt që janë zhvilluar me kohë në përgjigje të eksperiencës praktike. Në vazhdim të kësaj, janë zhvilluar një numër i kufizuar i metodologjive formale të planifikimit shëndetësor.
Një karakteristikë e zakonshme e metodologjive të tilla që vihet re shpesh, është ajo se për të zgjedhur një alternativë ndërmjet një grupi kandidatësh të mundshëm, sugjerohet të kryhet një test i qartë i efektivitetit të kostos nga ana e profesionistëve dhe vendimmarrësve të politikave. Sidoqoftë, nuk duket gjithnjë me shikimin e parë se si kufizimi i burimeve reflektohet në procesin e marrjes së vendimeve. P.sh., në përmbledhjen zyrtare të planifikimit shëndetësor në Rusi i vihet theksi natyrës teknike të procesit të planifikimit, që do të thotë që shërbimet shëndetësore planifikohen për t`iu përshtatur sëmundshmërisë, duke përdorur teknika të pranuara nëpërmjet kërkimeve në punë. Duke ekzaminuar nga afër sekuencën e planifikimit, bëhet evident fakti që, për të rritur efikasitetin, duhet të përcaktohen standardet e projektimit (normativat në rusisht) dhe të krijohet ekuilibri midis nënndarjeve të ndryshme të planit të shëndetit publik si dhe nëpërmjet planit të shëndetit publik dhe planit ekonomik kombëtar. Duket se në hartimin e standardeve të projektimit për çdo shërbim merren në konsideratë implikimet e shpenzimeve dhe, për më tepër, duke iu vënë disa shërbimeve standarde relativisht më të gjera, burimet akordohen aty ku konsiderohen më efikase, që do të thotë më me efektivitet kostoje.

Metoda *paho-cendes* përdor qartë një test të efektivitetit të kostos si bazë për shpërndarjen e fondeve në sektorin shëndetësor. Kjo metodologji, e cila në disa aspekte ishte një pararendëse e modelit aktual të OBSH-së për programimin shëndetësor të vendeve, mbështetet në burimet e të dhënave epidemiologjike dhe e përqendron vëmendjen në produktivitetin e burimeve të ndryshme. Ajo njeh faktin se fondet për sektorin shëndetësor janë të kufizuara dhe, për këtë arsye, duhen krahasuar përdorimet alternative të këtyre fondeve.

Propozohet që:

Rregulla e përgjithshme për shpërndarjen e fondeve është se ato duhen ndarë në mënyrë të tillë që të përfshihet produkti maksimal për çdo njësi fondi. Gjithashtu, fondet duhet të zhvendosen drejt produkteve me kosto-efektive.

Në parim, të gjitha sëmundjet financohen për të parandaluar vdekjen dhe fondet e vlefshme investohen për të luftuar sëmundjen, e cila është në vend të parë derisa ajo të reduktohet në atë nivel që lejojnë teknikat efikase. Fondet e mbetura i akordohen pastaj në vend të dytë, dhe kështu ndiqet radha në vazhdim. Ndoshta nuk është çudi që metoda PAHO-CENDES të jetë tepër e vështirë për t'u aplikuar në praktikë. Pavarësisht nga paraqitja e saj racionale, duket qartë vështirësia në faktin se kriteri i adoptuar i referohet vetëm një forme produkti (reduktimit të vdekshmërisë), ndërkohë që shumica e programeve për shëndetin prodhon impakte të shumta. Një problem tjetër qëndron në faktin se, me përjashtim të pak programeve specifike për sëmundjen, është më e vështirë t'u akordosh fonde sëmundjeve të veçanta sesa një shërbimi.
Metodologjia e fundit e planifikimit kobëtar për shëndetin nën kujdesin e WHO, Programi i Shëndetit të vendit, mund të shihet si një përpjekje për të evituar mangësitë e prototipit (WHO 1979). Ajo merret me problemin e produkteve jo të barabarta duke përcaktuar produktin e programeve të shëndetit si "reduktim i problemit" si dhe duke lënë që problemet të përcaktohen

më mirë si terma sesa si kategori ekskluzivisht diagnostike. Ajo është realiste në supozimet e saj në kontekstin politik dhe administrativ brenda të cilave janë dhënë fondet në sektorin e shëndetit.
Sidoqoftë, në formën e saj origjinale, ajo ishte pak e qartë për kriteret e vendimeve që duhen marrë për të zgjedhur programet shëndetësore përparësore. Sekuenca e hapave nënvizoi faktin që shpenzimet e detajuara për programet do të merren përsipër vetëm pasi programet të jenë zgjedhur dhe formuar në detaje, gjë që është e vështirë të përputhet me përdorimin e një kriteri të efektivitetit të kostos në zgjedhjen e përparësive. Nën dritën e rishikimit të eksperiencave kombëtare në aplikimin e programit shëndetësor për vendin (WHO 1979), u përcaktuan tri shkallë për të realizuar programin e adoptuar, në të cilin kërkesat për fonde përputhen progresivisht:

- *Shkalla e parë* është formulimi i politikave të përgjithshme shëndetësore, strategjive dhe planeve të veprimit si dhe trashëgon angazhimet domethënëse të arritura mbi fondet (apo radha e madhësisë), subjekte që pranohen vonë në programet e detajuara.
- *Shkalla e dytë* është programimi i gjerë, në të cilin janë zhvilluar planet strategjike afatgjata me objektiva dhe qëllime të fazuara në kohë dhe ku janë llogaritur fondet afatmesme të strategjive për ndryshimin e sistemit dhe shfrytëzimin e shërbimeve.
- *Shkalla e tretë* është formulimi i detajuar i programit, që specifikon taktikat, teknologjitë e detajuara që duhen përdorur si dhe llojet e fondeve që kërkohen.

Kombinimi i veprimeve teknike dhe specifikimit të fondeve me objektivat kohore të realizimit të detyrave krijon mundësinë për të formuluar buxhetin vjetor për të shndërruar shpërndarjen e treguesve në aprovim për fondet e programit. S'ka shumë dyshim që, i paraqitur në këtë mënyrë, Programi i Shëndetit të Vendit përfaqëson një fitore themelore në mundësinë e procesit të planifikimit, i cili tashmë i korrespondon politikës historike të planifikimit empirik tërësor.
Megjithëse metodologjitë e planifikimit sektorial të shëndetit janë zhvilluar të izoluara nga rrjedha kryesore e planifikimit të zhvillimit kombëtar, ato u bëjnë jehonë disa interesave të përbashkëta. Gjatë dekadave të fundit janë vlerësuar sistemet e integruara, të cilat përpiqen të lidhin objektivat e planit kombëtar të zhvillimit me zgjedhjen e projekteve individuale. Sistemet për vlerësimin e projektit u projektuan për t'u aplikuar në sektorët prodhues të ekonomisë dhe nuk mund të aplikohen në investimet për infrastrukturën sociale. Pavarësisht nga kjo, të njëjtat tema të cilat frymëzuan zhvillimin e metodologjisë së planifikimit shëndetësor - thkesi mbi efikasitetin dhe barazinë në akordimin e fondeve, aplikimi i vazhdueshëm i kritereve të zgjedhjes, vlerësimi i kujdesshëm i veprimtarisë jomiqësore dhe jo të përgjithshme të politikës - përbëjnë një frymëzim të qartë të metodologjive të vlerësimit të projektit. Sidoqoftë, duhet të vërtetohet nëse e ardhmja do të paraqesë ndonjë konvergjencë më të madhe. Ndërsa përfitimet e shpenzimeve për shëndetin vazhdojnë të shprehen si njësi të përbashkëta të mirëqënies, qëllimet në sektorin shëndetësor nevojitet të shprehen në terma specifike për sektorët dhe procesi i arritjes optimale të qëllimeve duket se ruan natyrën e tij.

Konkluzion

Hendeku midis planifikimit të zhvillimit kombëtar dhe planifikimit në sektorin shëndetësor është mëse i qartë.
Rrjedhojat e kësaj ndarjeje janë shumë të vështira për t`u shprehur. Nuk ekziston një lidhje e dallueshme ndërmjet shkallës së sofistikimit të planifikimit makroekonomik dhe shkallës së fondeve, dedikuar sektorit shëndetësor apo efikasitetit të përdorimeve të tyre. Supozohet se

sofistikimi më i madh në planifikimin sektorial shoqërohet si me akordimin relativisht më të madh të fondeve për shëndetin ashtu edhe me përdorimin e tyre më efektiv. Tani për tani, gjendja e planifikimit të zhvillimit dhe modelet e zhvillimit nuk lejojnë një gjykim mbi përfitimin e përgjithshëm në mirëqenie që mund të rezultojë nga një rishpërndarje e fondeve në sektorin shëndetësor. Mund të rritet besimi se ekzistojnë horizonte të gjera për përfitimet e mirëqenies nga një përdorim më efikas i çdo niveli të fondeve dhe, duke evidentuar gabimet ekzistuese në shpërndarjen e fondeve në vendet në zhvillim (qoftë dhe brenda objektivave të paraqitura nga vendimmarrësit e politikave) është e mundur që kthesa më e mirë në investimet mbi përpjekjet në planifikimin shëndetësor në vitet që vijnë të gjendet në iniciativat ndërsektoriale, për të rafinuar dhe përmirësuar metodologjinë në planifikimin shëndetësor dhe, në veçanti, për t`i bërë ato më të ndjeshme ndaj shpenzimeve, efikasitetit dhe konsideratave për të.

Planifikimi i gjendjes shëndetësore, sektorit shëndetësor dhe i zhvillimit kombëtar



Planifikimi i gjendjes shëndetësore

- Termi simbolizon aksionin e organizuar sipas një plani.
- Plani shëndetësor është ecuria konstante për të përdorur më mirë burimet e disponueshme në mënyrë që të përballen nevojat shëndetësore të popullsisë.



2

Qëllimi i planifikimit

- Planifikimi shëndetësor është një mision organizimi që realizohet mbi të gjitha në planin kombëtar, lokal ose ndërkombëtar.
- Planifikimi është përdorimi racional, praktik dhe efiçient i të mirave materiale të disponueshme, mbështetur mbi objektiva realistë që të mund të vlerësohen të gjitha nevojat dhe kërkesat për ndërhyrje përparësore në popullatë.
- Qëllimi i planifikimit shëndetësor është gjithmonë të realizojë aksionet e mëdha dhe logjikë (të quajtura **programe**) me qëllim të mbajë një përmirësim të gjendjes shëndetësore në një popullsi të caktuar.



3

Etapat e planifikimit shëndetësor:

1) Identifikimi i problemeve të shëndetit të popullsisë për të shprehur nevojat (psh. SIDA, TBC, kanceri i gjirit).
2) Klasifikimi i nevojave përparësore sipas disa kritereve (psh. SIDA tek moshat e reja).
3) Realizimi i programeve të shëndetit për t'iu përgjigjur përparësive (psh. përparësia për parandalimin e SIDA-s).
4) Vlerësimi i efikasitetit të programeve (psh: sondazhet e ndryshme).



4

Si përcaktohen Nevajat Shëndetësore?

Përcaktimi i nevojave të quajtura sanitare i korrespondon etapës së parë të madhe të planifikimit.

3 mënyra për të studiuar nevojat:

1) **Metoda e nevojave normative:** Nevojat teorike janë përcaktuar prej "ekspertësve" (mjekëve etj). Është një metodë idealiste. Kjo metodë ka të bëjë me përcaktimin e nevojave individuale psh: nevojat epidemiologjike.
2) **Metoda e objektivave të pagimit:** Kjo metodë ka të bëjë me shërbimet shëndetësore dhe lidhet me kushtet ekonomike të popullsisë, nevojat teorike etj.



5

Nevajat Shëndetësore vazhdim ...

3) **Metoda e nevojave të dëshiruara nga populli:**
   - ✓ Kjo metodë është shumë realiste, por synon të mbulojë shërbimet e parandalimit.
   - ✓ Efikasiteti i kësaj metode (veprimi) është pak i perceptueshëm nga popullsia.

Studimi i nevojave bëhet në 2 etapa:

a) Identifikimi i problemeve shëndetësore nga matjet sasiore dhe cilësore të gjendjes shëndetësore të individëve,
b) I korrespondon interpretimit dhe zgjedhjes së këtyre informacioneve "bruto" me qëllim që të jenë sa më të qarta.



6

Si përcaktohen Përparësitë Sanitare?

- Konsiston në bërjen e një seleksioni midis nevojave të ndryshme për tu identifikuar.
- Ky seleksion shërben më pas si bazë në përcaktimin e një programi shëndetësor (psh. një vaksinimi) apo të një programi kërkimesh (psh. mbi SIDA-n)



7

Përparësitë Sanitare: Faktorët…

1) Numri i banorëve të aftë të përfitojnë nga një program sanitar.
2) Efikasiteti i teknikave të disponueshme ose mundësisë së hedhjes (lançimit) të programeve.
3) Ekzistenca e metodave të sigurta që lejojnë të sigurohet faza mirëmbajtëse.
4) Kosto reale të ekzekutimit të programeve dhe të fazës mirëmbajtëse.
5) Rezultati i mundshëm i programeve mbi zhvillimin ekonomik të zonës së mbuluar.
6) Dëshira e shprehur nga popullata.
7) Mundësia e arritjes së fazës mirëmbajtëse të programit.



8

Për tu konsideruar efikase një ndërhyrje duhet të jetë e Besueshme dhe e Vlefshme

- **Besueshmëria** është aftësia e ndërhyrjes që të japë të njëjtat rezultate kur ajo është përsëritur në kushte të ngjashme.
- **Vlefshmëria** është kapaciteti i ndërhyrjes për të mbajtur një rezultat konform rezultateve të pritura.



9

Të gjitha këto përparësi që të konsiderohen efikase duhet të shqyrtohen në varësi të mundësive:

1) **Mundësia politike:** Çfarë mendon regjimi politik zyrtar për të tilla ndërhyrje?
2) **Mundësia legale:** A mundet legjislacioni të lejojë të tilla ndërhyrje?
3) **Mundësitë organizative:** Cilat janë mundësitë që ofron një vend, spital etj.
4) **Mundësitë etike:** Arsyetimet etike ndryshojnë shumë në hapsirë dhe kohë. Zgjedhja ndërmjet të sëmurëve është një problem delikat në ekonominë e shëndetit.



10

Format e Studimeve Ekonomike në Planifikimin e Shëndetit

1) **Studimet Çmim – Fitim:** lidhin çmimet e një veprimi mjekësor me pasojat e tij të shprehura ***në njësi monetare***.
2) **Studimet Çmim – Efikasitet:** lidhin çmimet e një veprimi mjekësor me pasojat e shprehura ***në njësi fizike***.
3) **Studimi Çmim – Dobi:** Lidhin çmimet e një aksioni mjekësor me pasojat e shprehura në ***mënyrë cilësore***.



11

Zgjedhja përcaktuese dhe vënia në jetë e Programeve të Shëndetit

- Proçesi i përcaktimit është një etapë bazë e planifikimit, sepse në këtë nivel "personat që zgjedhin", duhet që, pasi të kenë krahasuar programe dhe alternativa të ndryshme, të aprovojnë disa dhe të refuzojnë të tjerat.
- Vlerësimi mbështet në një gjykim të vlerave të varura nga konteksti politik, ekonomik, social etj.



12

Elementët për realizimin e një projekti

- ***Motivimi i personelit dhe i populllsisë:*** Nëse nevoja e përmirësimit të shëndetit është e njohur në mënyrë unanime, programi i ri do të ketë të gjitha shanset për tu pritur mirë.
- ***Formimi i personelit të ngarkuar për realizimin e programit:*** I gjithë programi teorikisht duhet të jetë i shoqëruar nga një plan për formimin e personelit ku bëhet fjalë për udhëzime ose për perfeksion.



13

Elementët për realizimin e një projekti

- ***Standardizimi i detyrimeve (taksat):*** Një program kërkon një nr të caktuar detyrimesh për tu përballuar. Të standardizosh detyrimet dmth të analizosh dhe të fiskosh proçedurat e propozuara gjithandej në të njëjtën mënyrë dhe gjatë gjithë kohëzgjatjes së programit.
- ***Vlerësimi i planeve sanitare:*** Vlerësimi është një bashkësi metodash për të përcaktuar në çfarë shkallë suksesi janë arritur objektivat e paravendosura në fushën e shëndetësisë. Vlerësimi pra kërkon të dijë se cila është cilësia e asaj që sapo është.



14

II. Planifikimi i Sektorit Shëndetësor

- Planifikimi i sektorit shëndetësor është një ushtrim i pavarur, i përpunuar nga profesionistët e sektorit shëndetësor, që nuk mund të maksimalizohet.
- Planifikimi në sektorin shëndetësor në vendet në zhvillim ruan karakterin e tij të kufizuar.
- Autoritetet shëndetësore nuk kanë mundur të hedhin dritë mbi funksionin e prodhimit mbi shëndetin.



15

Tre faktorët kryesor të Planifikimit të Sektorit Shëndetësor janë:

1) Karakteristikat e modeleve makroekonomike që nënvijëzojnë planet e zhvillimit ekonomik.
2) Praktika aktuale e planifikimit të zhvillimit kombëtar.
3) Marrja në konsideratë e modeleve të ndryshme të planifikimit në sektorin shëndetësor për të hulumtuar metodologjitë e tyre dhe lidhjen me kushtet e vendeve të zhvilluara.



16

Faktori 1: Modeli Makro - Ekonomik

- Modeli që përdoret është ai i **Harrod –Damarit** i cili shprehet me ekuacionin: **(g = S/K),** ku:
  - **g** = ritmi i rritjes së të ardhurave kombëtare
  - **S** = prirje për të kursyer
  - **K** = kapitali në rritje/ raportin e prodhimit
- Modeli përdoret për të parashikuar ritmin e rritjes së të ardhurave (**g**) nën dritën e vlerave të sigurta për (**S**) dhe (**K**) që kërkohet për të plotësuar një ritëm me një qëllim të dhënë të rritjes së të ardhurave.
- Vlera e parametrit (**S**) mund të rritet me anë të përpjekjeve për të sistemuar kursime private.



17

Karakteristikat dalluese të modelit janë:

1) Thjeshtësia e ndërtimit dhe thjeshtësia e manipulimit të tyre matematik.
2) Aftësia për t'iu përshtatur informacionit statistikor shpesh të papërpunuar dhe jo të plotë, të vlefshëm për shumicën e vendeve të varfra.



18

Anët negative të modelit:

1) Modeli merret më tepër me rritjen e të ardhurave sesa me rritjen e mirëqenies.
2) Modeli trajton akumulimin e kapitalit fizik si burim të vetëm të rritjes së produktit përfundimtar dhe të ardhurave.
3) Në modelet e këtij lloji sektorët në të cilët ndahet ekonomia kombëtare janë kaq të gjerë, saqë sektori shëndetësor nuk mund të ndahet si në sektorin e shërbimeve ashtu dhe në qeveri.
4) Trajtimi i raportit kapital/produkt përfundimtar në modelet pranon se pas një shpenzimi fillestar për investime do të ketë një produkt përfundimtar konstant vjetor përkatës në të gjithë periudhën kohore në vazhdim.

19

Anët negative të modelit vazhdim ...

5) Modelet janë krejtësisht të papërpunuara në lidhje me marrëdhëniet e punës që ato ndërtojnë midis variableve, psh: shumë nga përfitimet e shëndetit rrjedhin nga një ndryshim demografik për një kohë të gjatë.
6) Meqë këto modele "makro" nuk japin rekomandime për sektorin shëndetësor në total, është e qartë që ato nuk mund të sigurojnë një drejtim mbi shpërndarjet brenda sektorit shëndetësor.

20

Faktori 2: Praktika aktuale e Planifikimit të Shëndetit Kombëtar

- Npm studimit të planeve aktuale të zhvillimit mund të shihet që modeli më i zakonshëm makroekonomik që nënvizon planet e zhvillimit kombëtar ishte një projekt model mbi drejtimin e sektorëve.
- Nga studimi i planeve të zhvillimit është e qartë se ndryshimet në gjendjen shëndetësore të popullatës nuk u trajtuan si variabla kritikë.
- Së paku, gjysma e planeve e përqëndruan vëmendjen e tyre në shërbimet shëndetësore shtetërore dhe nuk përmendën agjencitë joqeveritare.

21

Vazhdim . . .

- ***Shëndeti nuk mund të shihet i izoluar nga qëllimet e përgjithshme dhe politikat e zhvillimit kombëtar.***
- ***Kujdesi më i mirë shëndetësor për njerëzit si dhe shërbimet në shëndetësi duhet të pranohen si investime në kapitalin human, të cilat kontribuojnë njëherazi në mënyrë cilësore në zhvillimin ekonomik.***



22

Vazhdim . . .

- Kjo përmbledhje e planifikimit aktual në sektorin e shëndetit dhe planifikimin e zhvillimit afirmon idenë se preokupimet e planifikuesve në sektorin e shëndetit ndryshojnë shumë nga ato të planifikuesve të ekonomisë kombëtare.
- Interesi i makroplanifikuesve për një shpërndarje të drejtë të të ardhurave paralelizohet nga interesi i planifikuesve të shëndetit për ti bërë shërbimet shëndetësore më të pranueshme për popullatën nëpërmjet reduktimit të barrierave gjeografike dhe institucionale.



23

Faktori 3: Metodologjia e Planifikimit të Shëndetit

Në planifikimin e sektorëve të tjerë (jo shëndetësor):

- Shkalla e 1 e proçesit të planifikimit është vlerësimi i kërkesës e cila përcaktohet nga faktorë të jashtëm.
- Shkalla e 2 është të ideohet një plan prodhimi që të përputhet me këtë kërkesë.

Në sektorin shëndetësor:

- Shkalla e 1 përcaktohet se cila mund të jetë kërkesa e programuar e sektorit.
- Përcaktimi i kërkesës bëhet nga faktorë të brendshëm në procesin e planifikimit.



24

Planifikimi Pragmatik i Shëndetit kryhet nëpërmjet:

1) *Planifikimi i projektit;*

2) *Planifikimi i integruar i shërbimeve shëndetësore;*

3) *Planifikimi i sektorëve në tërësi.*



25

1. Planifikimi i Projektit

- Merret me planet e qeverisë për shërbimet shëndetësore, si shërbime të siguruara nën kujdesin e organizmave të tjerë (sektori privat apo agjensi vullnetare), ashtu edhe programet e promovimit shëndetësor.
- Cilësia më evidente e tyre është fleksibiliteti, ndërsa dobësia me e dukshme, nga pikpamja e shpërndarjes së burimeve, është mungesa e një kriteri bazë në vlerësimin dhe renditjen e projekteve individuale.



26

2. Planifikimi i Integruar i Shërbimeve Shëndetësore

- Paraqet zhvillimin e një strukture të shërbimeve koherente, duke njohur kështu kontributin e financuesve joqeveritarë ashtu sikurse dhe atë të pushtetit qëndror dhe lokal.
- Zakonisht i vihet theksi qëndrueshmërisë logjistike në planin sektorial në mënyrë të tillë që rritja në kapacitetin e infrastrukturave fizike të kombinohet me rritjen e stafit të trajnuar dhe të artikujve të konsumit.



27

2. Planifikimi i Integruar i Shërbimeve Shëndetësore

- Në planifikimin e integrar të shërbimeve vendimet merren në të njëjtën kohë dhe formulimi i planeve në këtë rast paraprihet nga analizat e situatës e cila merr jo vetëm aspektin epidemiologjik, por edhe vlefshmërinë totale të burimeve për një periudhë kohe.
- Rrjedhin 2 avantazhe:
  - ✓Zgjerimi i diapazonit të alternativave të mundshme të çdo propozimi duke rritur shanset e përzgjedhjes së alternativës më të mirë.
  - ✓Është më e lehtë të merret në konsideratë komplementariteti që ekziston midis projekteve.

28

3. Planifikimi i Sektorëve në Tërësi

- Është vlerësimi i përcaktuesve të shumëllojshëm të gjendjes shëndetësore si dhe njohja korresponduese e mundësisë për të realizuar ndërhyrje të favorshme nëpërmjet veprimit në shumë sektorë në vazhdim të vemprimtarisë që influencon në shërbimet shëndetësore.
- Qëllimi i këtyre ndërhyrjeve të qeverisë është ndërdisiplinar dhe ndërsektorial, që nga momenti i shërbimeve në sektorin e shëndetësisë deri tek rregullat ligjore që kanë të bëjnë me sektorin e shëndetit.

29

Metodologjia e Planifikimit Formal

- Planifikimi pragmatik përfaqëson ato forma të planifikimit që janë zhvilluar me kohë në përgjigje të eksperiencës praktike.
- Zgjedhja e një alternative të mundshme, keshillohet të kryhet pas një testi të qartë të efektivitetit të kostos nga profesionistët dhe vendimarrësit politikë.

30

Metoda Paho – Cendes

- Kjo metodë përdor një test efektiviteti të kostos si bazë për shpërndarjen e fondeve në sektorin shëndetësor.
- Kjo metodologji mbështetet në burimet e të dhënave epidemiologjike dhe e përqëndron vëmendjen në produktivitetin e burimeve të ndryshme.
- Ajo njeh faktin se fondet për sektorin shëndetësor janë të kufizuara dhe për këtë arsye duhen krahasuar përdorimet alternative të këtyre fondeve.

31

Aplikimi i Programit Shëndetësor

Për të realizuar aplikimin e programit shëndetësor duhet të përcaktohen tre shkallë ku kërkesat për fonde të përputhen me:

1) Fomulimin e politikave të përgjithshme shëndetësore, planeve të veprimit etj.
2) Pragramimi i gjerë i planeve strategjike afatgjata.
3) Formulimi i detajuar i programit, që specifikon taktikat, teknologjinë e detajuar që duhet përdorur si dhe llojet e fondeve që kërkohen.

32

FALEMINDERIT



33

E ARDHMJA E KUJDESIT SHËNDETËSOR...

Drejtimi i Transformimit të Sistemit Shëndetësor:

A jemi "ne" të përgatitur për këtë?

Rreziku i parashikimit të së ardhmes

Parashikime të Lord Kelvin,
President i Shoqates Mbreterore te Shkencave, UK, 1890-95

- "Radio nuk ka të ardhme"
- "Është e pamundur të ndërtohen makina fluturuese më të rënda se ajri"
- "Shumë shpejt do të provohet që rrezet X janë një tallje"

Parashikimi i së ardhmes: gabimet më të zakonshme

Njerëzit vazhdimisht i mbivlerësojnë efektet afat-shkurtëra të ndryshimit dhe nënvlerësojnë efektet e afat-gjata të ndryshimit.

Ian Morrison, ish president i Institutit për të ardhmen

Pse duhet të shqetësohemi për të ardhmen?

"Nëse mendoni që mund ta drejtoni një organizatë në 10 vjetet e ardhshëm ashtu siç e keni drejtuar 10 vjetet e shkuar, ju duhet të jeni i çmendur."

Drejtori ekzekutiv i Coca Cola (1988)

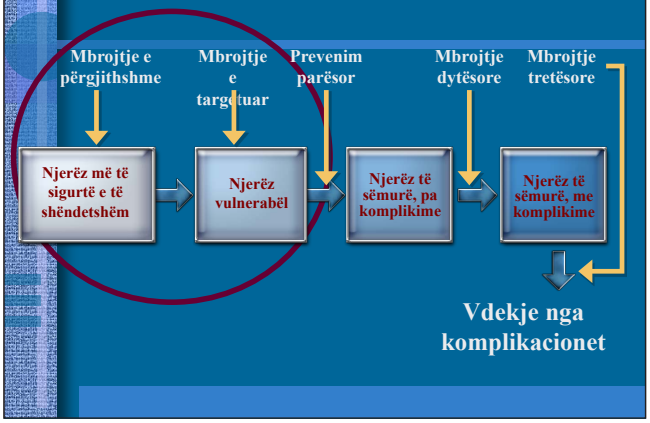
Sfidat përpara shëndetit publik

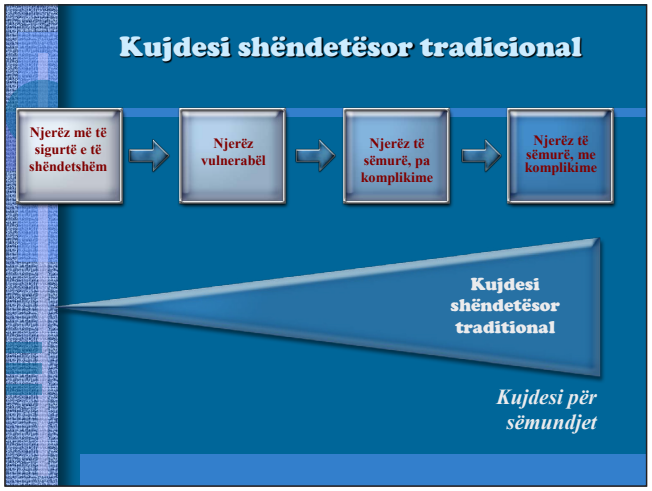
- Sëmundje të reja (SARS, Gripi i ri)
- Sëmundje të rishfaqura (TB)
- Siguria e ushqimeve
- Bioterrorizmi
- Katastrofat natyrore
- Obeziteti
- Moshimi i popullatës
- Pabarazitë shëndetësore
- Ngrohja globale

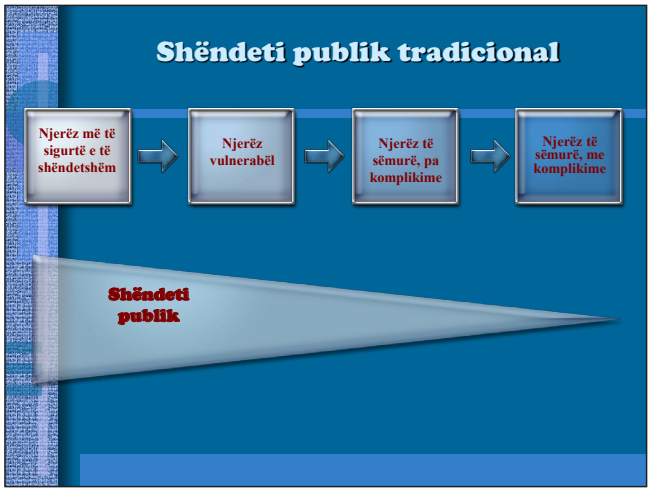
Kriza e kujdesit shëndetësor

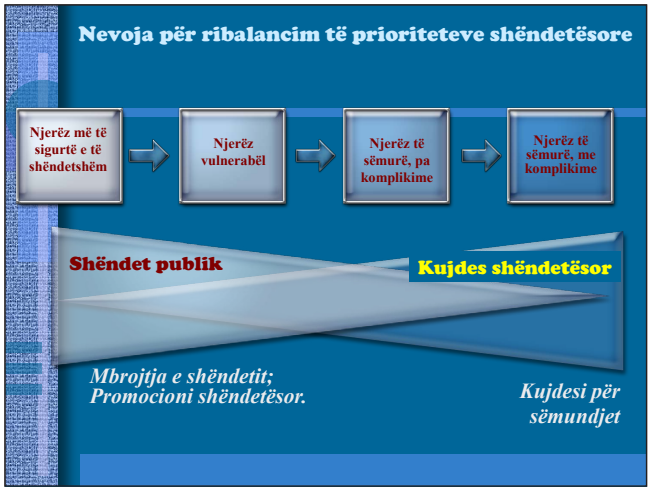
- Moshimi i popullatës
- Sëmundje të rishfaqura
- Sëmundje te reja
- Obeziteti
- Pabarazitë shëndetësore
- Aksesi në kujdes shëndetesor cilësor
- Kostot e sigurimeve shëndetësore
- Të siguruar dhe të pasiguruar

Ribalancimi i prioriteteve shëndetësore




Kujdesi shëndetësor tradicional
Njerëz më të sigurtë e të shëndetshëm
Njerëz vulnerabël
Njerëz të sëmurë, pa komplikime
Njerëz të sëmurë, me komplikime
Kujdesi shëndetësor traditional
Kujdesi për sëmundjet


Shëndeti publik tradicional
Njerëz më të sigurtë e të shëndetshëm
Njerëz vulnerabël
Njerëz të sëmurë, pa komplikime
Njerëz të sëmurë, me komplikime
Shëndeti publik


Nevoja për ribalancim të prioriteteve shëndetësore
Njerëz më të sigurtë e të shëndetshëm
Njerëz vulnerabël
Njerëz të sëmurë, pa komplikime
Njerëz të sëmurë, me komplikime
Shëndet publik
Kujdes shëndetësor
Mbrojtja e shëndetit; Promocioni shëndetësor.
Kujdesi për sëmundjet

Faktorët drejtues në ndryshimin e kujdesit shëndetësor në të ardhmen

- Era e informacionit - Interneti
- Globalizmi
- Kontrolli i kostove
- Bleresit e medhenj "te pakendshem"
- Moshimi i shoqerise
- Manaxherializmi
- Rritja e llogaridhenies ne publik
- Shkenca dhe teknologjia – sidomos biologjia molekulare dhe IT
- Ambienti
- Çeshtjet etike ne rradhe te pare
- Te tjera……..

Pyetje

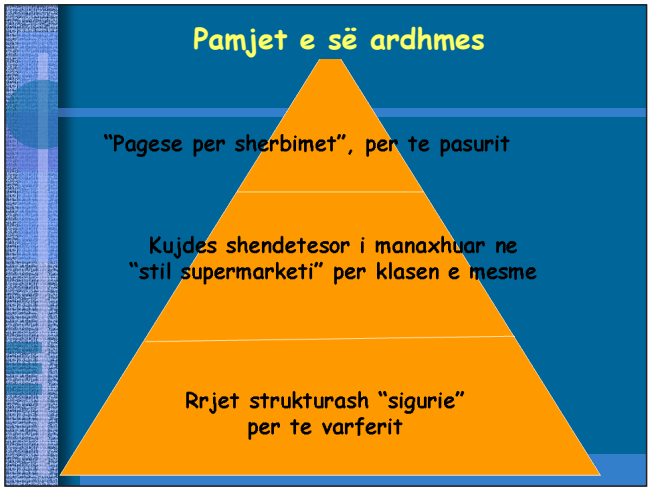
- "Duke patur parasysh sfidat përpara shëndetit publik dhe kujdesit shëndetësor, a janë liderët e sistemit të shëndetësisë të pergatitur për t'i adresuar këto çështje?"

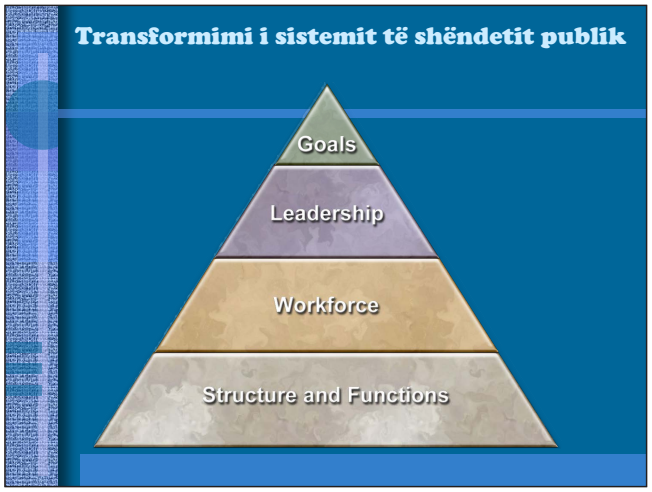
- "Cilat janë kompetencat e kërkuara të lidërshipit, të nevojshme për të adresuar këto sfida?"

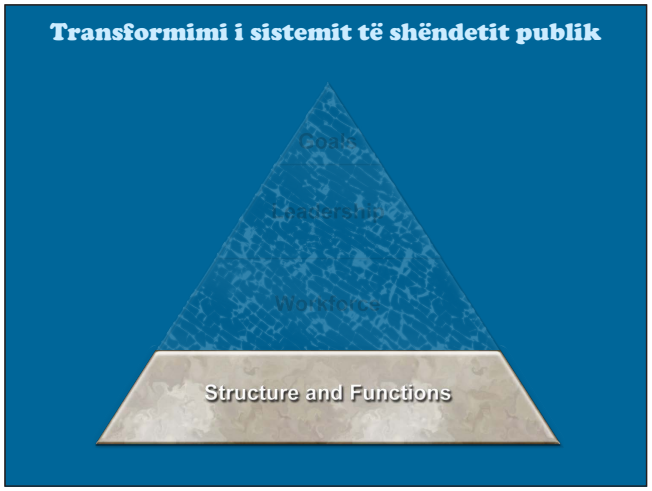
- "A kemi një sistem për zhvillimin e lidërshipit që mund të ndihmojë në zgjidhjen e këtyre sfidave?"

Çfarë do të mbetet nëse bota ndryshon tërësisht:

1. Vlera te qarta etike
2. Mbajtja parasysh e misionin tone
3. Vendosje e pacientit ne qender
4. Perpjekje konstante per permiresim
5. Vendosja e asaj qe bejme mbi evidence
6. Lidership
7. Mesim i vazhdueshem


Pamjet e së ardhmes
"Pagese per sherbimet", per te pasurit
Kujdes shendetesor i manaxhuar ne "stil supermarketi" per klasen e mesme
Rrjet strukturash "sigurie" per te varferit

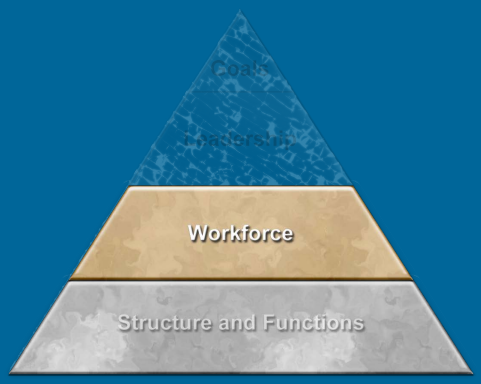

Transformimi i sistemit të shëndetit publik
Goals
Leadership
Workforce
Structure and Functions


Transformimi i sistemit të shëndetit publik
Structure and Functions

Struktura dhe funksionet

- Vendosja e standarteve te institucioneve
- Vendosja e standarteve te sistemit
- Hartimi i ligjeve dhe politikave shendetesore
- Perfshirja e komunitetit
- Bashkepunimi pushtet qendror – pushtet lokal

Transformimi i sistemit të shëndetit publik



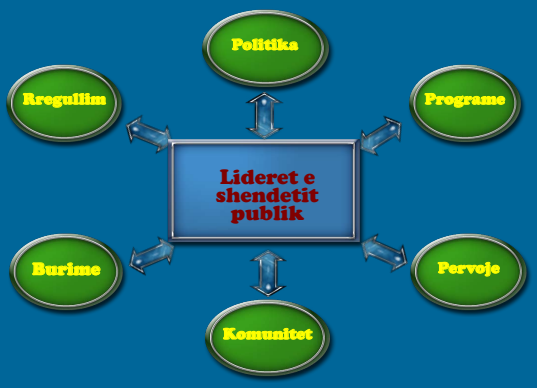
Burimet njerëzore

- Kompetencat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor
- Akreditimi dhe çertifikimi

Transformimi i sistemit të shëndetit publik



"Ndikimi strategjik" i lidërve të shëndetit publik



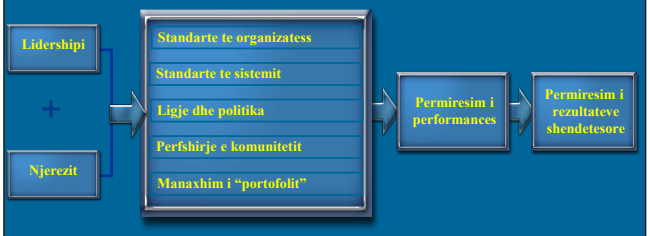
Transformimi i sistemit të shëndetit publik



Qëllimet dhe prioritetet

- Qëllime / prioritete në nivel qëndror
- Qëllime / prioritete në nivel lokal
- Qëllime / prioritete në nivel komunitar

Lidërshipi është esencial për arritjen e suksesit



Zhvillimi i lidërshipit

Kompetencat e lidershipit

- ✓Komunikim
- ✓Manaxhim i konflikteve
- ✓Kredibilitet
- ✓Vendosmeri
- ✓Fleksibilitet
- ✓Inisiative
- ✓Influence
- ✓Partneritet


Drejt një shëndeti më të mirë

TEMA 8

FIRMAT NË TREGUN SHËNDETËSOR DHE BIZNESI I TYRE

Firma dhe objektivat e saj
Llojet e firmave
Rrugët e rritjes së kapitalit nga firmat
Kontabiliteti i firmës. Bilanci dhe pasqyra e rezultatit financiar

1. Firma dhe objektivat e saj

Firma është një njësi bazë që organizon dhe koordinon faktorët e prodhimit, punën, tokën, kapitalin dhe aftësitë sipërmarëse së bashku me lëndët e para materiale ndihmse në procesin e prodhimit. Firma i kombinon të gjitha këto burime për të prodhuar mallra dhe shitur shërbime të ndryshme.

Të gjitha të ardhurat e firmës nga shitja e mallrave dhe shërbimeve që ajo prodhon quhen ***të ardhura totale***. Kurse shpenzimet totale që ble nga firma për të prodhuar dhe shitur këto mallra dhe sherbime quhen ***kosto totale***. Diferenca midis të ardhurave totale dhe kostos totale jep fitimin e firmës ose humbjen (në qoftëse kostoja tejkalon të ardhurat).

Ekonomistët kanë përcaktuar si objektiv kryesor të firmave maksimizimin e fitimit të tyre. Maksimimizimi i fitimit do të thotë të realizosh fitimin më të madh të mundshëm. Nje firme që nuk bën përpjekje për të maksimizuar fitimin, nuk mund të mbijetojë në një mjedis konkurues. Në funksion të këtij qëllimi final firmat mund të kenë edhe objektiva të tjera siç janë: *rritja e shkallës së pjesëmarrjes në treg, krijimi i një imazhi të mirë në fushën e punësimit, në/ruajtje e mjedisit nga mbetjet teknologjike, të rrisin prestigjin e tyre në treg etj., p*or të gjitha këto janë në funksion të qëllimit kryesor, maksimizimit të fitimit. Firmat që nuk kanë si qëllim kryesor fitimin quhen ***organizata jo fitimprurëse*** (**OJF**).

Të gjitha firmat janë të detyruara të llogarisin tregues të tillë si: ***të ardhura totale, kosto totale, fitimi, humbja.*** Lind pyetja: Në ç`raport qëndron firma me tregun? Në organizimin dhe kordinimin e aktiviteteve të shumta ekonomike të individëve, krahas firmave, një rol të rëndësishëm luan edhe tregu i lirë i cili kordinon planet e shitjes dhe të blerjes të subjekteve të ndryshme ekonomike.

Cilido individ mund të organizojë prodhimin e të mirave materiale dhe shërbimeve (TM + SH) që konsumon duke blerë inpute dhe shërbime në shumë tregje individuale.

- *Shëmbull*: Le të supozojmë se në spital është dëmtuar autovetura e drejtorit. Ka dy rrugë për ta riparuar. E para duke e çuar në një servis të specializuar, i cili kryen servisin duke blerë paisjet e nevojshme në treg. Dhe rruga e dytë duke, i blerë vetë

paisjet e duhura në treg dhe duke ia organizuar vetë shërbimet e duhura autoveturës. Rruga e parë quhet kordinimi i firmës, kurse rruga e dytë quhet kordinimi i tregut. ***Në të parën*** spitali paguan vetëm njëherë për të gjitha shërbimet e kryera prej saj, kurse ***në të dytën*** paguan pjesë-pjesë për blerjen e materialeve e pajisjeve, për të paguar xhenerikun, motoristin, llamarinistin, bojaxhiun, elektroautin etj.

- **Varianti I^0** ka këto avantazhe**:**
    a. shërbimi kryhet më shpejt për shkak të brigadave të specializuara. Pa mbaruar një proces fillon tjetri;
    b. kostoja e transaksioneve rezulton më e ulët pasi njësitë e servisit operojnë me çmim shumice pai blejnë me shumicë materiale e pajisje;
    c. duke qenë të specializuar kryejnë shërbime me cilësi më të lartë dhe me kosto më të ulët;
    d. kursejnë kohën e punën pasi nuk ka sorrollatje të administratorit të spitalit.
- **Varianti II^0:**
    a. duke qenë proçese të ndryshme pune kërkon kontakte me profesionistë të ndryshëm;
    b. duhet të vihesh në ndjekje të specialistëve të ndryshëm që punojnë të veçuar;
    c. duhet të shkosh (administratori) në pika të ndryshme shitje me pakicë për të blerë materialet e paisjet e duhura që do t`i blesh me çmim pakice;
    d. humbje në kohë e sorollatje të administratorit.

Firmat spitalore private që kanë si qëllim final max. e fitimit, për të arritur këtë objektiv përpiqen t`i minimizojnë shpenzimet e tyre. Ata janë të interesuar që të zbatojnë ato variante që kanë kosto minimale, që janë realizuar me cilësi të lartë dhe në kohë sa më të shpejtë. Për çdo vendim që marrin dhe për çdo veprim që kryejnë drejtuesit e firmës dhe bordi i saj llogarisin më parë përfitimet imediate dhe perspektive. Analizën kosto-përfitime, riskun që kanë përpara dhe rrezikun e dështimit e falimentimit, ato i kanë gjithnjë parasysh. Për çdo rast, midis varianteve e arsyetimeve të shumta, ata zgjedhin atë më oportunist që i koston më pak, që i siguron më shumë fitime dhe që ia forcon më mirë pozitat konkuruese në treg.

II. Llojet e firmave

Firmat mund të klasifikohen në mënyra të ndryshme, duke marrë për bazë kritere të ndryshme. Një mënyrë është t'i gruposh ato sipas natyrës së produktit që prodhojnë. Firmat që prodhojnë të njëjtin produkt ose një produkt të ngjashëm krijojnë një degë të caktuar (p.sh. dega farmaceutike, spitalet e profilizuara (kirurgjik, onkologjik,

psikiatrik, senatoriumet etj). Një specializim i tillë mbart mundësira të mëdha për të përfituar të mira materiale dhe shërbime të një cilësie më të lartë pasi mund t`i organizojnë më mirë kërkimet shkencore. Një klasifikim i tillë i shërbimit spitalor që theksuam më lart është sipas llojit të shërbimit shëndetësor që ofron. Spitalet prodhojnë shëndet, prodhojnë energji, rehabilitojnë dëmtimet e pësuara, etj.
Një klasifikim tjetër është sipas grupmoshave duke veçuar psh. spitalin Pediatrik i cili ofron kujdes shëndetësor për një pjesë të veçantë të popullatës që, në rastin konkret, janë fëmijët.
Një mënyrë tjetër për të klasifikuar firmat është duke u nisur nga kriteri ligjor i organizimit të tyre, i cili ka në themel pronësinë. Në këtë kuadër në shërbimin shëndetësor dallojmë: a) *Shërbimin shtetëror,* dhe atë *b) Privat.*
Tre lloje kryesore të organizimit të firmave janë më të përgjithshme ***në shërbimin privat***:

1) Firmat individuale

Kemi të bëjmë me një firmë individuale atëherë kur ajo është pronë e një pronari të vetëm dhe drejtohet vetëm prej tij. Kjo është forma më e thjeshtë dhe me e përgjithshme e organizimit të firmave. Pronari i firmës është përgjegjës për mbarëvajtjen e firmës dhe për detyrimet që ka ndaj të tjerëve. Si shembull i firmave individuale mund të përmendim fermat në bujqësi, restorantet, sherbimet individuale, dyqanet e shitjes, farmacitë, klinikat private, etj. Këto firma janë të vogla, pajtojnë një numër të vogël punëtorësh, pronari merr në biznes duke kontribuar jo vetëm me kapitalin por edhe me punën e tij. Krahasuar me llojet e tjera të firmave, firmat individuale kanë një varg avantazhesh dhe disavantazhesh:

Avantazhet e firmës individuale:

1. Struktura e firmës është e thjeshtë.
2. Pronari i firmës merr vetë të gjitha vendimet .
3. Pronari i firmës merr të gjithë fitimin e firmës dhe e përdor atë si te dëshirojë.
4. Kjo formë organizohet relativish lehte.
5. Jep nje shkallë të lartë kënaqësie personale në drejtimin e firmës dhe marrjen e vendimeve.
6. Lehtësia për tu futur dhe për të dalë nga një biznes.
7. Firmat iu përshtaten lehtësisht kërkesave të konsumatorëve deri në shërbime individuale ndaj tyre.
8. Fitimi taksohet vetëm njëherë.

Disavantazhet e firmës individuale

1. Përgjegjësia e pakufizuar financiare. Pergjegjësia e pakufizuar financiare është pergjegjësia ligjore për të gjitha detyrimet e firmës deri në masën e plotë të të gjjithë pasurisë së pronarit të firmës. Në qoftë së firma nuk ka sukses në biznesin që ka zgjedhur dhe për këtë arsye mund të falimentojë, pronari i firmës individuale duhet të shlyejë të gjitha detyrimet financiare që ka ndaj firmave të tjera ose bankës. Në qoftëse nuk i shlyen të gjitha detyrimet atëherë atij mund t'i sekuestrohet e gjithë pasuria që zoteron.
2. Burimet e financimit të investimeve të nevojshme për zgjerimin e prodhimit, janë të kufizuara nga mundësitë financiare të pronarit. Bankat dhe institucionet e tjera financiare nuk ia hapin kollaj dritën jeshile kur ndodhen në vështirësi financiare për para, kur u janë grumbulluar fatura të pa likuiduara dhe u janë akumuluar borxhe etj.
3. Kufizimi fizik i jetëgjatësisë së saj nga vetë jetëgjatësia ose vullneti i pronarit të saj. Pjesa më e madhe e firmave individuale nuk arrijnë t`i bëjnë ballë konkurencës së ashpër që u bëjnë kompanitë e mëdha. Disa falimentojnë disa të tjerë largohen "me kohë të mirë" (pa u dëmtuar shumë financiarisht) nga biznesi dhe vetëm një pjesë e vogël e tyre arrin ti bëjë ballë me sukses konkurrencës dhe të ngjitë shkallët drejt formave më të larta të organizimit të firmave që janë korporatat e mëdha të prodhimit dhe shërbimit shëndetësor.

2) Firmat me ortakë

Firmat me ortakë mund të krijohen me dy ose më shumë pronarë. Zakonisht këto firma krijohen mbi bazën e marrëveshjeve të lidhura midis pronarëve ku secili bie dakort që të kontribojë me një pjesë të punës dhe të kapitalit të tij në firmë, të marrë pjesën e fitimit që i takon dhe të mbajë përgjegjësinë që i përket në humbjet apo detyrimet e firmës.

Avantazhet e firmës me ortakë

- Edhe firma me ortakë mund të krijohet dhe të organizohet lehtësisht ashtu si dhe firmat individuale.
- Kjo formë organizimi e biznesit është e aftë të tërheqë më shumë kapitale se sa firmat individuale, në këtë mënyrë shtohen burimet financiare të nevojshme për rritjen dhe zhvillimin e firmës si dhe zgjerimin e prodhimeve dhe shërbimeve shëndetësore.

- Nje avantazh i rëndësishëm për këtë formë është lehtësia për të marrë hua, pra ajo ka një pozitë kreditore më të mirë se firmat individuale pasi janë më të besueshëm.
- Kanë aftësi drejtuese e organizuese më të lartë pasi egziston mundësia e specializimeve të ortakëve në funksione të caktuara drejtuese.

Disavantazhet e firmës me ortakë

- Përgjegjësia e pakufizuar financiare. Në rastin e një firme me ortakë përgjegjësia ndaj detyrimeve të firmës ndahet në mënyrë individuale midis ortakëve, por ka një veçori në krahasim me firmat e tjera individuale: nje ortak mban përgjegjësi edhe për gabimet ose papërgjegjësitë e ortakëve të tjerë.
- Në firmat me ortakë kërkohet pëlqimi i të gjithë ortakëve për çdo vendim që lidhet me aktivitetin e firmës. Kur ky pëlqim nuk arrihet kjo mundet të bëhet shkak për shpërndarjen e firmës.
- Marrëveshjet për të krijuar një firmë me ortakë përmbajnë veprime ligjore të komplikuara për të blerë apo shitur pjesën përkatësë në firmë.
- Çdo ndryshim në përbërjen e ortakëve automatikisht con në shpërbërjen e firmës, rrjedhimisht firmat me ortakë kanë një jetë të kufizuar në biznes.

Disavantazhet e mësipërme kanë bërë që kjo formë të jetë më pak e përhapur. Përhapje të gjerë ajo ka gjetur në tregtinë me pakicë të shërbimit farmaceutik, në fusha të tjera të mjekësisë, në avokati, bujqësi etj, në të cilat ortakët kanë bashkuar punën e tyre, kapitalet dhe objektet e tjera që disponojnë për të përballuar konkurencën dhe periudhat intensive të punës.

3) Korporatat

Korporatat janë një formë e njohur e organizimit të një biznesi, megjithëse ato nuk janë të shumta në numër në krahasim me dy format qe analizuam më parë. Kapitali i një korporate formohet nëpërmjet shitjes së aksioneve prandaj ato quhen shoqëri aksionere. Aksioni është një titull pronësie ndaj një pjese të pasurisë së shoqërisë, një letër me vlerë që vërteton se një individ ka investuar në shoqëri vlerën nominale të aksionit dhe se ka të drejtën të marrë pjesë në fitimin e shoqërisë në përputhje me këtë vlerë nominale të aksionit të blerë. Aksionistët marrin një pjesë të fitimit të shoqërisë aksionare në formën e dividentit. Mbartësit e aksioneve janë bashkëpronarë të shoqerisë aksionare por ndryshe nga firmat me ortakë ata janë bashkëpronarë të shoqërisë aksionar dhe kanë përgjegjësi të kufizuar, domethënë ata kanë përgjegjësi vetëm për vlerën e investimit fillestar që kanë futur në shoqëri. Pra nëse sh.a. falimenton e shumta që mund të humbasë aksioneri është vlera e aksionit. Aksionerët nuk janë të detyruar të

angazhohen fizikisht në administrimin e punëve të sh.a. Ata zgjedhin këshillin drejtues administrativ dhe presidentin e sh.a. të cilët përballojnë punët.
Shembull: Për ndërtimin e një spitali modern privat kërkohen 10mln $. Kjo shumë ndahet në 10.000 aksione që i takon 1.000$/1aksion. Fillimisht aksionet shiten me vlerën nominale 1.000$ që është vlera fillestare. Me ndërtimin dhe administrimin e sh.a. nuk merren të gjithë aksionerët. Shumë prej tyre mbase jetojnë në vende ose shtete të tjerë larg spitalit.
Kontrolli mbi sh.a.realizohet duke patur si zotërim paketën kontrolluese të aksioneve, e cila përfaqëson atë minimum aksionesh që të jep të drejtën të sundosh. Për zotërimin e kësaj pakete zhvillohet një luftë e ashpër konkurence pasi ajo të jep mundësinë që me 20,15 apo dhe 10% të aksioneve të bëhesh zot i një kapitali disa herë më të madh.
Ndryshe nga paratë e depozituar në bankë, të cilat mund t`i tërheqësh kur të duash, paratë e investimeve në sh.a., duke blerë aksione nuk mund t`i tërheqësh pasi ato janë materizuar. Por aksionet mund të shiten dhe blihen lirisht në tregun e letrave/me vlerë, në burs. Shitja e tyre nuk bëhet me vlerën nominale por me çmimin e aksionit, i cili përcaktohet nga raporti **divident**. Pra sa më i lartë të jetë dividenti dhe sa më i ulët të jetë niveli i interesit bankar për depozitat, aq më i lartë do të jetë kursi i aksionit.
Mbajtësi i aksionit mund të sigurojë të ardhura shtesë n.q.s. e shet aksionin me një cmim më të lartë se vlera nominale e tij, por edhe mund të humbasë n.q.s. e shet me cmim me të ulët. Çmimi i aksionit në bursë ndryshon vazhdimisht, bile me orë e me minuta. Dhe kjo ndodh për shkak të spekullimeve që bëjnë "ujqit e bursës".

Avantazhet e korporatës

- Përgjegjësia e kufizuar që kanë aksionistët.
- Mundësia për zgjerim e korporatës nëpermjet mbajtjes së fitimit dhe mosshpërndarjes së tij duke eleminuar në këtë mënyrë dhe taksimin e dyfishtë.
- Efektivitet të lartë ekonomik pasi duke patur në zotërim kapitale shumë të mëdha për të menazhuar e administruar, kanë edhe mundësira të mëdha që janë shumë fitimprurëse; mundësira këto që nuk i kanë firmat individuale apo firmat me ortakë.
- Avantazh tjetër është se aksionistët nuk mund të tërheqin kapitalin që kanë investuar në shoqëri por ata mund të shesin aksionet që kanë blerë në tregun e letrave me vlerë, në bursë. Blerësit e rinj të aksioneve bëhen bashkëpronarë të shoqërisë aksionare dhe nuk është e domosdoshme që të riorganizohet korporata, ajo vazhdon të mbijetojë në biznes.

Disavantazhet e korporatës

- Sh.a. kanë një sërë disavantazhesh në krahasim me firmat me ortakë dhe firmat individuale. Duke patur kapitale shumë të mëdha, zotëruesit e sh.a. nuk janë në gjendje në çdo kohë të ushtrojnë kontroll të plotë mbi operacionet financiare dhe financiare dhe tregtare të krejt sh.a. të një kompleksi spitalor.
- Kështu për të nxjerrë konkluzione të plota për aktivitetin ekonomik e financiar të një kompleksi spitalor dhe për të marrë vendimet e duhura duhen së paku 3 muaj (sa është koha për hartimin e një bilanci financiar). Kurse aktivitetin ekonomik e financiar të një klinike mund ta kontrollosh në fund të çdo dite-pune.
- Nga ana tjetër një mjek mund ta transferojë lehtësisht klinikën e tij atje klientelën e ka më të madhe dhe fitimet më të larta. Pra ai e merr lehtë kthesën për ta transferuar kapitalin e tij atje ku dëhiron. Kurse një kompleks spitalor e merr me vështirësi kthesën për t`i transferuar kapitalet e tij në vende të tjera ku kërkesat për shërbime spitalore janë më të mëdha dhe fitimet janë më të larta. Pra kur konjukturat e tregut për shërbimin spitalor nuk janë të favorshme apo keqësohen, komplekset spitalore nuk mund ta transferojnë aktivitetin e tyre siç mund të bëjnë mjekët me klinikat e vogla private.
- Një disavantazh tjetër që kanë kompanitë aksionere spitalore në krahasim me klinikat e vogla është se ndaj tyre aplikohet një sistem i dyfishtë taksash. **Së pari** ato taksohen duke qënë si pjesë e fitimit total të shoqërisë, **së dyti** të ardhurat e tyre, në formën e dividentit nga aksionet që kanë blerë, taksohen përsëri si pjesë e të ardhurave personale të aksionistëve.
- Sh.a. përveç përpjekjeve për të mos deklaruar fitimin e vërtetë, përpiqen të deperqëndrojnë kapitalin e madh aksionar në kompani të vogla aksionare pasi kështu jo vetëm që paguajnë më pak taksa në nivel absolut, por edhe i bën më të manovrueshme dhe fleksibël këto firma ndaj ndryshimeve që ndodhin në konjukturat e tregut, i bën më të transferueshme kapitalet e tyre atje ku fitimet janë më të larta.
- Në shërbimin shëndetësor privat sot në botë vihet re prirja drejt njësive prodhuese dhe atyre të shërbimeve me një personel të vogël në numër por me një kualifikim tepër të lartë dhe që punojnë me aparatura e paisje nga më cilësoret.

III. Rrugët e rritjes së kapitalit nga firmat

Firmat individuale dhe ato me ortakë janë të interesuara t`i rrisin përmasat e kapitaleve të tyre pasi kështu do të mund t`i rrisin fitimet e tyre dhe do të jenë më të aftë të përballojnë konkurencën me korporatat aksionare. Këtë ata mund ta realizojnë duke

marrë hua nga miqtë ose nga bankat. Por këto burime ato i kanë të kufizuara pasi risku i moskthimit të parave te ato është i lartë për shkak të vështirësive të shumta financiare që i krijohen (u grumbullohen shumë fatura të palikuiduara dhe nuk kanë aftësi paguese).
Korporata paraqet një avantazh të theksuar në këtë drejtim. Dy janë burimet financiare kryesore që mund të sigurojë korporata: burimet financiare të jashtme dhe të brendshme.

Për të siguruar ***burime financiare të jashtme*** koorporata përdor tre rrugë kryesore:

1. *Shitja e obligacioneve*

Obligacioni është një letër me vlerë i cili u sjell mbajtësve të tij të ardhura të përvitshme në bazë të përqindjes fikse të caktuara më parë. Një obligacion përbën një borxh afatgjatë 10- 15 vjet për korporatën dhe është e detyruar që të rikthejë atë në kohën e caktuar pavarësisht nëse është me fitim apo jo. Kështu p.sh. blerësi i obligacionit paguan në momentin e blerjes, ta zëmë, 1.000$ për obligacionin. N.q.s. norma e interesit për obligacion do jetë 15%, atëherë çdo vit, zotëruesi i tij do të marrë të ardhura në formën e interesit për 150$ gjatë gjithë jetës së obligacionit. Kurse në fund të maturimit do marrë shumën e investuar prej 1.000$.
Obligacionet emetohen dhe shiten si nga shteti, ashtu edhe nga kompanitë e mëdha aksionere. Krahas obligacioneve të zakonshme ekzistojnë edhe obligacione të konvertueshme, të cilat dallohen nga obligacionet e zakonshme sepse ato mund të këmbehen me aksione, para datës së konvertimit, sipas një norme të caktuar p.sh. 1 obligacion = 10 aksione.
N.q.s. perspektiva e korporatës është e favorshme mbajtësi i obligacionit të konvertueshëm mund të këmbejë atë me aksione dhe të bën bashkëpronar në korporatë. Në të kundërtën n.q.s. korporata nuk ka perspektivë të mirë mbajtësi i obligacionit të konvertueshëm mund të presë maturimin e tij dhe të marrë investimin fillestar dhe interesin. Këto lloj obligacionesh zakonisht kanë një normë interesi më të ulët se ajo e obligacionit të zakonshëm pasi mbajtësi i tyre ka mundësinë e konvertueshmërisë

2. *Mënyra e emetimit të aksioneve*

Ekzistojnë tre lloje kryesore të aksioneve:

a. ***Aksioni i zakonshëm*** i jep të drejtën mbajtësit të tij të jetë bashkëpronar i koorporatës, të votojë në mbledhjen e përgjithshme dhe të marrë pjesë në zgjedhjen e drejtorëve. Madhesia e dividentit që ai merr varet se sa sukses ka koorporata në biznes.

b. ***Aksione të preferuara***, janë të ngjashme më shumë me obligacione se sa me aksionet e zakonshme. Mbajtësit e tyre zakonisht kanë të drejtën për të përfituar një normë interesi fikse dhe nuk mund të kërkojë rritjen e saj në qoftë se korporata ecën mirë.
c. ***Aksionet e konvertueshme*** janë të ngjashëm me obligacionet dhe aksionet e preferuara përsa i përket mënyrës së pagesës së interesit. Edhe për këto lloj aksionesh norma e interesit është fikse. Por mbajtësit e aksioneve të konvertueshme në dallim nga mbajtësit e aksioneve të dy llojeve te tjera kanë të drejtën për t'i konvertuar ato në aksione të zakonshme në një datë të ardhshme të specifikuar.

3. Marrja e kredive bankare

Një rrugë tjetër për rritjen e kapitalit të vet për korporatën është marrja e huasë ose kredisë nga banka. Ndryshe nga aksionet dhe obligacionet, kredia bankare nuk shitet në tregjet financiare.

Përsa i përket burimeve të brendshme të rritjes mund të përmendim: 1. pjesën e fitimit që nuk shpërndahet por rifutet në biznes, 2. fondi i amortizimit i destinuar për zëvendësimin e makinave, pajisjeve etj të konsumuara, por që mund të përdoret për të zgjeruar prodhimin, për sa kohë që këto makineri, pajisje etj nuk janë konsumuar plotësisht.

Krahas, burimeve financiare të brendshme e të jashtme, një rrugë tjetër e rritjes së kapitalit për firmat është dhe **shkrirja, bashkimi apo gllabërimi i firmave.** Kështu duke u bashkuar disa firma në një firmë të vetme ose duke nënshtruar e gllabëruar firmat e vogla nga një firmë më e madhe, rritet kapitali i firmës dhe mundësia për të realizuar fitime më të mëdha. Format kryesore me anë të cilave realizohen këto bashkime midis firmave janë:

a. ***Bashkimi vertikal***, ndodh kur dy ose më shumë firma të një dege bashkohen megjithëse realizojnë stade të ndryshme të procesit të prodhimit p.sh. në industrinë e naftës mundet të bashkohet një firmë e kërkimit të naftës me atë të përpunimit të saj.
b. ***Bashkimi horizontal*** ndodh atëherë kur bashkohen dy ose më shumë firma që prodhojnë të njëjtin produkt ose shërbim, ose që realizojnë stade të ngjashme të procesit të prodhimit.
c. ***Bashkimi i firmave***, aktivitetete të cilave nuk lidhen drejtpërdrejtë me njëri- tjetrin, quhen conglomerate.

IV. Kontabiliteti i firmës. Bilanci dhe pasqyra e rezultatit financiar

Kontabiliteti i firmës/korporatës është i vlefshëm jo vetëm si burim informacioni për blerësit e mundshëm të aksioneve dhe obligacioneve të shoqërisë, ai është gjithashtu edhe një instrument i rëndësishëm për të ndihmuar drejtuesit e tyre për marrjen e vendimeve të drejta dhe për të njohur ecurinë e biznesit dhe vlerën e tij. Gjithashtu u duhet të mbajnë kontabilitet edhe për shkak të pagimit të taksës.

Dy janë dokumentet më të rëndësishme të kontabilitetit:

1. **Bilanci** i firmës paraqet fotografimin e gjëndjes financiare të firmës në një moment të dhënë. Parimi themelor i bilancit të firmës është barazia e aktivit që shënohet në të majtë të bilancit, me pasivin që shënohet në të djathtë të tij. Ky barazim ose ky ekuacion kontabël, pasqyron marrdhënie që ekzistojnë në strukturën e bilancit midis aktivit dhe pasivit d.m.th. detyrime dhe kapitalit të pronarit. Në formë të thjeshtuar ekuacioni kontabël vë më mirë në dukje interesat e pronarëve ose investimet e tyre si më poshtë: Aktivët (mjetet) = kapitalin e vet.
2. **Pasqyra e rezultatit financiar**, përmbledh transaksionet e firmës gjatë një periudhe të dhënë, p.sh. një vit. Ne këtë pasqyrë regjistrohen rrjedhjet e të ardhurave, kostove dhe diferenca midis tyre (fitimi ose humbja) për një periudhë 1- vjecare.

CIKLET E BIZNESIT DHE RRITJA EKONOMIKE

Historia e zhvillimit ekonomik e vendeve të zhvilluara kapitaliste, tregon se ekonomia nuk rritet e zhvillohet pa problem. Vitet e ekspansionit dhe mirëqënies ekonomike ia lënë vendin e viteve të reçensionit ose të panikut ekonomik. Këto luhatje të ekonomisë, here në ekspansion dhe here në reçension, që karakterizohen respektivisht nga lëvizjet në ngritje dhe ulje të produktit total, inflacionit, normës së interest dhe punësimitë krijonë të ashtuquajturit **cikle të biznesit**. Ciklet e biznesit përbëjnë thembrën e Akilit për ekonominë kapitaliste.

I. Cikli i biznesit dhe fazat e tij

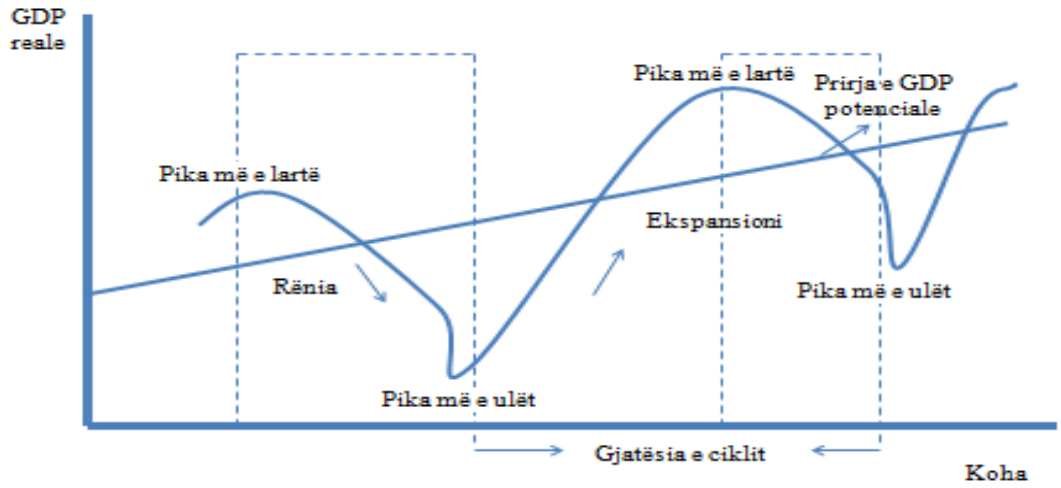
Zhvillimi ekonomik i vendeve me një ekonomi tregu të zhvilluara megjithëse karakterizohet nga një prirje rritje, në kohë të caktuara ka patur shmangie nga kjo prirje e përgjithëshme, duke u karakterizuar here nga perudha të rënies ekonomike dhe herë nga periudha të rritjes ekonomike janë ato të viteve: 1929-1933, 1937-1938, 1948-1949, 1953-1954, 1960- 1961, 1973-1975, 1981-1982. Ekzistenca e periudhave të rënies dhe ngritjes ekonomike, provon se kushtet e biznesit nuk janë të pa ndryshueshme. Rritja ekonomike nuk arrihet asnjëherë me një kofiçient rritës konstant, ajo karakterizohet nga shmangiet e lartë ose poshtë prirjes së përgjthëshme të rritjes. Bumi ose ngritja ekonomike mund të ndiqet nga paniku dhe rënja ekonomike, ekspansion ja lë venin recensionit në të cilin niveli i GDP, punësimit dhe i të ardhurave reale bien, fitimet e firmave gjithashtu reduktohen dhe shumë të punësuar shndërrohen në të papunë. Kur përfundon faza e rënies ekonomike, fllon faza e rritjes ekonomike ose ekspansioni ekonomik, e cila mund të jetë e shpejtë ose e ngadalshme. Në këtë faze GDP, niveli i punëzenies, të ardhurat reale dhe fitime te firmave rriten. Më pas cikli fillon të përseritet me rëniet dhe ngritjet ekonomike alterntivat kundrejt pritjes së përgjithshme të rritjes ekonomike. Këto lëvizje herë drejt rënies dhe herë drejtë ngritjes të treguseve kryesorë ekonomikë kundrejtë një prerjeje të përgjithshme në rritjen ekonomike formojnë ato që quhen **ciklet e biznesit**.

Fluktacionet ose lëkundjet e aktivitetit real ekonomik megjithëse emërohen si cikle, në të vërtetë nuk formojnë cikle të rregullta. Nuk ka recensione (rënie) apo ekspansione (ngritje) ekonomike të ngjashme. Ekonomia nuk është si lavjersi i sahatit dhe lëkundjet nuk janë kaq të rregullta e të përcakuara siç janë, për shembull orbitat në të cilat lëvizin planetet e sistemit diellor. Megjithatë, edhe pse ciklet e biznesit dallojnë nga njëri tjetri, ato kanë diçka të përbashkët. Çdo cikël biznesi karakterizohet nga disa faza të njëllojta. Ekonomistët që merren me studimin e cikleve të biznesit kanë përcaktuar katër faza të ciklit të biznesit:

1. Pika më e latë e ciklit,
2. Faza e reçesionit (rënies ekonomike),
3. Pika më e ulët e ciklit,
4. Faza e ekspansionit (ngritjes ekonomike).

Figura 1.1 paraqet në mënyrë grafike katër fazat kryesore të një cikli biznesi. Edhe nga paraqitja grafike vemë re se mënyra e sjelljes të një cikli të biznesit është e parregullt. Grafiku na tregon se ciklet e biznesit janë si një bashkësi malesh dhe luginash me nivele të ndryshme lartësish. Disa lugina janë shumë të thella, siç ndodhi në kohën e depresionit të madh viteve 1929-1933, kurse disa janë të cekta, siç ishte ajo e vitit 1970 për ekonominë amerikane. Edhe zgjatja e fazave ndryshon nga njëri tjetri.

Figura 1. Ciklet e biznesit



Momenti kyq, për të identifikuar një cikël të biznesit, është përcaktimi i fazës së recensionit pra, përcaktimi i periudhës kur aktiviteti ekonomik është në rënie. Duhet të theksojmë se jo çdo rënie ekonomike mund të karakterizohet si një recension. Rëniet momentale ose rëniet ekonomike për periudha shumë afat shkurta nuk përbëjnë reçension ekonomik.

Pranohet se kemi të bëjmë me një fazë të reçensionit ekonomik vetëm atëherë kur GDP real bie gjatë dy tremujorëve të një pasnjëshëm kalendarike (ose për gjashtë muaj rresht). Gjatë përiudhës së recensionit firmat dhe konsumatoret i ulin nivelet e shpenzimeve të tyre. Firmat, për shkak të inventarve të tepërta (stoqeve të mallrave të pa shitura), reduktojnë prodhimin, pakësojnë shpenzimet për lëndët e para, reduktojnë shpenzmet për investime, dhe nxjerrin jashtë nga puna një numër të caktuar punëtorësh.

Rrjedhimisht, edhe fitimet e firmave bien, por edhe në këto kushte disa firma vazhdojnë të qëndrojnë në biznes, kurse disa të tjera duke mos qenë në gjendje ti bëjnë ballë kësaj situate, dalin nga biznesi, ose falimentojnë.
Periudha e recensionit përfundon me arritjen e pikës më të ulët të ciklitë të biznesit. Në këtë pike firmat punojnë me kapacitet jo të plota dhe niveli i përgjithëshëm i papunësisë arrin nivelin më të lartë. Prodhimi total i të mirave dhe shërbimeve vazhdonë të ulet. Në këtë fazë të ciklit është shumë vështirë të gjendet punë sepse shumë firma dalin nga tregu, falimentojnë.
Praktikisht, përcaktimi i kësaj faze të ciklit është i vështirë dhe nuk ka ndonjë përkufizim të pranohet nga të gjithë ekonomistët. Megjithatë, shpesh herë si tregues i identifikimit të saj merret norma e lartë e papunësisë, ndoshta në nivel dyshifrore.
Pas disa kohësh, ekonomia fillon të rimarrë vetën përsëri, duke hyrë në fazën e ekspansionit ose të rritjes ekonomike. Gjatë fazës së ekspansionit shpenzimet e firmave dhe të konsumatorve filojnë të rriten. Firmat fillojnë të zgjerojnë prodhimin, papunësia fillonë të ulet, pajtohen punëtoret në punë, të ardhurat fillojnë të rriten, rritet në këtë mënyrë kërkesa konsumatore, gjë e që influencon në rritjen e mëtejshme të prodhimit, të punëzënies, të konsumit, etj.
Faza e ekspansionit përfundonë me arrjitjen e pikës më të lartë të ciklit. Kjo fazë përfundon me arritjen e pikes më të lartë të ciklit. Në këtë fazë ekonomia është në bumin e vet ekonomik. Firmat normalisht prodhojnë afër ose në kapacitetet e tyre prodhuese dhe ata që kërkojnë punë përgjithësisht mund ta gjejnë një të tillë. Investimet e firmave dhe shpenzimet e konsumatorëve janë në nivelin e tyre më të lartë. Por meqenëse ekonomia punon më afër ose në nivelin e punësimit të fortë të faktorve të prodhimit rritja e mëtejshme e kërkesesë për të mira e shërbime do të çojë në rritje e nivelit të përgjithshëm të çmimeve.

II. Rritja ekonomike

Nga analiza që i bëmë cikleve të biznesit, rezulton se në një ekonomi tregu të konsuliduar, megjithëse vërehen luhatjet në formën e reçensonit dhe të ekspansionit, tendenca e përgjithshme është rritja e ekonomisë. Në periudha afatshkurtëra gjendja e ekonomisë mund të karakterizohet me njërën nga katër fazat e ciklit kurse në periudha afatgjata ajo karakterizohet nga tendenca drejt rritjes ekonomike. Analizat e rritjes ekonomike shqyrtojnë faktorët që çojnë në rritjen ekonomike në një periudhë afatgjatë. Duke qenë se oferta agregate përcaktohet nga aftësitë që ka ekonomia e një vendi për të prodhuar mallra dhe shërbime, domethënë nga prodhimi i saj potencial, atëherë analiza e rritjes ekonomike shqyrton faktorët të cilët çojnë në rritjen e prodhimit potencial në një periudhë afatgjatë.

Rritjen ekonomike munda ta përcaktojmë si një ekspansion në GDP potencial të një vendi. Me fjalë tjera, rritja ekonomike përcaktohet si aftësi e ekonomisë së një vendi për të prodhuarë gjithnjë e më shumë mallra e shërbime që deshirojnë konsumatorët.
Rritja ekonomike konsiderohet si një ndër objektivat qëndrore stabilizuese makroekonomike. Kjo për vetë faktin se rritja ekonomike lidhet ngushtë me standardin e jetesës së popullsisë së një vendi. Një rritje në standartin e jetesës në rritjen e popullsisë kërkonë medoemos rritjen e prodhimit të mallrave dhe të shërbimeve. Një tregues i rëndësishëm i standartit të jetesës do të ishte *prodhimi për frymë të popullsisë.* Do të konsiderohet përmirësim i standartit të jetesës së popullsisë të një vendi atëherë kur çdo individ, me kalimin e kohës, ka në dispozicion të tij më shumë mallra e shërbime për të konsumuar se sa më parë.
Analizat e rritjes ekonomike, bazuar në prodhimin për frymë popullsisë, kërkojnë që të mbahen parasysh jo vetëm ndryshimet që ndodhin në GDP potencial të një vendi por edhe ndryshimet në numrin e popullsisë të këtij vendi. Sepse, në qoftë se popullsia rritet me ritme më të shpejta sesa prodhimi dhe kapacitet prodhuese atëherë nuk do të kemi asnjë përmirësim në standartin e nivelit të jetesës së popullsisë. Prandaj, një matës kuptimplotë i rritjesë ekonomike mbetet *niveli i prodhimit real përë frymë të popullsisië.*
Që në hapat e para të lindjes së ekonomiksit, ekonomistët janë përpjekur të shpjegojnë evolucionin e prodhimit dhe të pagës si dhe proçesin afatëgjatë të rritjes ekonomike në përgjithësi. Kështu modelet klasike të paraqitura nga Adam Smith dhe Tomas Maltus e përshkruajnë zhvillimin ekonomik duke anaizuar lidhjen që ekziston midis burimit të prodhimit, që për ta ishte toka, dhe rritjes së popullsisë.
Smithi në veprën e tij "Pasuria e Kombeve" bën fjalë për një epokë të artë e cila i paraprinte përvetësimit të tokave dhe akumulimit të kapitalit, në të cilën vetem puna merrej parasysh, kurse toka ishte e lirë në dispozicion të të gjithëve.
Në këto kushte prodhimi dhe çmimet vareshin nga ose percaktoheshin vetëm nga puna. Çdo mall tregëtohej me çmimet, të cilat ishin propocionale me punën e harxhuar për prodhimin e tyre. Pra çmimet ishin dhe përcaktoheshin me koston mesatare të punës së harxhuar për prodhimin e mallrave. Në qoftë se prodhimi rritet në të njejtin përpjestim me numrin e popullësisë, atëherë nuk do të veprojë ligji i të ardhurave zbritëse dhe paga reale për puntorë do të mbetet konstante. Kjo situatë do të vazhdojë të jetë e tillë derisa një shpikës të gjejë një metodë të re për të prodhuar në një orë atë që më parë prodhohej, për shembull, në dy orë. Kjo padyshim do të rriste prodhimin për frymë të popullësisë. Një përmisim i balancuar në produktivitetin e punës mund t'i lërë raportet e çmimeve të pandryshuara, por ai mund të dyfishojë pagën reale. Në një botë të tillë ku sundon teoria e percaktimit të vleresë nga puna shpikjet e reja mund të çojnë në rritjen e pagave dhe të shpejtojnë ritmet e rritjes ekonomike.

Por kjo epokë e re e "artë" nuk mund të vazhdojë për shumë kohë. Në kushtet kur toka popullohet plotësisht (nuk ka me toka të lira) rritja e balancuar e tokës dhe e punës së bashku me prodhimin është e pa mundur. Toka si një faktor kryesor i prodhimit bëhet një faktor i rrallë dhe me rritjen e popullsisë prodhimi mund të rritet më ngadalë. Punëtorë të rinjë shtohen (punojnë) në një siperfaqe toke të pandryshuar, rrjedhimisht çdo punëtor ka në dispozicion më pak për të punuar. Në këto kushte fillon të veprojë ligji i të ardhurave zbritëse. Rritja e raportit punë-tokë çojnë në uljen e pagës.

Firmat në E.SH.P. dhe biznesi i tyre

Në këtë temë do trajtojmë këto çështje:

1. *Firmat si organizma të prodhimit e të shërbimit shëndetësor dhe objektivat e saj.*
2. *Llojet e firmave. Avantazhet dhe disavantazhet e tyre.*
3. Rrugët e rritjes së kapitalit nga firmat.
4. Kontabiliteti i firmës. Bilanci dhe pasqyra e rezultatit financiar.

Çështja e parë

- ***Firmat si organizatore të prodhimit e të shërbimit shëndetësor dhe objektivat e saj.***
- Një ndër faktorët që dominon në skenën e ekonomisë së shëndetit është firma. Ajo përfaqëson një njësi bazë ekonomike që organizon dhe kordinon faktorin e prodhimit për të prodhuar TM + sh. shëndetësore të cilat i ofrojnë tek konsumatori n.p.m. tregut.

Pavarësisht nga veçoritë e tyre, të gjitha firmat ndeshen me të tilla probleme si:

1) Çfarë malli apo shërbimi prodhojnë dhe në çfarë sasie,
2) Çfarë teknologjie përdorim,
3) Çfarë faktorësh prodhimi konsumojnë dhe,
4) Çfarë strukture organizimi dhe drejtimi zgjedhim.

- Firmat udhëhiqen nga objektiva të caktuara të cilat duhen mbajtur parasysh për të vendosur për mënyrën e të sjellurit në treg.
- Qëllimi i krijimit dhe motivi kryesor i fy-imit të firmave është maksimizimi i fitimit.

Në funksion të këtij qëllimi final firmat mund të kenë edhe objektiva të tjera siç janë:

a) *rritja e shkallës së pjesëmarrjes në treg,*
b) *krijimi i një imazhi të mirë në fushën e punësimit, në/ruajtje e mjedisit nga mbetjet teknologjike,*
c) *të rrisin prestigjin e tyre në treg etj.*

- Por të gjitha këto janë në fx.të qëllimit kryesor, maksimizimit të fitimit. Firmat që nuk kanë si qëllim kryesor fitimin quhen organizata jo fitimprurëse.

- Të gjitha firmat janë të detyruara të llogarisin tregues të tillë si: ***të ardhura totale, kosto totale, fitimi, humbja.***
- *Lind pyetja:* ***Në ç`raport qëndron firma me tregun?***
- Në organizimin dhe kordinimin e aktiviteteve të shumta ekonomike të individëve, krahas firmave, një rol të rëndësishëm luan edhe tregu i lirë i cili kordinon planet e shitjes dhe të blerjes së subjekteve të ndryshme ekonomike.

- Cilido individ mund të organizojë prodhimin e TM+sh që konsumon duke blerë inpute dhe shërbime në shumë tregje individuale.
- P.sh. le të supozojmë se në spital është dëmtuar autovetura e drejtorit.
- Ka dy rrugë për ta riparuar. E para duke e çuar në një servis të specializuar, i cili kryen servisin duke blerë paisjet e nevojshme në treg.

- Dhe rruga e dytë duke, i blerë vetë paisjet e duhura në treg dhe duke ia organizuar vetë shërbimet e duhura autoveturës.
- Rruga e parë quhet kordinimi i firmës kurse rruga e dytë quhet kordinimi i tregut.
- ***Në të parën*** spitali paguan vetëm njëherë për të gjitha shërbimet e kryera prej saj, kurse ***në të dytën*** paguan pjesë-pjesë për blerjen e materialeve e pajisjeve, për të paguar xhenerikun, motoristin, llamarinistin, bojaxhiun, elektroautin etj.

- **Varianti I ka këto avantazhe:**

a) shërbimi kryhet më shpejt për shkak të brigadave të specializuara. Pa mbaruar një proces fillon tjetri;
b) kostoja e transaksioneve rezulton më e ulët pasi njësitë e servisit operojnë me çmim shumice pai blejnë me shumicë materiale e pajisje;
c) duke qenë të specializuar kryejnë shërbime me cilësi më të lartë dhe me kosto më të ulët;
d) kursejnë kohën e punën pasi nuk ka sorrollatje të administratorit të spitalit.

- **Varianti II:**

a) duke qenë proçese të ndryshme pune kërkon kontakte me profesionistë të ndryshëm;

b) duhet të vihesh në ndjekje të specialistëve të ndryshëm që punojnë të veçuar;

c) duhet të shkosh (administratori) në pika të ndryshme shitje me pakicë për të blerë materialet e paisjet e duhura që do t`i blesh me çmim pakice;

d) humbje në kohë e sorollatje të administratorit.

- Firmat spitalore private që kanë si qëllim final max. e fitimit, për të arritur këtë objektiv përpiqen t`i minimizojnë shpenzimet e tyre. Ata janë të interesuar që të zbatojnë ato variante që kanë kosto minimale, që janë realizuar me cilësi të lartë dhe në kohë sa më të shpejtë.
- Për çdo vendim që marrin dhe për çdo veprim që kryejnë drejtuesit e firmës dhe bordi i saj llogarisin më parë përfitimet imediate dhe perspektive.

- Analizën kosto-përfitime, riskun që kanë përpara dhe rrezikun e dështimit e falimentimit, ato i kanë gjithnjë parasysh.
- Për çdo rast, midis varianteve e arsyetimeve të shumta, ata zgjedhin atë më oportunist që i koston më pak, që i siguron më shumë fitime dhe që ia forcon më mirë pozitat konkuruese në treg.

Çështja II

Llojet e firmave. Avantazhet dhe disavantazhet e tyre

- Firmat mund të klasifikohen në mënyra të ndryshme duke u nisur nga kritere të ndryshme.
- Një mënyrë është t`i klasifikosh sipas natyrës së produktit që prodhojnë apo shërbimit që realizojnë.

- Kështu firmat që prodhojnë të njëjtin produkt ose produkte të ngjashme krijojnë një degë të caktuar p.sh. dega farmaceutike, spitalet e profilizuara (kirurgjik, onkologjik, psikiatrik, senatoriumet etj).

- Një specializim i tillë mbart mundësira të mëdha për të përfituar TM+sh.sh të një cilësie më të lartë pasi mund t`i organizojnë më mirë kërkimet shkencore.

- Një klasifikim i tillë i shërbimit spitalor që theksuam më lart është sipas llojit të shërbimit shëndetësor që ofron. Spitalet prodhojnë shëndet, prodhojnë energji, rehabilitojnë dëmtimet e pësuara.

- Një klasifikim tjetër është sipas grupmoshave duke veçuar spitalin Pediatrik i cili ofron kujdes shëndetësor për një pjesë të veçantë të popullatës që janë fëmijët.

- Një mënyrë tjetër për t`i klasifikuar firmat është duke u nisur nga kriteri ligjor i organizimit të tyre i cili ka në themel pronësinë. Në këtë kuadër në shërbimin shëndetësor dallojmë:

a) *Shërbimin shtetëror,*

b) Privat.

- ***Në shërbimin privat*** për nga mënyra e pronësisë kemi 3 lloje firmash:

1. firmat individuale,
2. firmat me ortakë,
3. korporatat aksionare.

- Forma e organizimit që zgjedh një firmë, përgjithësisht përcaktohet nga:

a) forma e pronësisë;
b) struktura e drejtimit të saj;
c) mënyra e pagesës për faktorët e prodhimit.

Firmat individuale

- Janë firmat në pronësi të një individi dhe drejtohen prej tij. Kjo është forma më e thjeshtë dhe më e përgjithshme e organizimit të firmave. Në këtë rast pronari i firmës është përgjegjës për mbarëvajtjen e firmës dhe detyrimet e saj ndaj të tjerëve. Fillimisht këto lloj firmash e fillojnë aktivitetin e tyre në formën e një inisiative për të hapur një pikë servisi, një farmaci, një klinikë, një dyqan të thjeshtë apo një restorant.

Firmat individuale kanë një seri avantazhesh siç janë:

1) Struktura drejtuese është e thjeshtë;
2) Pronari i firmës i merr vetë të gjitha vendimet lidhur me sasinë e prodhimeve dhe shërbimeve shëndetësore që do të realizojë;
3) Teknikën e teknologjisë që do të përdorë;
4) Nr. e punonjësve e specialistëve që do të pajtojë në punë dhe pagën që do u paguaj;
5) Shpenzimet që do të bëjë.

Disavantazhet e firmave individuale

- Firmat individuale përveç avantazheve që përmendëm më lart, kanë edhe një sërë disavantazhesh në krahasim me llojet e tjera të firmave.
- Ndër to si më kryesoret veçojmë **së pari** përgjegjësia e pakufizuar financiare deri në masën e sekuestrimit të krejt pasurisë së tundshme e të patundshme n.q.s. falimenton dhe nuk shlyen detyrimet ndaj të tjerëve.

- Së dyti burimet e financimit të investimeve për zgjerimin e aktivitetit prodhues dhe të sferës së shërbimeve shëndetësore si edhe burimet e huamarrjes i ka të kufizuara.

- Bankat dhe institucionet e tjera financiare nuk ia hapin kollaj dritën jeshile kur ndodhen në vështirësi financiare për para, kur u janë grumbulluar fatura të pa likuiduara dhe u janë akumuluar borxhe etj.

- Së treti pjesa më e madhe e firmave individuale nuk arrijnë t`i bëjnë ballë konkurencës së ashpër që u bëjnë kompanitë e mëdha.

- Disa falimentojnë disa të tjerë largohen "me kohë të mirë" (pa u dëmtuar shumë financiarisht) nga biznesi dhe vetëm një pjesë e vogël e tyre arrin ti bëjë ballë me sukses konkurrencës dhe të ngjitë shkallët drejt formave më të larta të organizimit të firmave që janë korporatat e mëdha të prodhimit dhe shërbimit shëndetësor.

Firmat me ortakë

- Një mënyrë tjetër e organizimit të firmave janë firmat me ortakë. Zakonisht këto firma krijohen mbi bazën e marrëveshjeve të lidhura midis 2 ose më shumë pronarëve ku secili bie dakort që të kontribojë me një pjesë të punës dhe të kapitalit të tij në firmë, të marrë pjesën e fitimit që i takon dhe të mbajë përgjegjësinë që i përket në humbjet apo detyrimet e firmës.

Avantazhet e shoqërive me ortakë në krahasim me firmat individuale

- ***Së pari*** të bashkuar kanë mundësira më të mëdha të përballojnë konkurencën dhe të sigurimeve kapitale për zgjerimin e prodhimeve dhe shërbimeve shëndetësore.
- ***Së dyti*** kanë mundësira më të mëdha e janë më të besueshëm për të siguruar hua nga bankat duke lënë si garanci bankare pasurinë personale të gjithë ortakëve.
- ***Së treti*** kanë aftësi drejtuese e organizuese më të lartë pasi egziston mundësia e specializimeve të ortakëve në funksione të caktuara drejtuese.

- **Disavantazhet e shoqërive me ortakë në krahasim me firmat individuale kosistojnë:**
- ***Së pari*** përgjegjësia e pakufizuar e çdo ortaku i cili përgjigjet me gjithë pasurinë e tij për gjithë detyrimet e firmës kur ortakët e tjerë ja kanë mbathur. Pra përgjigjet edhe për të tjerët.
- ***Së dyti*** vendimet në firmat me ortakë merren me shumë vështirësi pasi duhet marrë pëlqimi i të gjithë ortakëve, numri i të cilëve është i pakufizuar.
- ***Së treti*** shpërbërja e firmës kur largohet apo vdes një nga ortakët dhe rindërtimi i saj me kontratë të re noteriale.

- Disavantazhet e mësipërme kanë bërë që kjo formë të jetë më pak e përhapur. Përhapje të gjerë ajo ka gjetur në tregtinë me pakicë të shërbimit farmaceutik, në fusha të tjera të mjekësisë, në avokati, bujqësi etj në të cilat ortakët kanë bashkuar punën e tyre, kapitalet dhe objektet e tjera që disponojnë për të përballuar konkurencën dhe periudhat intensive të punës.

Korporatat ose shoqëritë aksionere

- Janë të ngritura me kapital aksionar, pra të krijuara nga shitja e aksioneve. Ato nuk janë aq të shumta në numër si 2 format e para por janë shumë të fuqishme për nga kapitali që zotërojnë, për nga numri i punëtorëve të angazhuar në to si edhe për nga pushteti ekonomik dhe politik që kanë.

- Aksionet janë letra me vlerë që vërtetojnë një titull pronësie, një investim që ka bërë pronari i saj në shoqërinë aksionare gjë që i jeptë drejtën atij të marrë pjesën që i takon në shpërndarjen e të ardhurave në përputhje me vlerën nominale të aksionit. Të ardhurat që merren nga aksioni quhen **divident**.
- Mbajtësit e aksioneve janë bashkëpronarë të sh.a. por ndryshe nga firmat me ortakë ato kanë përgjegjësi të kufizuara.

- Pra nëse sh.a. falimenton e shumta që mund të humbasë aksioneri është vlera e aksionit. Aksionerët nuk janë të detyruar të angazhohen fizikisht në administrimin e punëve të sh.a. Ata zgjedhin këshillin drejtues administrativ dhe presidentin e sh.a. të cilët përballojnë punët.
- P.sh. për ndërtimin e një spitali modern privat kërkohen 10mln $. Kjo shumë ndahet në 10.000 aksione që i takon 1.000$/1aksion. Fillimisht aksionet shiten me vlerën nominale 1.000$ që është vlera fillestare. Me ndërtimin dhe administrimin e sh.a. nuk merren të gjithë aksionerët. Shumë prej tyre mbase jetojnë në vende ose shtete të tjerë larg spitalit.

- Kontrolli mbi sh.a.realizohet duke patur si zotërim paketën kontrolluese të aksioneve, e cila përfaqëson atë minimum aksionesh që të jep të drejtën të sundosh. Për zotërimin e kësaj pakete zhvillohet një luftë e ashpër konkurence pasi ajo të jep mundësinë që me 20,15 apo dhe 10% të aksioneve të bëhesh zot i një kapitali disa herë më të madh.
- Ndryshe nga paratë e depozituar në bankë, të cilat mund t`i tërheqësh kur të duash, paratë e investimeve në sh.a., duke blerë aksione nuk mund t`i tërheqësh pasi ato janë materizuar. Por aksionet mund të shiten dhe blihen lirisht në tregun e letrave/me vlerë, në burs. Shitja e tyre nuk bëhet me vlerën nominale por me çmimin e aksionit, i cili përcaktohet nga raporti **divident**. Pra sa më i lartë të jetë dividenti dhe sa më i ulët të jetë niveli i interesit bankar për depozitat, aq më i lartë do të jetë kursi i aksionit.

- Mbajtësi i aksionit mund të sigurojë të ardhura shtesë n.q.s. e shet aksionin me një cmim më të lartë se vlera nominale e tij, por edhe mund të humbasë n.q.s. e shet me cmim me të ulët. Çmimi i aksionit në bursë ndryshon vazhdimisht, bile me orë e me minuta. Dhe kjo ndodh për shkak të spekullimeve që bëjnë "ujqit e bursës".
- Sh.a. dallohen për efektivitet të lartë ekonomik pasi duke patur në zotërim kapitale shumë të mëdha për të menazhuar e administruar, kanë edhe mundësira të mëdha që janë shumë fitimprurëse; mundësira këto që nuk i kanë firmat individuale apo firmat me ortakë.

Disavantazhet e shoqërive aksionare.

- Sh.a. kanë një sërë disavantazhesh në krahasim me firmat me ortakë dhe firmat individuale. Duke patur kapitale shumë të mëdha, zotëruesit e sh.a. nuk janë në gjendje në çdo kohë të ushtrojnë kontroll të plotë mbi operacionet financiare dhe financiare dhe tregtare të krejt sh.a. të një kompleksi spitalor.
- Kështu për të nxjerrë konkluzione të plota për aktivitetin ekonomik e financiar të një kompleksi spitalor dhe për të marrë vendimet e duhura duhen së paku 3 muaj (sa është koha për hartimin e një bilanci financiar). Kurse aktivitetin ekonomik e financiar të një klinike mund ta kontrollosh në fund të çdo dite-pune.

- Nga ana tjetër një mjek mund ta transferojë lehtësisht klinikën e tij atje klientelën e ka më të madhe dhe fitimet më të larta. Pra ai e merr lehtë kthesën për ta transferuar kapitalin e tij atje ku dëhiron. Kurse një kompleks spitalor e merr me vështirësi kthesën për t`i transferuar kapitalet e tij në vende të tjera ku kërkesat për shërbime spitalore janë më të mëdha dhe fitimet janë më të larta. Pra kur konjukturat e tregut për shërbimin spitalor nuk janë të favorshme apo keqësohen, komplekset spitalore nuk mund ta transferojnë aktivitetin e tyre siç mund të bëjnë mjekët me klinikat e vogla private.
- Një disavantazh tjetër që kanë kompanitë aksionere spitalore në krahasim me klinikat e vogla është se ndaj tyre aplikohet një sistem i dyfishtë taksash.

- Sh.a. përveç përpjekjeve për të mos deklaruar fitimin e vërtetë, përpiqen të deperqëndrojnë kapitalin e madh aksionar në kompani të vogla aksionare pasi kështu jo vetëm që paguajnë më pak taksa në nivel absolut, por edhe i bën më të manovrueshme dhe fleksibël këto firma ndaj ndryshimeve që ndodhin në konjukturat e tregut, i bën më të transferueshme kapitalet e tyre atje ku fitimet janë më të larta.

- Në shërbimin shëndetësor privat sot në botë vihet re prirja drejt njësive prodhuese dhe atyre të shërbimeve me një personel të vogël në numër por me një kualifikim tepër të lartë dhe që punojnë me aparatura e paisje nga më cilësoret.

Çështja III

Rrugët e rritjes së kapitalit nga firmat

- Firmat individuale dhe ato me ortakë janë të interesuara t`i rrisin përmasat e kapitaleve të tyre pasi kështu do të mund t`i rrisin fitimet e tyre dhe do të jenë më të aftë të përballojnë konkurencën me korporatat aksionare. Këtë ata mund ta realizojnë duke marrë hua nga miqtë ose nga bankat. Por këto burime ato i kanë të kufizuara pasi risku i moskthimit të parave te ato është i lartë për shkak të vështirësive të shumta financiare që i krijohen (u grumbullohen shumë fatura të palikuiduara dhe nuk kanë aftësi paguese).

- Kurse korporatat e mëdha aksionare kanë avantazhe dhe përparësi në këtë drejtim. Ato mund të sigurojnë burime financiare si të brendshme ashtu edhe të jashtme.

  Si burime të brendshme shërbejnë:
- 1)Pjesa e fitimit të pashpërndarë që rifutet në biznes;
- 2)Fondi i amortizimit për sa kohë që nuk përdoret.

Kurse si burime të jashtme shërbejnë:

- 1)Shitja e obligacioneve;
- 2)Emërtimi dhe shitja e aksioneve;
- 3)Marrja e kredive nga bankat.

Le t`i sqarojmë shkurtimisht burimet e jashtme.

Obligacionet

- Janë letra me vlerë që i sjellin mbajtësit të tij të ardhura të përvitshme në bazë të përqindjeve fikse të caktuara më parë. Obligacioni përbën një detyrim afatgjatë 10-15 vjeçarë për korporatën. Kështu p.sh. blerësi i obligacionit paguan në momentin e blerjes, ta zëmë, 1.000$ për obligacionin. N.q.s. norma e interesit për obligacion do jetë 15%, atëherë çdo vit, zotëruesi i tij do të marrë të ardhura në formën e interesit për 150$. Kurse në fund të maturimit do marrë shumën e investuar prej 1.000$.

- Obligacionet emetohen dhe shiten si nga shteti, ashtu edhe nga kompanitë e mëdha aksionere.
- Krahas obligacioneve të zakonshme ekzistojnë edhe obligacione të konvertueshme, të cilat dallohen nga obligacionet e zakonshme sepse ato mund të këmbehen me aksione, para datës së konvertimit, sipas një norme të caktuar p.sh. 1 obligacion = 10 aksione.

- N.q.s. perspektiva e korporatës është e favorshme mbajtësi i obligacionit të konvertueshëm mund të këmbejë atë me aksione dhe të bën bashkëpronar në korporatë.
- Në të kundërtën n.q.s. korporata nuk ka perspektivë të mirë mbajtësi i obligacionit të konvertueshëm mund të presë maturimin e tij dhe të marrë investimin fillestar dhe interesin.
- Këto lloj obligacionesh zakonisht kanë një normë interesi më të ulët se ajo e obligacionit të zakonshëm pasi mbajtësi i tyre ka mundësinë e konvertueshmërisë.

- **2) Emërtimi i aksioneve**
- Një rrugë tjetër kryesore për të siguruar burime të jashtme financiare siç e theksuam më lart, është edhe emetimi i aksioneve. Ekzistojnë 3 lloje aksionesh:
- a)të zakonshme;
- b)të preferuara dhe
- c)të konvertueshme.

- **a) Aksioni i zakonshëm** i jep të drejtën mbajtësit të tij të jetë bashkëpronar i korporatës dhe të marrë pjesën që i takon nga shpërndarja e të ardhurave në formën e dividentit. Madhësia e dividentit varet nga fitimi i korporatës. Nëse fitimi është zero, atëherë zero do të jetë dhe dividenti.

- **b) Aksionet e preferuara.** Zakonisht këto lloj aksionesh janë më shumë të ngjashme me obligacionet se sa me aksionet e zakonshme. Mbajtësit e tyre kanë të drejtë të përfitojnë një normë interesi fikse dhe nuk mund të kërkojnë rritjen e saj n.q.s. korporata ecën mirë. Në radhën e pagesës së interesit, mbajtësit e aksioneve të preferuara qëndrojnë përpara mbajtësve të aksioneve të zakonshme, por pas mbajtësve të obligacioneve.

- **c) Aksionet e konvertueshme** janë të ngjashme me obligacionet dhe aksionet e preferuara përsa i përket mënyrës së pagesës së interesit. Edhe për këto lloj aksionesh norma e interesit është fikse. Por mbajtësit e aksioneve të konvertueshme, në dallim nga mbajtësit e aksioneve të dy llojeve të tjera, kanë të drejtën për t`i konvertuar ato në aksione të zakonshme në një datë të caktuar.

- **3) Marrja e kredive bankare.** Një rrugë tjetër e rëndësishme për të siguruar burime të jashtme financiare për rritjen e kapitalit të saj për korporatën është marrja e kredisë bankare e cila përbën një hua që sigurohet me marrëveshje midis korporatës dhe bankës. Ajo dallohet nga obligacioni sepse **së pari** ajo jepet për periudha afatshkurtra dhe maturohet për disa muaj ose disa vjet. **Së dyti** norma e interesit bankar është e luhatshme, lëviz sipas kërkesës dhe ofertës.

- Krahas, burimeve financiare të brendshme e të jashtme, një rrugë tjetër e rritjes së kapitalit për firmat është dhe **shkrirja, bashkimi apo gllabërimi i firmave.** Kështu duke u bashkuar disa firma në një firmë të vetme ose duke nënshtruar e gllabëruar firmat e vogla nga një firmë më e madhe, rritet kapitali i firmës dhe mundësia për të realizuar fitime më të mëdha.

Format kryesore përmes të cilave realizohen gllabërimet ose bashkimet e firmave janë:

- **Bashkimi vertikal** që ndodh kur bashkohen 2 ose më shumë firma të një dege që realizojnë stade të ndryshme të procesit të prodhimit.
- **Bashkimi horizontal**, ndodh kur bashkohen 2 e më shumë firma që prodhojnë të njëjtin produkt ose shërbim ose që realizojnë stade të ngjashme të procesit të prodhimit.
- **Bashkimi i firmave** aktivitetet e të cilave nuk lidhen drejtpërdrejtë me njëri-tjetrin duke formuar **konglomerate**

Çështja IV

- Kontabiliteti i firmës.
- Bilanci dhe pasqyra e rezultatit financiar

- Firmat e kanë të domosdoshme mbajtjen e kontabilitetit (KTBL) jo vetëm si burim informacioni për blerësit e mundshëm të aksioneve dhe obligacioneve të saj, por edhe si instrument i rëndësishëm për të ndihmuar drejtuesit e firmave për marrjen e vendimeve dhe për njohjen e ecurisë së biznesit dhe vlerës së tij. Firmave u duhet të mbajnë kontabilitetin edhe për shkak të detyrimit për të paguar taksat.
- Dokumentet më të rëndësishme të kontabilitetit janë dy: E para **bilanci** dhe e dyta **pasqyra e rezultatit financiar.** Le t`i shpjegojmë shkurtimisht pasi në mënyrë të hollësishme ato analizohen në lëndën e kontabilitetit.

- **Bilanci i firmës** paraqet gjendjen financiare të saj në një moment të dhënë kohe. Kurse **pasqyra e rezultatit financiar** përmbledh transaksionet e firmës gjatë një kohe të dhënë. Në këtë pasqyrë regjistrohet rrjedha e të ardhurave, e kostove dhe diferenca midis tyre (fitimi ose humbja për periudhën përkatëse).
- Bilanci i firmës ka 2 anë, **aktivin** që paraqet mjetet që janë në përdorim të firmës dhe **pasivin** që paraqet burimet e këtyre mjeteve, pra detyrimet që ka firma ndaj të tretëve si edhe

- Diferenca midis **aktivit** dhe **burimeve jo të veta të firmës (detyrimet e saj ndaj të tretëve)** përbën vlerën neto.
- **Parim themelor i bilancit të firmës është barazia e aktivit,** që shënohet në të majtë të bilancit, **me pasivin** që shënohet në të djathtë të tij.
- **Le të paraqesim një shembull bilanci për një firmë që prodhon këpucë.** Barazimi i dy anëve të bilancit nuk do të thotë se çdo zë i aktivit apo çdo element i tij është i barabartë me çdo element të pasivit.
- Rëndësi ka mënyra e llogaritjes së zërave të veçantë të bilancit dhe e paraqitjes së tyre në të, për të siguruar që kontabiliteti të jetë unik, i qartë dhe i kuptueshëm.

Aktivi	**Pasivi**
Mjete qarkulluese (xhiruese) - Para 20.000 - Inventare 80.000	Detyrime korente - Pagesa për t`u kryer 20.000 - Detyrime rrjedhëse 30.000
Mjete tëfiksuara (themelore) - Paisje 150.000 - Ndërtesa 100.000	Detyrime afatgjata - Obligacione 100.000 - Kapitali (vlera në to e firmës) 200.000
Totali 350.000	**Totali 350.000**

- **Dokumenti II i renditjes së kontabilitetit të firmës** siç theksuam më lart është: **Pasqyra e rezultatit financiar**, që tregon se çfarë ndodh gjatë një periudhe kohe p.sh. gjatë 1 viti, me të ardhura dhe shpenzimet e firmës. Le ta shikojmë këtë përmes një paraqitje të thjeshtë që na jepet në pasqyrën e mëposhtme, ku shprehet rezultati financiar i një firme që prodhon kompjutera për periudhën Janar-

Të ardhurat (2.185) vijnë nga shitjet, qeratë dhe shërbimet, dhurimet, grantet.

1. Të ardhurat	2.185
a) nga shitjet	1.693
b) nga qeratë dhe shërbimet	492
2. Minus kostot	1.924
a) kostot, përjashtuar zërat e mëposhtëm	9.77
b) Amortizimi	140
c) kostot e shitjes dhe ato administrative	619
d) shpenzimet për kërkim-zhvillim	161
e) interesi neto	27
3) Fitimi para taksës (1-2)	261
4) Minus taksën mbi të ardhurat	51
5) Fitimi neto (3-4)	210
a) Dividenti	15
b) Fillimi i pashpërndarë	195

- P.sh. n.q.s. një investitor zotëron një kapital prej 3.000$ dhe blen një klinikë që kap vlerën 10.000$ atëherë detyrimi ndaj të tretëve është 7.000$ kurse kapitali neto i pronarit të klinikës është 3.000$.
- Diferenca midis aktivit dhe burimeve jo të veta të firmës (detyrimet ndaj të tretëve) përbën vlerën neto të saj, e ciala për një korporatë merr formën e aksioneve.
- Parimi themelor i bilancit të firmës është barazia e aktivit që shënohet në të majtë të bilancit, me pasivin që shënohet në të djathtë të tij. Ky barazim ose ky ekuacion kontabël, pasqyron marrdhënie që ekzistojnë në strukturën e bilancit midis aktivit dhe pasivit d.m.th. detyrime dhe kapitalit të pronarit. Në formë të thjeshtuar ekuacioni kontabël vë më mirë në dukje interesat e pronarëve ose investimet e tyre si më poshtë: Aktivët (mjetet) = kapitalin e vet.

- Barazimi i dy anëve të bilancit nuk do të thotë se çdo zë i aktivit apo çdo element i tij është i barabartë me çdo element të pasivit. Rëndësi ka mënyra e llogaritjes së zërave të veçantë të bilancit dhe paraqitjes së tyre në të për të siguruar që kontabiliteti të jetë unik, i qartë dhe i kuptueshëm. Le të supozojmë si më

Nga pasqyra e bilancit të mëposhtëm shikojmë që Aktivi përbëhet nga:

- **1. Mjetet xhiruese ose qarkulluese** në të cilën bëjnë pjesë:
  a) paratë,
  b) inventaret;
- **2. Mjete themelore ose të fiksuara** ku futet vlera e paisjeve dhe ndërtesave.

- Paratë mund t`i kesh si para-kesh dhe si para-llogari. Kurse tek inventaret përfshihet vlera e produkteve që është gati për shitje, vlera e materialeve dhe e paisjeve që do të përdoret në prodhim etj.
- Në shërbimin spitalor ku ofrohen më tepër shërbime, vlera e inventarit është më e vogël se në bizneset e tjera.

- **Pasivi i bilancit** siç shikojmë nga tabela përbëhet nga:
- **1)Detyrimet korente** ku futen pagesat për tu kryer dhe detyrimet rrjedhëse (llogari për tu paguar).
- **2)Detyrimet afat-gjata** ku futen pagesat periodike (obligacionet) borxhet e ndryshme etj.
- **3)Kapitali neto i firmës** ku futet fillimi i mbajtur i pashpërndarë, kontributi i pronarëve.

- Dokumenti II i rëndësishëm i kontabilitetit të firmës, siç e theksuam edhe më lart është **pasqyra e rezultatit financiar** që tregon se çfarë ndodh me të ardhmen dhe shpenzimet e firmës gjatë 1 viti. Të ardhurat e firmës (2185) vijnë nga **shitjet**, qeratë, shërbimet, dhurimet, Gruntet etj. Në shërbimin spitalor të ardhurat vijnë kryesisht nga pagesat për shërbime që klientët bëjnë në spital për shërbimet e kryera kundrejt tarifave përkatëse. TA – kostot = fitimi.

  Fitimi – taksat – Fitimi neto ku bën pjesë:
- **a)Dividenti;**
- **b)Fitimi i pashpërndarë.**

TEMA 9

PRODHIMIT NË SHËNDETËSI DHE FUNKSIONET E TIJ. CILËSIA DHE RRUGËT E PËRSOSJES SË TIJ NË SHËRBIM

FUNKSIONI I PRODHIMIT. DISA KONCEPTE KRYESORE TË PRODHIMIT.

Studimi dhe analiza e firmës në vetvete fillon me analizën e prodhimit pasi ky është ai që transformon burimet prodhuese në mallra dhe shërbime. Këtij qëllimi i kushtohet kjo temë që fillon me analizën në shëndetësi.

Prodhimi është një proçes me anën e të cilit inputet transformohen në të mira dhe shërbime nëpërmjet një metode të caktuar teknologjike që kërkon kombinime të caktuara të inputeve. **Inputet** janë: puna, kapitali, toka, burimet natyrore dhe aftësitë sipërmarrëse të cilat kombinohen në proçesin e prodhimit për të prodhuar një produkt. Lidhja midis inputeve të përdorura dhe sasisë së prodhimit të përfituar jepet me anën e funksionit të prodhimit.
Dihet që midis sasisë së inputeve të harxhuara dhe sasisë së prodhimit të realizuar (**autputit**) ekziston një lidhje e drejtpërdrejtë: sa më shumë inpute të harxhohen në shëndetësi pra më shumë punë sa më shumë paisje e medikamente (të përdorura me efiçencë) dhe sa më shumë shtretër të përdorur, aq më e madhe do të jetë sasia e shërbimeve që do realizohen. Po kështu në sektorin farmaceutik dhe në atë të prodhimit të paisjeve riaftësuese sa më të mëdha të jenë inputet që hyjnë në prodhim, aq më të mëdha do të jenë autputet që dalin prej tij. Kjo lidhje midis sasisë së inputeve të përdorura dhe sasisë së inputeve të përdorura dhe sasisë së autputeve të realizuara jepet me anën e funksionit të prodhimit.
Funksioni i prodhimit shpreh një lidhje funksionale midis kombinimeve të sasisë së inputeve të përdorura në proçesin e prodhimit dhe sasisë maksimale të prodhimit të arritshëm nga ky kombinim, në një nivel të dhënë teknologjie. Në mënyrë algjebrike, ai shprehet:

$$\mathbf{Q = f\ (K, L)},$$

duke supozuar se firma në këtë rast ka përdorur vetëm dy inpute: punën (L) dhe kapitalin (K). K tregon se inputi kapital është i fiksuar në periudha afat shkurtra kurse L është input variabël.
Periudha afatshkurtra është një periudhë e prodhimit gjatë së cilës të paktën njëri nga faktoret e prodhimit është i fiksuar. **Në periudha afatgjata** të gjithë faktorët e prodhimit janë të ndryshueshëm. **Input i fiksuar** është ai input sasia e të cilit nuk nuk ndryshon në periudha afat shkurtra. **Input variabel** është ai input sasia e të cilit mund të ndryshojë në periudha afat shkurtra. Sasia e produktit të prodhuar nga një kombinim i inputit variabël pune (L) dhe inputit të fiksuar kapital (K) quhet **produkt total** ose produkti total fizik.
Firmat shpesh herë janë të interesuara të dinë se çfarë do të ndodhë me produktin total nqs rritet me një njësi inputi variabël punë. Për këtë përdoret treguesi tjetër i prodhimit: **Produkti marxhinal fizik** (MPP), e cila paraqet ndryshimin në produktin total që rezulton nga një ndryshim me një njësi të sasisë së punës duke, e mbajtur madhësinë e kapitalit konstant. Produkti marxhinal llogaritet: $MPP = \Delta TP / \Delta L$.

Këto definicione apo këto raporte ekonomike, në gjuhën e ekonomisë së shëndetit "përkthehen" **si raporte midis sasisë së inputeve (d.m.th.) personelit shëndetësor, paisjeve shëndetësore, fondeve monetare, medikamenteve etj.** që ofrojnë firmat që gjenerojnë shëndet (spitalet, klinikat etj) nga njëra anë dhe objektivit madhor për të patur një nivel të kënaqshëm shëndeti apo një rritje të nivelit mesatar të jetës (p.sh. në kufijtë e 75 vjetëve) nga ana tjetër.
Firmat dhe Institucionet e Shëndetit Publik kanë si objektiv parësor shëndetin dhe ruajtjen e tij. Ato prodhojnë shëndet, energji, dhe medikamente për ruajtjen e tyre. Objektivat e prodhimit shëndetësor, të analizuara për një periudhë afat gjatë kohore, janë më të mëdha në krahasim me ato afatshkurtër pasi në periudhat afatgjata mund të ndërmerren studime më efiçente dhe në një shkallë më të gjerë, mund të përdoret një teknikë e teknologji më e përsosur si edhe burime të tjera në një masë më të madhe sasiore e cilësore.
N.q.s. do të hedhim një vështrim historik mbi shtrirjen dhe ecurinë e sëmundjeve do të vërejmë ndryshime të mëdha**. Kështu në fillim të shek X vdekjet foshnjore ishin mjaft të larta.** Jeta ishte mjaft e shkurtër (37 vjeç) dhe vdekjet nga epidemitë ishin të zakonshme. Në këtë periudhë në krahasim me sot, numri i vdekjeve ishte shumë më i lartë dhe shkaku ishin kryesisht sëmundjet infektive si: pneumonitë, tifoja, turbekulozi, malarja, etj, sëmundje këto që sot hasen shumë rrallë. Në vend të tyre po zënë vend gjithnjë e më shumë sëmundjet kronike si ato të zemrës, tensionit, tumoret, diabeti, sëmundjet endokrine etj. Studiues të ndryshëm kanë argumentuar se në këtë ndryshim të natyrës së sëmundjes që ka çuar në këtë ulje të madhe të vdekshmërisë, arritjet në mjekësi kanë rëndësinë e tyre por ndryshimet sociale që kanë ndodhur në shoqëri kanë luajtur një rol më të madh se ndërhyrjet mjekësore. Disa nga masat e marra për kujdesin e shëndetit publik siç ishin uji i pastër dhe ajri i pandotur si edhe faktorë të tillë social e ambiental siç janë depistim i popullsisë, përmirësimi i ushqimit e banimit, rritja e përgjegjësisë e standartit të jetesës, të gjitha këto përbëjnë kontribuesit më sinjifikativ në arritjet e sotme në fushën e shëndetit.
Sot në përmirësimin e cilësisë së Shëndetit Publik dallohen 3 fusha prioritare, ku secila prej tyre ka nëndegët e saj përkatëse ose kontribuesit e saj:

- **Së pari,** promovimi i shëndetit: do të përfshihen faktorë të tillë siç janë:
  - Ushqimi i mirë cilësor dhe eleganca, që të sigurohen për të ardhmen;
  - Të sigurojë një aktivitet fizik i caktuar por jo të kalohet në teprim;
  - Ndalimi i duhanit dhe drogës;
  - Planifikimi familjar;
  - Evitimi i streseve.
- **Së dyti,** mbrojtja e shëndetit: përfshihen faktorë të tillë si:
  - Jetesa e mirë;
  - Ambienti i përshtatshëm, d.m.th. kushte të përshtatshme e jo të dëmshme në punë e në banesë;
  - Higjienë e lartë.
- **Së treti** shërbimet parandaluese: dallojmë:
  - Kujdesi për fëmijë të shëndetshëm;
  - Parandalimi i sëmundjeve të zemrës, tensionit, kancerit etj.;
  - Parandalimi i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme;
  - Imunizimi.

Klasa sociale. Ekziston një lidhje e fortë midis shëndetit dhe klasës sociale. Një klase të ulët i korrespondon një sëmundshmëri më e lartë dhe një vdekshmëri më e shpejtë, sepse ajo tregon një kujdes më të pakët për shëndetin higjienën dhe pastërtinë (p.sh. shtresa e romëve).

Statusi i punës. Një pjesë jo të vogël të jetës njeriu e kalon në punë dhe i nënshtorhet një lloji të caktuar pune duke mbartur edhe efektet specifike dëmtuese në shëndet. Të tilla përmendim p.sh. dëmtimet pulmonare tek minatorët, tipografët, metalurgët etj. Janë të njohura grupet e sëmundjeve që përfshihen në sëmundjet profesionale, që i shkakton statusi i punës.
Stili i jetës. Abuzimi me shëndetin, jeta e çrregullt, duhani, alkooli ndikojnë negativisht në shëndet.
Vendndodhja gjeografike. Ka të bëjë me zakonet e të jetuarit, kulturës, kujdesin shëndetësor, shërbimet përkatëse egzistuese etj. Kështu në vendet e thella pa infrastrukturën e nevojshme dhe shërbimin e duhur shëndetësor në vendet me zakone të prapambetura etj., ndikimi në shëndet është i ndjeshëm.
Për të jetuar një jetë të gjatë e të shëndetshme është e d.m.d. t`i adaptohesh një stili jete të shëndetshme dhe aktive. Në shërbimin shëndetësor cilësia është shëndet, është energji. **Cilësia e jetës përmblidhet në 3 dimensione të saj:** 1)Lëvizshmëri fizike; 2) Mirëqënie; 3) Shëndet.
Konkluzionet për cilësinë e jetës në një komunitet mund t`i nxjerrim nga përgjigjet e pyetësorit të mëposhtëm:

- **Pyetja nr. 1:** Lëvizshmëria e juaj është: e mirë, mesatare (mjaftueshëm), e kufizuar, shumë e vështirë?
- **Pyetja nr.2:** A ndiheni i lumtur: gjithnjë, shpesh, ndonjëherë, asnjëherë?
- **Pyetja nr. 3:** Shëndeti juaj është: i mirë, mesatar (mjaftueshëm) çka (jo keq)?

Ky pyetësor na lejon të përcaktojmë nivelin cilësor të shëndetit për grup individësh p.sh. individët që kanë lëvizshmëri të mirë, që janë gjithnjë të lumtur dhe gëzojnë shëndet të mirë. Ky nivel shëndeti apo kjo cilësi jete që gëzon ky grup individësh parapëlqehet nga e gjithë shoqëria. Në të kundërt cilësia e jetës është e keqe për atë grup individësh që kanë lëvizshmëri shumë të vështirë që nuk janë asnjëherë të lumtur dhe që kanë shëndet mediokër.
Rritja e cilësisë së kujdesit shëndetësor nënkupton një rritje në mekanizmat që veprojnë mbi shëndetin e popullatës të cilat synojnë rritjen e disa parametrave cilësorë të shërbimit shëndetësor siç janë:

- **Së pari.** Vendosjen në shërbimin spitalor të drejtuesve të aftë e me vizion të qartë për cilësinë dhe për përkushtimin ndaj pacientëve.
- **Së dyti.** Organizimin e punës me grupe që punojnë me stafe.
- **Së treti.** Drejtuesit e spitaleve të jenë të aftë të sigurojnë burime njerëzore e financiare për t`ju përgjigjur nevojave në rritje të shërbimit spitalor.

Në rritjen e cilësisë së kujdesit shëndetësor një rol gjithnjë më të madh po luan **shkenca me arritjet e saj e cila e ka çuar dhe po e çon njerëzimin drejt një jete sa më të mirë**. Por krahas saj në bashkëveprim me shkencën mjekësore ka luajtur rolin e saj edhe etika mjekësore që përmbledh në vetvete tërësinë e normave morale, rregullave dhe sjelljeve në kujdesin shëndetësor. Në themel të normave moralë qëndrojnë principet etike të cilat në ambientet mjekësore marrin forma konkrete. Të tilla janë:

- **Principi i bamirësisë** që qëndron në themel të etikës mjekësore. Sipas këtij principi në çdo ndërhyrje mjekësore të nisemi nga synimi për t`i bërë më të mirën të sëmurit.
- **Principi i moskeqbërës.** Sipas këtij principi nëse nuk arrin të përmirësosh gjendjen e të sëmurit gjatë ndërhyrjes mjekësore të paktën të mos e keqësosh atë. Keqësimi mund të vijë nga pakujdesia, neglizhenca apo inkopetenca profesionale. Por ay mund të jetë edhe i qëllimshëm.
- **Principi i autonomisë** që konsiston në respektimin e vullnetit të çdo individi për të marrë pjesë në vendimet që kanë të bëjnë me shëndetin e tij. Pra individi i sëmurë duhet të

informohet për gjendjen dhe ecurinë e sëmundjes së tij në mënyrë që pjesmarrja në vendim të jetë sa më e efektshme.

- **Principi i besueshmërisë.** Punonjësit shëndetësor duhet të jenë korrekt dhe të përkushtueshëm në ruajtjen e sekretit profesional dhe intimitetit.
- **Principi i shenjtërisë së jetës njerëzore** që është ndër principet më themelore të shëndetësisë. Kjo ka të bëjë me rastet kur ndërhyhet për jetën e njeriut.
- **Principi i drejtësisë,** hyn në skenë atëherë kur mjetet financiare të spitalit janë të kufizuara dhe duhet vendosur se cili pacient duhet çuar jashtë. Pra kërkohet drejtësi, të shpëtohet jeta e atij që është më e dobishme për shoqërinë, ose jeta e pacientit më të ri.

Nga sa thamë më sipër nxjerrim konkluzion se mjekësia duke patur si objekt formal trupin e njeriut, nuk mund të lërë mënjanë anën shpirtërore të tij. Çdo plagë, çdo dhimbje, çdo organ i sëmurë duhet shikuar në kontekstin e e përgjegjësisë të tërësisë së personit që bart këtë plagë ose këtë dhimbje, sepse në fund të fundit është ai protagonisti i diagnozës dhe i shërimit të tij.
Profesioni i infermierisë, siç vihet në dukje nga shumë studiues, qëndron në themelin e principeve të mësipërme të etikës mjekësore pasi në refleksionin tonë mbi këtë profesion do jetë në qendër të vëmendjes gjithmonë njeriu dhe vlerat që kanë të bëjnë d.p.d. me të. Është pikërisht njeriu ai që përbën burimin nga ku çdo diskutim etik ka piknisjen e tij dhe qëndrimi etik njerëzor nxjerr qëllimin e tij.

Ligji i të ardhurave marxhinale zbritëse. Të ardhurat e shkallës.

Nëse do të vazhdonim në të njëjtën logjikë me paragrafin e parë, mënyrat e ndryshme të sjelljeve të kurbave të TP, MP, dhe AP shpjegohen me veprimin e **ligjit të të ardhurave zbritëse**, i cili thekson se: Në qoftë se njësi të njepasnjeshme të një faktori variabël të prodhimit (në rastin tone puna) shtohet ndaj një sasie të dhënë të një faktori të fiksuar (në rastin tone kapitali), produkti marxhinal dhe mesatar i faktorit variabël eventualisht do te bjerë. Veprimi i këtij ligji shfaqet vetem në periudha afatshkurtra.
Shpesh firmat janë të interesuara të dinë se çfarë do të ndodhë me sasinë e prodhimit kur të gjitha inputet rriten në mënyrë proporcionale. Për këtë na **shërben koncepti i të ardhurave të shkallës**. Dallojmë:

- **Të ardhurat konstante të shkallës**, kur ndryshimet përpjestimore të të gjitha inputeve çojnë në një rritje të barabartë në produktin total.
- **Të ardhurat zbritëse të shkallës**, kur një rritje përpjestimore në të gjitha inputet çon në një rritje në përpjestim më të vogël në produktin total.
- **Të ardhurat rritëse të shkallës**, kur një rritje përpjestimore në të gjithe inputet çon në një rritje në përpjestim më të madh në produktin total.

PRODHIMI MARZHINAL DHE EFEKTIVITETI NË SHËRBIMIN SHËNDETËSOR

Kur flasim për **prodhimin** dhe **shërbimet** në shëndetin publik na lind pyetja: A mund të vlerësohen në para ato? A mund të matet vlera e autputeve në shëndetësi? Ose a mund të matet ndikimi i inputeve në autputet e përfituara? Pra a mund të matet saktë fx. i prodhimit në shëndetin publik? Këtyre pyetjeve është shumë vështirë t`i jepet përgjigje pasi shëndeti nuk është homogjen meqë ndërhyrjet në gjendjen shëndetësore mund të pakësojnë si **sëmundshmërinë** ashtu edhe **vdekshmërinë.** Në prodhimin farmaceutik apo në prodhimin e paisjeve riaftësuese, lidhja midis sasisë së inputeve të harxhuara dhe sasisë së prodhimit të realizuar ose autputit është një lidhje e d.p.d.. Sa më shumë inpute të futen në prodhim, aq më

shumë autpute do dalin prej tij. Po kështu në shërbimin spitalor, sa më shumë punë, sa më shumë kujdes për të sëmurin sa më shumë paisje apo medikamente (të përdorura me eficencë) dhe sa më shumë shtretër të përdorur, aq më të mëdha do të jenë shërbimet që do realizohen në shëndetin publik. Në madhësinë e prodhimit dallojmë 3 koncepte:

1. ***Prodhimin total***; shpreh sasinë e prodhuar të ilaçeve, paisjeve riaftësuese, protezave të këmbëve e duarve karrocave të paraplegjikëve etj. në një periudhë kohe të caktuar. E shënojmë me **PT**.
2. ***Prodhimin mesatar***: e shënojmë me **PX**. Shpreh prodhimin për njësi të faktorëve të përdorur p.sh. prodhimi për 1 punëtor apo për 1 orë pune, ose për makineri të përdorura. Ajo nxirret duke pjestuar PT me nr e punëtorëve apo sasinë e punës, ose me nr. e makinerive. Pra Pxe ndryshme nga PT/L. Ndryshe ky tregues quhet rendimenti për 1 punëtor ose për 1 orë punë ose 1 makineri.
3. **Prodhimi marzhinal** (Pma) shpreh shtesën e PT pra ΔPT përkundrejt shtesës së inputit L pra ΔL (shtesë e inputeve, punës së personelit,nr.shtretërve, aparaturave, materialeve të përdorura etj). ΔPT=PTn-1 kurse ΔL=Ln-Ln -1

Në kollonën e parë kemi supozuar si input variabël-njësinë e punës ose nr.e punëtorëve. Në kollonat II,III,IV kemi shënuar treguesit e PT, Px dhe PMa.

Siç shikojmë nga tabela me rritjen e nr. e punëtorëve nga 1 deri në 9 punt., PT vjen duke u rritur kurse në njësinë e fundit PT ulet nga +5 në -5. Pra shtesa e punëtorit të fundit është e dëmshme pasi lë pa punë punëtorin e nëntë. Në kollonën III shikojmë që PX ose rendim/puntor deri në njësinë IV vjen duke u rritur. Kurse pas kësaj njësie vjen duke u ulur. Pra njësia 4 e punës përbën pikën kthesë pas së cilës vepron liasi relativ i rendimentit zbritës që do të thotë që pas kësaj njësie çdo rritje në nr.e punëtorëve do të shoqërohet me ulje të produktivitetit të punës ose ulje të rendimentit/çdo punëtor.

Njësia e punës L	**Prodh. total fizik PT**	**Prodh. mesatar PX**	**Prodh. Marzh. Pma**
0 nuk punon njeri	0	0	0
1 punëtor	30 njësi	30 njësi	30 njësi
2	80	40	50
3	140	46.6	60
4	190	47.5	50
5	230	46	40
6	260	43.3	30
7	280	40	20
8	290	36.2	10
9	295	32.7	5
10	290	29	5

Ky është një sinjal për firmën që të mos krijojë brigada me më shumë se 4 punëtorë pasi ndryshe shkon drejt falimentimit. Në kollonën IV kemi paraqitur Pma. Kështu në njësinë e parë të punës 1 punëtor jep një PT=30 njësi që përfaqëson PMA. Nëse vazhdojmë të rrisim nr.e punëtorëve do të shikojmë se deri në njësinë e tretë, PMA rritet duke patur shtesën më të madhe me 60 njësi =(140-80)/(3-2).

Pra kooperimi me 3 punëtorë të organizuar në 1 brigadë ose në 1 staf jep Pma më të sukseshëm. Siç shihet nga tabela grupi i punës ose stafi me tre persona jep Pma më të lartë. Njësia III përbën pikën kthesë pas së cilës vepron ligji i marzhinalitetit zbritës ose i të ardhurave zbritëse. Kjo do të thotë që pas njësisë së tretë eficenca e prodhimit vjen duke rënë pasi shtesa e prodhimit dhe shtesa e të ardhurave për çdo njësi rritje të nr. të punëtorëve duke u ulur.
Shembuj të zbatimit të këtij ligji kemi më shumë fusha të jetës. P.sh. një mjek i shquar që bën vizita në spital dhe në klinikën e tij private, llogarit që në klinikën e tij të mos bëjë më shumë se 10 vizita. Ai e ka llogaritur mirë se deri tek pacienti i 10-të është i saktë e i kujdesshëm në ekzaminim. Tek pacienti i 11 fillon të ndihet lodhja dhe mbingarkesa, bie niveli i ekzaminimit dhe diagnostikimit. Një veprim i tillë do i sjellë dëm jo vetëm të sëmurit por edhe vetë mjekut pasi do sjellë humbjen e emrit të mirë si mjek i shquar dhe të klientelës që i largohet. Prandaj ai është rigoroz në zbatimin e kufirit cak të d.b.sh. që i sjellin atij përfitime ose dobi.
Shembuj të zbatimit të këtij ligji kemi edhe në arsim. Kështu produktiviteti i i orës I, II, III të orës së mësimit nuk është i njëjtë me atë të orës V dhe VI. Pra nëse koha nuk të ngut të përdoret racionaliteti. Pra të studiohet aq orë sa produktiviteti është maksimal
Ligji i marzhinalitetit zbritës të pikës kthesë përbën pikën kyçe të suksesit të një firme për të ardhmen, kur e zbaton drejt, ose e falimentimit të saj kur nuk e njeh apo kur e shkel me ndërhyrje nga tahmaqarrllëku i çastit.

Kostot në periudha afat shkurtra.

Një drejtues në sektorin e prodhimeve shëndetësore apo një drejtues spitali që synon të jetë i suksesshëm në luftën e konkurencës llogarit koston e prodhimit apo të shërbimit. Vetëm me kosto të ulët dhe cilësi të lartë ai mund të realizojë objektivat e tij. Në zgjedhjen e variantit më oportun ai niset kurdoherë nga treguesi i efektivitetit të prodhimit të shërbimit.
Llogaritjen e këtij treguesi ai e nis që në fazën e projektimit të një spitali apo klinike duke zgjedhur midis varinateve që i serviren, variantin që realizon më shumë shërbime dhe harxhon më pak burime, që siguron kosto më të ulët të prodhimit apo të shërbimit dhe.....

Faktorët që përdor firma në periudha afat shkurtra klasifikohen:
a. f*aktorë ose inpute fikse*: ato inpute madhësia e të cileve nuk ndryshon kur ndryshon madhësia e prodhimit.
b. f*aktorë ose inpute të ndryshueshme*: ato inpute madhësia e të cilëve ndryshon kur ndryshon madhësia e prodhimit.
Në përputhje me këtë klasifikim të inputeve, kostot e produktit klasifikohen:

- **Kosto fikse (FC**): shpenzimet monetare (shpenzimet për amortizimin, pagesat e interesit për kapitalin e marrë hua, pagesa për rentën etj) që bën firma për inputet fikse të prodhimit, të cilat nuk ndryshojnë me ndryshimin e prodhimit.
- **Kostot variable (VC):** shpenzimet qe ben firma per inpute te ndryshueshme te prodhimit (Pagat e puntorëve, shpenzimet për lëndët e para dhe materiale kryesore, energji elektrike etj), të cilat ndryshojnë kur ndryshon prodhimi.
- **Kosto totale (TC)** paraqet shpenzimet më të ulëta monetare që bën firma, të nevojshme për të prodhuar një nivel të caktuar të produktit. **TC = FC + VC.**

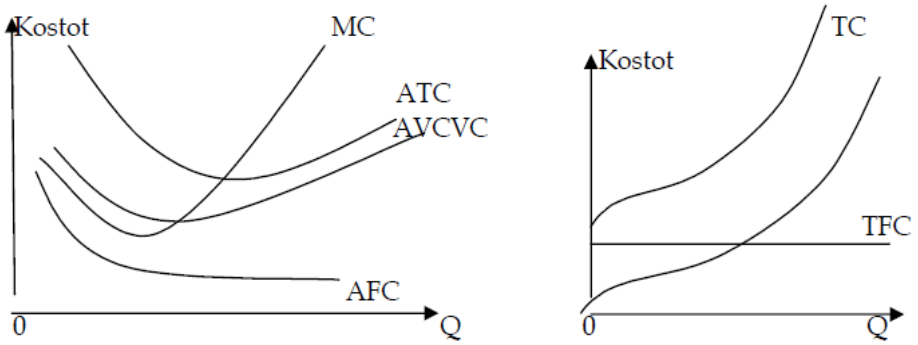
Kategoritë e kostove për një firmë që prodhon një produkt të caktuar duke përdorur vetëm dy inpute, punën dhe kapitalin, (i pari variabël, i dyti konstant), paraqiten në tabelën 2:

Kostot fikse mesatare, kosto variable mesatare dhe kosto totale mesatare përfitohen duke pjestuar përkatësisht kostot fikse, koston variable dhe koston totale me sasinë e produktit të prodhuar.
Duke u bazuar në të dhenat e tabelës 2 mund të bëjmë edhe paraqitjen grafike të të gjitha llojeve të kostove dhe përfitojmë kurbat e kostove përkatëse. Kurba e kostos totale mesatare dhe kurba e kostos variable mesatare kanë si karakteristikë se paraqiten në formën e gërmës **U** e cila nuk është një rastësi dhe shpjegohet me veprimin e **ligjit të të ardhurave zbritëse.** (Paraqitja grafike e kurbave përkatëse e bën të qartë lidhjen). Një koncept i rëndësishëm është ai i kostos marxhinale.
Kosto marxhinale (MC) paraqet ndryshimin në TC kur prodhimi ndryshon me një njësi. Pra: **MC= ΔTC / ΔQ.** Informacioni i marrë nga treguesi i MC është tepër i rëndësishëm për vendimet që duhet të marrë firma, përderisa ai mat shpenzimet që duhet të kryejë ose jo firma në rastin e prodhimit të njësisë së fundit të produktit.

Tabela 2: Kategoritë e ndryshme të kostove

Sasia e prodhimit Q	Kostot fikse FC	Kostot variable VC	Kosto totale TC	Kosto fikse mesatare AFC	Kosto variable mesatare AVC	Kosto tot. Mesatare ATC	Kosto marxhinale MC
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
0	100	0	100	-	-	-	-
1	100	90	190	100.00	90.00	190.00	90
2	100	170	270	50.00	85.00	135.00	80
3	100	240	340	33.33	80.00	113.33	70
4	100	300	400	2500	75.00	100.00	60
5	100	370	470	20.00	74.00	94.00	70
6	100	450	550	16.67	75.00	91.67	80
7	100	540	640	14.29	77.14	91.43	90
8	100	650	750	12.50	81.25	93.75	110
9	100	780	880	11.11	86.67	97.75	130
10	100	930	1030	10.00	93.00	103.00	150

N.q.se do ti paraqesim të gjitha kurbat e kostove në një grafik të vetëm do të vemë re se **pjesa rritëse e kurba e kostos marxhinale e pret kurbën e kostos totale mesatare dhe variable mesatare në pikat minimum të tyre. Kjo nuk është rastësi. Është kurba e kostos marxhinale ajo që përcakton sjelljen e kurbave të kostove mesatare.**



Kosto ekonomike (oportune).

Kontabilistët e firmës e llogarisin koston e një produkti me shumën e shpenzimeve monetare që duhen bërë (për lëndë të pare, punë, makineri, etj), të domosdoshme për të prodhuar këtë produkt. **Ekonomistët** kanë një koncept më të gjërë për koston duke përfshirë më shumë zera në kosto, pavarësisht nëse ato shprehin transaksione monetare apo jo monetare. *Kuptimi i kostos nga ekonomistët bazohet në sasinë e burimeve të përdorura dhe mundësive alternative të përdorimit të tyre.* Kostoja oportune e çdo burimi të zgjedhur për të prodhuar një produkt të caktuar është e barabartë me vlerën ose çmimin e tij në një përdorim më të mirë alternativ të mundshëm.

Në vartësi të faktit nëse firma faktorët e prodhimit i ble në treg ose i merr me qira apo janë pronë e saj, shpenzimet e firmës ndahen në:

- *Kostot eksplicite (kosto të shprehura),* që përfaqesojnë shpenzimet monetare që bën firma drejtpërdrejt në treg për blerjen e burimeve të prodhimit.
- *Kostot implicite (kosto të nenkuptuara),* lidhen me inputet që janë prone e firmës. Ato janë të barabarta me pagesat monetare që mund të merreshin nga përdorimi alternativ me i mirë i tyre.

Shuma e kostove eksplicite me kostot implicite na jep koston ekonomike ose oportune të cilën e llogarisin ekonomistët. Duke e llogaritur koston me metoda të ndryshme kontabilistët dhe ekonomistët llogarisin në mënyra të ndryshme edhe fitimin.

Fitimi kontabel = TR - Kosto eksplicite.

Fitimi ekonomik = TR - (kosto eksplicite + kosto implicite).

Fitimi ekonomik është më i vogël se fitimi kontabël dhe përfaqëson një të ardhur mbi fitimin normal.

Për një drejtues të aftë në sektorin shëndetësor, rënia e efiçiencës, e përdorimit të burimeve është sinjali që tregon se në këtë sektor duhen bërë ndryshime thelbësore në mënyrën e organizimit të punës, në teknikën dhe në teknologjinë e përdorur, në gjetjen e burimeve më të lira, për ti bërë më eficente prodhimet dhe shërbimet në fushën e shëndetit Publik.
Mundësitë për të rritur shkallën e efektivitetit të prodhimeve dhe shërbimeve në shëndetësi janë të mëdha në periudhat afatgjata kohore, pasi në këto periudha mund të bëhen ndryshime thelbësore në tërë strukturën e burimeve duke përdorur arritjet më të mira të shkencës dhe teknikës. Në kushtet e E.L.T. kërkohen prodhime dhe shërbime me efektivitet të lartë në shëndetin e popullatës, kërkohen medikamente, paisje dhe teknologji e lartë, të cilat garantojnë një cilësi më të lartë shëndeti. Që një drejtues i sektorit shëndetësor të jetë i suksesshëm në luftën e konkurrencës, më parë se të prodhojë apo më parë se të investojë në shëndetësi ai bën llogaritje të hollësishme për efektivitetin e shpenzimeve të tij duke e krahasuar atë me përfitimet që do i sjellë ky investim. Midis varianteve të shumta që i serviren që në fazën e projektimit dhe më pas në fazën e prodhimit ai zgjedh variantin me oportun, që i koston më lirë, që konsumon më pak burime dhe që garanton cilësi të lartë shëndeti.
Efektiviteti i prodhimit dhe i shërbimeve në sektorin shëndetësor nuk mund të matet dhe nuk mund të vlerësohet në vlerë monetare siç vlerësohet me prodhimet dhe shërbimet e tjera pasi mjekësia prodhon shëndet, prodhon energji, prodhon jetë apo sjell zgjatje të jetës. Në shëndetin dhe jetëgjatësinë e një popullate ndikojnë, krahas faktorëve ekonomikë edhe një sërë faktorësh të tjerë që i shpjeguam më lart. Por ne do ndalemi krejtësisht në faktorët ekonomik që janë objekt i lëndës sonë Ekonomi e Shëndetit Publik. Po t`i hedhim një vështrim shpenzimeve që bëjnë vendet e ndryshme në shëndetësi na rezulton fakti që sa më të larta të jenë shpenzimet e

bëra në fushën e shëndetit, aq më të larta do të jenë treguesit e shëndetit. Vende të ndryshme bëjnë shpenzime të ndryshme në shëndetësi, prandaj kanë edhe nivele të ndryshme të shëndetit. Në vitin 1990 shpenzimet totale vjetore për frymë varionin nga më pak se 10$/frymë në disa vende të Afrikës dhe Azisë, në 270 dollarë/frymë në SHBA.
Dihet që me rritjen e të ardhurave rriten edhe shpenzimet për shëndetin, por vendet e zhvilluara pavarësisht nga këto rritje të ardhurash, qeveritë herë e ruajnë konstant dhe herë e rrisin investimin e tyre në këtë fushë. Në shtete të ndryshme në zhvillimin ekonomik vihet re se ndryshon si statusi shëndetësor ashtu edhe përllogaritja e jetëgjatësisë, e cila shkon nga më pak se 40 vjet në disa shtete të Afrikës në më shumë se 75 vjet në vendet me ekonomi tregu të stabilizuar. Në se në këto vende të Afrikës gjysma e të gjitha vdekjeve ndodh te fëmijët e moshës 5 vjet e poshtë, në vendet e zhvilluara kjo sasi e vdekjeve ndodh tek të moshuarit e moshë 74 vjet e lart. Sëmundshmëritë/frymë në këto vende të Afrikës janë 4 herë më të larta e krahasuar me vendet e zhvilluara.
Por diferencat e mëdha të shpenzimeve qeveritë nuk mund t`i japin shpjegim niveleve të ndryshme të shëndetit në vendet e ndryshme. Pra nuk janë vetëm diferencat në këto shpenzime ato që shkaktojnë nivelet e ndryshme të shëndetit. Për të shpjeguar këto diferenca të mëdha në shëndet, duhen analizuar 3 faktorë.

- **Faktori i parë** është sjellja njerëzore që do të thotë se si shëndeti i një popullate ashtu edhe mundësia për ta përmirësuar atë, atë janë të lidhura me ndryshimet në sjelljen e njeriut, që shkaktohen si rezultat i gjendjes financiare dhe arsimimit.
- **Faktori i dytë** është sasia dhe efektiviteti i shpenzimeve në fushën e shëndetit.
- **Faktori i tretë** niveli aktual i sëmundshmërisë ose gjendjes shëndetësore të popullatës e cila në një shkallë të konsiderueshme varet nga klima dhe pozicioni gjeografik.

Performanca në Institucionet Shëndetësore

" Ju lutem, mund të më tregoni se si duhet te bëj
për të dal nga këtu?," pyeti Liza, dhe magjistari u përgjigj:
"Kjo varet nga ku ju doni të shkoni."

Lewis Carroll – "Liza ne Boten e Çudirave"

Përkufizimi i Performancës

Sistemet shëndetësore që karakterizohen nga një tendencë e fortë për zhvillimin e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit duhet të bazohen në parimin themelor të "llogaridhënies" (*accountability)*, pra të japin llogari për vendimet dhe veprimet e tyre si për *stakeholders* të brendshëm (personeli dhe pacientët) ashtu edhe aktorët e jashtëm të sistemit. Ndryshe mund të perkufizohet si nevojë për llogaridhenie nga ata që janë në pozita të përgjegjësisë ndaj shoqërisë apo aktorët për punën e tyre dhe veprimet e tyre (Pezziani, 2003).

Për të kryer këtë veprimtari të përgjegjësisë, element qendror eshte zbatimi i politikave të vlerësimit sistematik të performancës nëpërmjet përdorimit të mjeteve dhe metodologjive, këto të fundit të afta të bëjnë të matshëm dhe të dokumentuar procedurat e miratuara nga profesionistët, që kanë të bëjnë me çështjet e kujdesit dhe rezultatet shëndetësore të marra.

Vlerësimi i performancës për këtë arsye duhet të kuptohet jo vetëm si një veprim i drejtuar ekskluzivisht për profesionistët, por merr një karakter sistematik, themelore për funksionimin e sistemit dhe përfaqëson "lidhesin" mes komponentëve të ndryshëm të sistemit shëndetësor. Dhe do të jetë pikërisht kjo ndërlidhje që do të bëjë të mundur krijimin e nje vlere sa ekonomike aq edhe sociale per institucionin.

Çdo përkufizim i performancës në shëndetësi vështirë të ezaurojë tërësinë e kuptimeve dhe të na lejojë për të kapur të gjitha aspektet që përmbledh ky term. Një propozim për një përkufizim të arsyetuar dhe konciz është si vijon: "*kontributi që secili subjekt* (përcaktuar qoftë si sistem, organizatë, njësi organizative, ekipore, individuale) *siguron përmes veprimit të tij arritjen e qëllimeve dhe objektivave dhe plotësimin e nevojave për te cilen organizata eshte krijuar*." (Cartabellotta, 2012)

Një tjetër përkufizim: "***Performance Management*** *është tërësia e mjeteve dhe metodave që ndihmojnë institucionet për të planifikuar dhe menaxhuar aktivitetet e tyre në bazë të monitorimit të vazhdueshëm të variablave kyçe që masin arritjen e objektivave* (kritere të koordinimit të organizatave)" (Mintzberg, 1978).

Në kuadër të Autoriteteve Shëndetësore Publike, matja dhe vlerësimi i performancës synon të mbështesë përmirësimin e shërbimeve diagnostike, klinike dhe kujdesore drejtuar pacientit / qytetareve, duke promovuar në të njëjtën kohë rritjen e aftësive të burimeve njerëzore të impenjuar në këtë proçes.

Treguesit Matës të Performancës Spitalore

"Cilësia përfaqeson zgjedhjen
e zgjuar mes shumë alternativave."

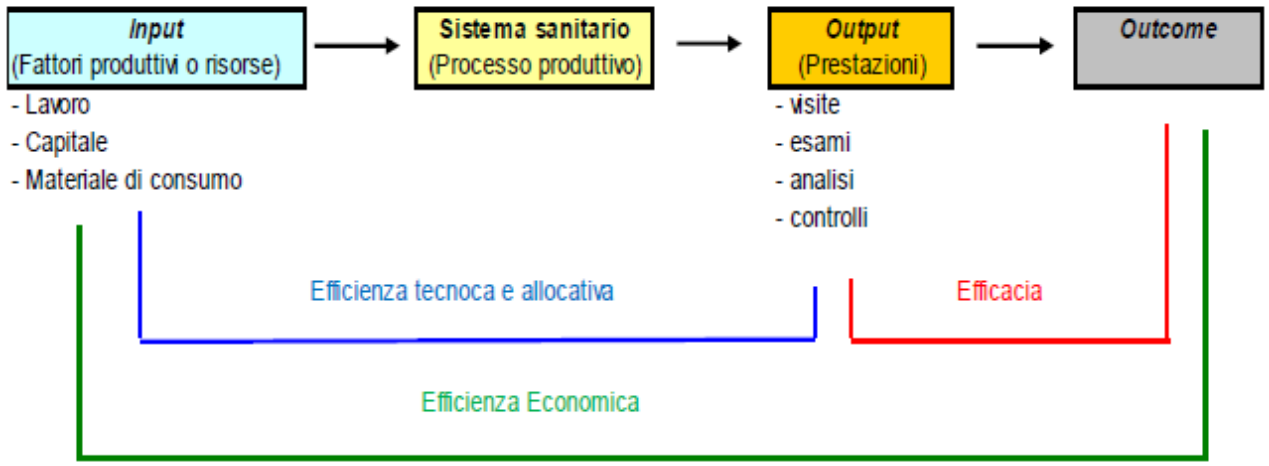
William A. Foster.

Ka një ligj të pandryshueshëm në biznes: fjalët mbeten flajë, shpjegimet shpjegime dhe premtimet premtime, por vetëm performanca është realitet. Sa me shumë kohë kalon aq më pak vëmëndje i kushtoj asaj çfarë njerëzit thojnë, vetëm shoh se çfarë ata bëjnë.

Harold S. Geneen.

Ajo që ne përkufizojmë si "cilësi e kujdesit" është një kombimin i mirefilltë i treguesve, indikatoreve dhe dimensioneve të ndryshëm që lidhen me aspektet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe institucionit si një e tërë.

Fig. 1 – ***Framework*** për matjen e performancës në sistemin shëndetësor



Donabedian A., *The Quality of Care: How Can It Be Assessed?* Journal of the American Medical Association, 260(12): 1743–1748, 1988

Sistemet për matjen e performancës së shërbimeve sociale dhe shëndetësore përballen hera herës me kritika të ndryshme:

- ✓ Ambienti socio-sanitare mbledh një shumëllojshmëri të sferave të nevojave që variojnë nga dimensioni psiko-fizik, ne ate te nevojave ekonomike, sociale dhe relacionale: - nevoja te cilat nuk njihen si të drejta subjektive;
- ✓ Oferta nuk mbulon tërësinë e nevojave ekzistuese, ndryshueshmëri e madhe kjo per vendet me norma te rëndësishme per mbulimin e shpenzimeve private (*out of pocket* për shërbimet thelbesore);
- ✓ Politika e fragmentuar në një pluralitet aktorësh;
- ✓ Shpesh është oferta që përcakton, në fakt, kërkesën për shërbimet shëndetësore dhe sociale (nevojë për të përshtatur ofertën bazuar në nevojat e popullatës).

Por ndoshta lind natyrshëm pyetja: çfarë duhet të bëjë dhe cilat elemente përbëjnë një sistem për matjen dhe vlerësimin e performancës? Një sistem i tillë përbëhet nga tre elemente themelore:

- Objektivat;
- Treguesit, indikatoret;
- Target.

OBJEKTIVAT

- ❖ Të kapë të gjitha dimensionet themelore të performancës;
- ❖ Të konsiderojë gamën e shërbimeve sipas nevojave të ndryshme të popullsisë;
- ❖ Të përcaktojë sjelljen institucionale dhe individuale;
- ❖ Të përmirësojë performancën e përgjithshme;
- ❖ Të garantojë përputhshmëri me planifikimin dhe programimin strategjik dhe institucional (qofte ne nivel kombëtar apo rajonal);
- ❖ Te mbështesë alternativat e qeverisjes institucionale.

DIMENSIONET

Indikatoret e kujdesit shëndetësor që kontribuojnë në përcaktimin e cilësisë (performances):

- ***Accessibility***: lehtësia me të cilën pacientët kanë qasje në kujdesin e nevojshëm në përputhje me nevojat e tyre;
- ***Continuity***: shkalla e koordinimit dhe integrimit midis shërbimeve dhe operatorëve të përfshirë në menaxhimin apo koordinimin e kategorive të ndryshem pacientësh;
- ***Effectiveness***: Aftësia e një ndërhyrje shëndetësore për të arritur rezultatet e dëshiruara klinike;
- ***Efficiency:*** aftësia për të arritur rezultatet e dëshiruara klinike me përdorimin minimal të burimeve;
- ***Appropriateness clinic***: përdorimi i një ndërhyrje mjekësore efektive tek pacientët të cilët mund të përfitojnë për shkak të gjendjes së tyre klinike;
- ***Appropriateness organization***: ofrimi i një ndërhyrjeje / performance në një kontekst organizative të përshtatshem dhe në përputhje me sasinë e burimeve të përdorura, me karakteristikat e kompleksitetit të ndërhyrjes dhe me historinë klinike te pacientit;
- ***Safety:*** ofrimi i nje sherbimi në kontekste organizative që minimizojnë kushtet e rrezikut për pacientët dhe punëtorët;
- ***Timeliness:*** ofrimit të një ndërhyrjeje në kohën e duhur që shkon përshtat nevojave të pacientit;
- ***The centrality of the patient:*** aftësia për të marrë parasysh në përcaktimin e dhenies të kujdesit, nevojat, pritjet dhe preferencat e pacientit dhe familjes së tij, duke respektuar kulturën, autonominë e vendim -marrjes dhe dinjitetin e tyre;
- ***Development of human resources:*** aftësia për të ruajtur dhe zhvilluar aftësitë e profesionistëve, duke siguruar mundësi për mësim të vazhdueshëm dhe trajnim në një mjedis të përshtatshëm, dhe duke ruajtur në të njëjtën kohë kënaqësinë e tyre për kontekstin e punës në të cilën ata operojnë.

Disa prej treguesve kanë të bëjnë drejtpërdrejt me performancen klinike në kuptimin e ngushte, dmth me vendimet e marra në nivel klinik në menaxhimin specifik te pacientëve dhe rezultateve klinike të marra në të vërtetë. Të tjerat sigurojnë operimin e shërbimeve në përgjithësi dhe aftësinë e tyre aktuale për tu siguruar qytetarëve dhe pacientëve kushtet e nevojshme për një cilësi të mirë sherbimi.
Vlerësimi duhet të bazohet në elemente eksplicite, dmth vlera te matshme të performancës që tregojnë cilësinë e kujdesit që duhet të arrihet mbi bazën e provave (evidencave), dhe kur keto te fundit nuk disponohen, mbi bazë të mendimit të ekspertëve.

INDIKATORËT E PERFORMANCËS
Treguesi i performancës është një instrument shumëdimensional që bën të mundur aktivitetin e reperimit te informacionit në lidhje me vetitë e një objekti (p.sh., aktivitetet, proceset, rezultatet, etj.) Si një mjet për përvetësimin e informacionit, duhet të jetë i lidhur ngushtë me matjen e shkallës së arritjeve të objektivave, dhe duhet të theksojë gjenerimin e rezultateve në përputhje me burimet e disponueshme dhe me variablat kyçe të planifikimit strategjik dhe atij operacional. Nder te tjera, keto indikatore:

- Përshkruajne dhe verifikojne në menyre të saktë, të matshme dhe objektive ecurine e një aktiviteti;
- Janë relevante, të rëndësishme në lidhje me objektivat e përcaktuara;
- Te krahasueshme me kalimin e kohës;
- Lejojne të kryhet *benchmarking*: - aktivizoje proceset e praktikave më të mira.

Një tregues i mirë lejon të:

- Masë fenomenet e institucionit në kohë dhe hapësirë;
- Planifikojë dhe organizojë aktivitetet e institucionit (përcaktimin e objektivave të matshme në një afat të shkurtër-mesme-të gjatë);
- Masë boshllëqet (*gap*) midis objektivave dhe rezultateve të pritura, dhe të ndërmarrë veprimet e nevojshme për të korrigjuar hendekun.

Disa indikatorë në lidhje me Performancën Institucionale

"Të masësh pa ndryshuar është një humbje.
Të ndryshosh pa matur është pa tru"

Berwick - 1996

Ka disa indikatorë ne lidhje me performancën në institucionet shëndetësore: Indikatorët për shëndetin e popullatës (Tregues epidemiologjike: vdekshmëria, sëmundshmëria); Indikatorët e ofertes se sherbimeve shendetesore (Treguesit e burimeve, produkteve, eficiences etj.); Indikatorët e aktivitetit spitalor (diagramma e Barber-Johnson, indikatori i kompleksitetit, qendrimit te pacientit, intervali turn - over etj.). Por doja te ndalesha mbi indikatoret e cilesise se institucionit spitalor.

Vlerësimi i performancës përfshin cilësinë sepse supozohet se ajo është e lidhur me rezultatet më të mira, dhe se procedura të standardizuara të çojnë në rezultate më të mira

Zbatimi i sistemeve të cilësisë përshkon organizimin e spitaleve me një zhvillim të madh te manualeve dhe *flow-chart* që lindin zakonisht te vjetër dhe nuk janë te përditësuar vetëm se në inspektimin e ardhshëm.

Në fakt që në vitin 1966 masat e cilësisë së kujdesit janë ndarë në ato te strukturës, procesit dhe rezultatit. Struktura i referohet disponueshmërisë dhe organizimin e burimeve njerëzore, fizike dhe financiare të nevojshme për ofrimin e kujdesit. Procesi përfshin të gjitha aspektet e aktiviteteve sociale dhe rezultati është ndryshimi i gjendjes së shëndetit të pacientit për shkak të ndihmës së marrë.
Cilësia është konsideruar edhe si: profesionale, menaxheriale dhe të perceptuar nga përdoruesi. Ka tregues të ndryshëm në varësi të llojit të cilësisë që dëshirohet të matet: normat e mbijetesës, vitet e jetës së fituar, koha e pritjes.

1. Cilësia Profesionale dhe Manaxheriale

Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization (Komisioni i Përbashkët për Akreditimin e Kujdesit Shëndetësor) krijon kriteret standard për vlerësimin e menaxhimit të cilësisë optimale të një spitali. Ky është niveli maksimal i arritur në bazë të burimeve në dispozicion (dhe jo ideale nga ana teorike): në SHBA akreditimi eshte vullnetare, por më shumë se 80% e institucioneve jane pjesëmarrëse. Programi është i bazuar në identifikimin e kërkesave në përputhje me të gjitha palët e interesuara dhe ka zhvilluar një sistem të dyfishtë të vlerësimit *ex ante* dhe *ex post* nëpërmjet përdorimit të treguesve. Treguesit bazë janë përcaktuar si *core measurement* dhe janë rreth 40 te cilat lidhen me situata klinike të tilla si dështimi i zemrës, pneumonia, shtatzania, komplikimet kirurgjikale. Te tille tregues i referohen si cilësise dhe efektivitetit dhe janë drejtuar kryesisht për përdorimin e procedurave që kërkohen për të arritur një rezultat pozitiv.

Në Mbretërinë e Bashkuar, Shërbimi Shëndetësor Kombëtar (NHS) harton një listë të strukturave shëndetësore përmes një vlerësimi dhjetë-vjeçar e cila ka për qëllim përmirësimin e cilësisë së shërbimit. Një komitet i formuar qe në vitin 2002 harton këtë renditje sipas dy treguesve të ofruara si nga NHS ashtu edhe nga prioritetet e përcaktuara nga Qeveria. Kjo është një përpjekje për të përmirësuar cilësinë e furnizuesve në mënyrë transparente dhe të kuptueshme për publikun nëpërmjet treguesve të efikasitetit, efektivitetit dhe të *customer satisfation*, si dhe te gjykimit te *clinical governance*.

2. Cilësia: këndvështrimi i pacientit (*Customer Satisfaction*)

Trajtimi mjekësor është i përbërë nga aftësitë teknike dhe shkëmbim ndërpersonal: Përdoruesit mund të kontribuojnë në një mënyrë të rendesishme ne të dy aspektet, pasi ajo formon kërkesën e tregut të kujdesit shëndetësor.

Shumë organizata ndërkombëtare kanë zhvilluar indikatorë për matjen e aspekteve të ndryshme të cilësisë së kujdesit nga pikëpamja e qytetarit. Në shumicën e rasteve ajo është vlerësimi i shkallës së kënaqësisë së pacientit në kontekste të veçanta nga ai i vlerësimit të performancës së organizatave të kujdesit shëndetësor.

Prodhimi dhe cilësia e tij në prodhim.

Rrugët e përsosjes në shërbimin shëndetësor

- Studimi dhe analiza e firmës në vetvete fillon me analizën e prodhimit pasi ky është ai që transformon burimet prodhuese në mallra dhe shërbime. Këtij qëllimi i kushtohet kjo temë që fillon me analizën në shëndetësi.

Çështjet që do trajtohen:

- Prodhimi në shëndetësi dhe funksioni i tij. Cilësia dhe rrugët e përsosjes së saj në shërbimin shëndetësor.
- Prodhimi marzhinal dhe efektiviteti në shërbimin shëndetësor.

Çështja e parë

- **Prodhimi në shëndetësi dhe funksioni i tij. Cilësia dhe rrugët e përsosjes së saj në shërbimin shëndetësor.**

- Prodhimi siç kemi theksuar që në temat e para nënkupton një veprimtari teknike, ekonomike dhe natyrore përmes së cilës burimet-prodhuese shndërrohen në TM + shërbime të ndryshme. Ky proçes nënkupton kombinime të caktuara të inputeve. Dihet që midis sasisë së inputeve të harxhuara dhe sasisë së prodhimit të realizuar (autputit) ekziston një lidhje e d.p.d: sa më shumë inpute të harxhohen në shëndetësi pra më shumë punë sa më shumë paisje e medikamente (të përdorura me efiçencë) dhe sa më shumë shtretër të përdorur, aq më e madhe do të jetë sasia e shërbimeve që do realizohen.

- Po kështu në sektorin farmaceutik dhe në atë të prodhimit të paisjeve riaftësuese sa më të mëdha të jenë inputet që hyjnë në prodhim, aq më të mëdha do të jenë autputet që dalin prej tij. Kjo lidhje midis sasisë së inputeve të përdorura dhe sasisë së inputeve të përdorura dhe sasisë së autputeve të realizuara jepet me anën e funksionit të prodhimit.
- Ky funksion tregon **se cila është sasia minimale e inputeve që duhet të përdorë firma për të prodhuar një sasi të dhënë produkti shëndetësor?**

- Ose cila është sasia minimale e produktit shëndetësor që duhet të realizohet me një sasi të dhënë të inputeve.

- Këto definicione apo këto raporte ekonomike, në gjuhën e ekonomisë së shëndetit "përkthehen" **si raporte midis sasisë së inputeve (d.m.th.) personelit shëndetësor, paisjeve shëndetësore, fondeve monetare, medikamenteve etj.** që ofrojnë firmat që gjenerojnë shëndet (spitalet, klinikat etj) nga njëra anë dhe objektivit madhor për të patur një nivel të kënaqshëm shëndeti apo një rritje të nivelit mesatar të jetës (p.sh. në kufijtë e 75 vjetëve) nga ana tjetër.

- Firmat dhe Institucionet e Shëndetit Publik kanë si objektiv parësor shëndetin dhe ruajtjen e tij. Ato prodhojnë shëndet, energji, dhe medikamente për ruajtjen e tyre. Lind pyetja: *Ç'kuptohet me nocionin Shëndet?*
- Sipas grekërve të lashtë, është një gjendje ekuilibri perfekt. Kur forcat brenda trupit të cdo lloj qofshin, gjenden në ballancë perfekte, njeriu është i shëndetshëm.
- Kurse sipas OBSH, **shëndeti përkufizohet si një gjendje mirëqënie komplete, fizike, mendore e sociale dhe jo thjesht si ana e kundërt e sëmundjes apo si një dobësi fizike.** Pra shëndeti nuk qëndron vetëm në mungesën e sëmundjes trupore por është edhe mirëqënie mendore e sociale.

- Objektivat e prodhimit shëndetësor, të analizuara për një periudhë afat gjatë kohore, janë më të mëdha në krahasim me ato afatshkurtër pasi në periudhat afatgjata mund të ndërmerren studime më efiçiente dhe në një shkallë më të gjerë, mund të përdoret një teknikë e teknologji më e përsosur si edhe burime të tjera në një masë më të madhe sasiore e cilësore.
- N.q.s. do të hedhim një vështrim historik mbi shtrirjen dhe ecurinë e sëmundjeve do të vërejmë ndryshime të mëdha.

- **Kështu në fillim të shek X vdekjet foshnjore ishin mjaft të larta.** Jeta ishte mjaft e shkurtër (37 vjeç) dhe vdekjet nga epidemitë ishin të zakonshme. Në këtë periudhë në krahasim me sot, numri i vdekjeve ishte shumë më i lartë dhe shkaku ishin kryesisht sëmundjet infektive si: pneumonitë, tifoja, turbekulozi, malarja, etj, sëmundje këto që sot hasen shumë rrallë.
- Në vend të tyre po zënë vend gjithnjë e më shumë sëmundjet kronike si ato të zemrës, tensionit, tumoret, diabeti, sëmundjet endokrine etj.

- Studiues të ndryshëm kanë argumentuar se në këtë ndryshim të natyrës së sëmundjes që ka çuar në këtë ulje të madhe të vdekshmërisë, arritjet në mjekësi kanë rëndësinë e tyre por ndryshimet sociale që kanë ndodhur në shoqëri kanë luajtur një rol më të madh se ndërhyrjet mjekësore.
- Disa nga masat e marra për kujdesin e shëndetit publik siç ishin uji i pastër dhe ajri i pandotur si edhe faktorë të tillë social e ambiental siç janë depistim i popullsisë, përmirësimi i ushqimit e banimit, rritja e përgjegjësisë e standartit të jetesës, të gjitha këto përbëjnë kontribuesit më sinjifikativ në arritjet e sotme në fushën e shëndetit.

Sot në përmirësimin e cilësisë së Shëndetit Publik dallohen 3 fusha prioritare:

- **Së pari,** promovimi i shëndetit;
- **së dyti,** mbrojtja e shëndetit;
- **së treti** shërbimet parandaluese.

Secila prej tyre ka nëndegët e saj përkatëse ose kontribuesit e saj.

Së pari tek promovimi i shëndetit do të përfshihen faktorë të tillë siç janë:

- Ushqimi i mirë cilësor dhe eleganca, që të sigurohen për të ardhmen;
- Të sigurojë një aktivitet fizik i caktuar por jo të kalohet në teprim;
- Ndalimi i duhanit dhe drogës;
- Planifikimi familjar;
- Evitimi i streseve.

Së dyti tek mbrojtja e shëndetit përfshihen faktorë të tillë si:

- Jetesa e mirë;
- Ambienti i përshtatshëm, d.m.th. kushte të përshtatshme e jo të dëmshme në punë e në banesë;
- Higjienë e lartë.

Së treti tek shërbimet parandaluese dallojmë:

- Kujdesi për fëmijë të shëndetshëm;
- Parandalimi i sëmundjeve të zemrës, tensionit, kancerit etj.;
- Parandalimi i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme;
- Imunizimi.

- **Së pari. Klasa sociale.** Ekziston një lidhje e fortë midis shëndetit dhe klasës sociale. Një klase të ulët i korrespondon një sëmundshmëri më e lartë dhe një vdekshmëri më e shpejtë, sepse ajo tregon një kujdes më të pakët për shëndetin higjienën dhe pastërtinë (p.sh. shtresa e romëve).
- **Së dyti. Statusi i punës.** Një pjesë jo të vogël të jetës njeriu e kalon në punë dhe i nënshtorhet një lloji të caktuar pune duke mbartur edhe efektet specifike dëmtuese në shëndet. Të tilla përmendim p.sh. dëmtimet pulmonare tek minatorët, tipografët, metalurgët etj. Janë të njohura grupet e sëmundjeve që përfshihen në sëmundjet profesionale, që i shkakton statusi i punës.

- **Së treti. Stili i jetës.** Abuzimi me shëndetin, jeta e çrregullt, duhani, alkooli ndikojnë negativisht në shëndet.

- **Së katërti. Vendndodhja gjeografike.** Ka të bëjë me zakonet e të jetuarit, kulturës, kujdesin shëndetësor, shërbimet përkatëse egzistuese etj. Kështu në vendet e thella pa infrastrukturën e nevojshme dhe shërbimin e duhur shëndetësor në vendet me zakone të prapambetura etj., ndikimi në shëndet është i ndjeshëm.

- **Për të jetuar një jetë të gjatë e të shëndetshme** është e d.m.d. t`i adaptohesh një stili jete të shëndetshme dhe aktive.
- Në shërbimin shëndetësor cilësia është shëndet, është energji. **Cilësia e jetës përmblidhet në 3 dimensione të saj:**
- 1)Lëvizshmëri fizike;
- 2) Mirëqënie;
- 3) Shëndet.
- Konkluzionet për cilësinë e jetës në një komunitet mund t`i nxjerrim nga përgjigjet e pyetësorit të mëposhtëm:

Pyetja nr. 1

- Lëvizshmëria e juaj është: e mirë, mesatare (mjaftueshëm), e kufizuar, shumë e vështirë?

Pyetja nr.2

- A ndiheni i lumtur: gjithnjë, shpesh, ndonjëherë, asnjëherë?

Pyetja nr. 3

- Shëndeti juaj është: i mirë, mesatar (mjaftueshëm) çka (jo keq)?

- Ky pyetësor na lejon të përcaktojmë nivelin cilësor të shëndetit për grup individësh p.sh. individët që kanë lëvizshmëri të mirë, që janë gjithnjë të lumtur dhe gëzojnë shëndet të mirë. Ky nivel shëndeti apo kjo cilësi jete që gëzon ky grup individësh parapëlqehet nga e gjithë shoqëria. Në të kundërt cilësia e jetës është e keqe për atë grup individësh që kanë lëvizshmëri shumë të vështirë që nuk janë asnjëherë të lumtur dhe që kanë shëndet mediokër.
- Rritja e cilësisë së kujdesit shëndetësor nënkupton një rritje në mekanizmat që veprojnë mbi shëndetin e popullatës të cilat synojnë rritjen e disa parametrave cilësorë të shërbimit shëndetësor siç janë:

- **Së pari.** Vendosjen në shërbimin spitalor të drejtuesve të aftë e me vizion të qartë për cilësinë dhe për përkushtimin ndaj pacientëve.
- **Së dyti.** Organizimin e punës me grupe që punojnë me stafe.
- **Së treti.** Drejtuesit e spitaleve të jenë të aftë të sigurojnë burime njerëzore e financiare për t`ju përgjigjur nevojave në rritje të shërbimit spitalor.

- Në rritjen e cilësisë së kujdesit shëndetësor një rol gjithnjë më të madh po luan **shkenca me arritjet e saj e cila e ka çuar dhe po e çon njerëzimin drejt një jete sa më të mirë**. Por krahas saj në bashkëveprim me shkencën mjekësore ka luajtur rolin e saj edhe etika mjekësore që përmbledh në vetvete tërësinë e normave morale, rregullave dhe sjelljeve në kujdesin shëndetësor.
- Në themel të normave moralë qëndrojnë principet etike të cilat në ambientet mjekësore marrin forma konkrete. Të tilla janë:
  - **Principi i bamirësisë** që qëndron në themel të etikës mjekësore. Sipas këtij principi në çdo ndërhyrje mjekësore të nisemi nga synimi për t`i bërë më të mirën të sëmurit.

- **Principi i moskeqbërës.** Sipas këtij principi nëse nuk arrin të përmirësosh gjendjen e të sëmurit gjatë ndërhyrjes mjekësore të paktën të mos e keqësosh atë. Keqësimi mund të vijë nga pakujdesia, neglizhenca apo inkopetenca profesionale. Por ay mund të jetë edhe i qëllimshëm.
- **Principi i autonomisë** që konsiston në respektimin e vullnetit të çdo individi për të marrë pjesë në vendimet që kanë të bëjnë me shëndetin e tij. Pra individi i sëmurë duhet të informohet për gjendjen dhe ecurinë e sëmundjes së tij në mënyrë që pjesmarrja në vendim të jetë sa më e efektshme.

- **Principi i besueshmërisë.** Punonjësit shëndetësor duhet të jenë korrekt dhe të përkushtueshëm në ruajtjen e sekretit profesional dhe intimitetit.
- **Principi i shenjtërisë së jetës njerëzore** që është ndër principet më themelore të shëndetësisë. Kjo ka të bëjë me rastet kur ndërhyhet për jetën e njeriut.
- **Principi i drejtësisë,** hyn në skenë atëherë kur mjetet financiare të spitalit janë të kufizuara dhe duhet vendosur se cili pacient duhet çuar jashtë. Pra kërkohet drejtësi, të shpëtohet jeta e atij që është më e dobishme për shoqërinë, ose jeta e pacientit më të ri.

- Nga sa thamë më sipër nxjerrim konkluzion se mjekësia duke patur si objekt formal trupin e njeriut, nuk mund të lërë mënjanë anën shpirtërore të tij. Çdo plagë, çdo dhimbje, çdo organ i sëmurë duhet shikuar në kontekstin e e përgjegjësisë të tërësisë së personit që bart këtë plagë ose këtë dhimbje, sepse në fund të fundit është ai protagonisti i diagnozës dhe i shërimit të tij.
- Profesioni i infermierisë, siç vihet në dukje nga shumë studiues qëndron në themelin e principeve të mësipërme të etikës mjekësore pasi në refleksionin tonë mbi këtë profesion do jetë në qendër të vëmendjes gjithmonë njeriu dhe vlerat që kanë të bëjnë d.p.d. me të. Është pikërisht njeriu ai që përbën burimin nga ku çdo diskutim etik ka piknisjen e tij dhe qëndrimi etik njerëzor nxjerr qëllimin e tij.

Çështja II

Prodhimi marzhinal dhe efektiviteti në shërbimin shëndetësor

- Kur flasim për **prodhimin** dhe **shërbimet** në shëndetin publik na lind pyetja: A mund të vlerësohen në para ato? A mund të matet vlera e autputeve në shëndetësi? Ose a mund të matet ndikimi i inputeve në autputet e përfituara? Pra a mund të matet saktë fx. i prodhimit në shëndetin publik?
- Këtyre pyetjeve është shumë vështirë t`i jepet përgjigje pasi shëndeti nuk është homogjen meqë ndërhyrjet në gjendjen shëndetësore mund të pakësojnë si **sëmundshmërinë** ashtu edhe **vdekshmërinë**.

- Në prodhimin farmaceutik apo në prodhimin e paisjeve riaftësuese, lidhja midis sasisë së inputeve të harxhuara dhe sasisë së prodhimit të realizuar ose autputit është një lidhje e d.p.d.. Sa më shumë inpute të futen në prodhim, aq më shumë autpute do dalin prej tij.
- Po kështu në shërbimin spitalor, sa më shumë punë, sa më shumë kujdes për të sëmurin sa më shumë paisje apo medikamente (të përdorura me eficencë) dhe sa më shumë shtretër të përdorur, aq më të mëdha do të jenë shërbimet që do realizohen në shëndetin publik.

- Në madhësinë e prodhimit dallojmë 3 koncepte:
- 1) Prodhimin total;
- 2) Prodhimin mesatar;
- 3) Prodhimin marzhinal (i shtuar).

Le ti shpjegojmë:

- **Prodhimi total** shpreh sasinë e prodhuar të ilaçeve, paisjeve riaftësuese, protezave të këmbëve e duarve karrocave të paraplegjikëve etj. në një periudhë kohe të caktuar. E shënojmë me PT.
- **Prodhimi mesatar** e shënojmë me PX. Shpreh prodhimin për njësi të faktorëve të përdorur p.sh. prodhimi për 1 punëtor apo për 1 orë pune, ose për makineri të përdorura. Ajo nxirret duke pjestuar PT me nr e punëtorëve apo sasinë e punës, ose me nr. e makinerive. Pra Pxe ndryshme nga PT/L. Ndryshe ky tregues quhet rendimenti për 1 punëtor ose për 1 orë punë ose 1 makineri

- **Prodhimi marzhinal** (Pma) shpreh shtesën e PT pra ΔPT përkundrejt shtesës së inputit L pra ΔL (shtesë e inputeve, punës së personelit,nr.shtretërve, aparaturave, materialeve të përdorura etj). ΔPT=PTn-1 kurse ΔL=Ln-Ln -1
- Në kollonën e parë kemi supozuar si input variabël-njësinë e punës ose nr.e punëtorëve. Në kollonat II,III,IV kemi shënuar treguesit e PT, Px dhe PMa.
- Siç shikojmë nga tabela me rritjen e nr. e punëtorëve nga 1 deri në 9 punt.,PT vjen duke u rritur kurse në njësinë e fundit PT ulet nga +5 në -5.

- Pra shtesa e punëtorit të fundit është e dëmshme pasi lë pa punë punëtorin e nëntë. Në kollonën III shikojmë që PX ose rendim/puntor deri në njësinë IV vjen duke u rritur. Kurse pas kësaj njësie vjen duke u ulur.
- Pra njësia 4 e punës përbën pikën kthesë pas së cilës vepron liasi relativ i rendimentit zbritës që do të thotë që pas kësaj njësie çdo rritje në nr.e punëtorëve do të shoqërohet me ulje të produktivitetit të punës ose ulje të rendimentit/çdo punëtor.

Njësia e punës L	Prodh. total fizik PT	Prodh. mesatar PX	Prodh. Marzh. Pma
0 nuk punon njeri	0	0	0
1 punëtor	30 njësi	30 njësi	30 njësi
2	80	40	50
3	140	46.6	60
4	190	47.5	50
5	230	46	40
6	260	43.3	30
7	280	40	20
8	290	36.2	10
9	295	32.7	5
10	290	29	5

- Ky është një sinjal për firmën që të mos krijojë brigada me më shumë se 4 punëtorë pasi ndryshe shkon drejt falimentimit.
- Në kollonën IV kemi paraqitur Pma. Kështu në njësinë e parë të punës 1 punëtor jep një PT=30 njësi që përfaqëson PMA. Nëse vazhdojmë të rrisim nr.e punëtorëve do të shikojmë se deri në njësinë e tretë, PMA rritet duke patur shtesën më të madhe me 60 njësi $= \frac{140-80}{3-2}$.

- Pra kooperimi me 3 punëtorë të organizuar në 1 brigadë ose në 1 staf jep Pma më të sukseshëm.
- Siç shihet nga tabela grupi i punës ose stafi me tre persona jep Pma më të lartë. Njësia III përbën pikën kthesë pas së cilës vepron ligji i marzhinalitetit zbritës ose i të ardhurave zbritëse. Kjo do të thotë që pas njësisë së tretë eficenca e prodhimit vjen duke rënë pasi shtesa e prodhimit dhe shtesa e të ardhurave për çdo njësi rritje të nr. të punëtorëve duke u ulur.

- Shembuj të zbatimit të këtij ligji kemi më shumë fusha të jetës. P.sh. një mjek i shquar që bën vizita në spital dhe në klinikën e tij private, llogarit që në klinikën e tij të mos bëjë më shumë se 10 vizita. Ai e ka llogaritur mirë se deri tek pacienti i 10-të është i saktë e i kujdesshëm në ekzaminim.
- Tek pacienti i 11 fillon të ndihet lodhja dhe mbingarkesa, bie niveli i ekzaminimit dhe diagnostikimit. Një veprim i tillë do i sjellë dëm jo vetëm të sëmurit por edhe vetë mjekut pasi do sjellë humbjen e emrit të mirë si mjek i shquar dhe të klientelës që i largohet. Prandaj ai është rigoroz në zbatimin e kufirit cak të d.b.sh. që i sjellin atij përfitime ose dobi.

- Shembuj të zbatimit të këtij ligji kemi edhe në arsim. Kështu produktiviteti i i orës I, II, III të orës së mësimit nuk është i njëjtë me atë të orës V dhe VI. Pra nëse koha nuk të ngut të përdoret racionaliteti. Pra të studiohet aq orë sa produktiviteti është maksimal
- Ligji i marzhinalitetit zbritës të pikës kthesë përbën pikën kyçe të suksesit të një firme për të ardhmen, kur e zbaton drejt, ose e falimentimit të saj kur nuk e njeh apo kur e shkel me ndërhyrje nga tahmaqarrlëku i çastit.

- Një drejtues në sektorin e prodhimeve shëndetësore apo një drejtues spitali që synon të jetë i suksesshëm në luftën e konkurencës llogarit koston e prodhimit apo të shërbimit. Vetëm me kosto të ulët dhe cilësi të lartë ai mund të realizojë objektivat e tij. Në zgjedhjen e variantit më oportun ai niset kurdoherë nga treguesi i efektivitetit të prodhimit të shërbimit.

- Llogaritjen e këtij treguesi ai e nis që në fazën e projektimit të një spitali apo klinike duke zgjedhur midis varianteve që i serviren, variantin që realizon më shumë shërbime dhe harxhon më pak burime, që siguron kosto më të ulët të prodhimit apo të shërbimit dhe.....

- Për një drejtues të aftë në sektorin shëndetësor, rënia e efiçiencës, e përdorimit të burimeve është sinjali që tregon se në këtë sektor duhen bërë ndryshime thelbësore në mënyrën e organizimit të punës, në teknikën dhe në teknologjinë e përdorur, në gjetjen e burimeve më të lira, për ti bërë më eficente prodhimet dhe shërbimet në fushën e shëndetit Publik.
- Mundësitë për të rritur shkallën e efektivitetit të prodhimeve dhe shërbimeve në shëndetësi janë të mëdha në periudhat afatgjata kohore, pasi në këto periudha mund të bëhen ndryshime thelbësore në tërë strukturën e burimeve duke përdorur arritjet më të mira të shkencës dhe teknikës.

- Në kushtet e E.L.T. kërkohen prodhime dhe shërbime me efektivitet të lartë në shëndetin e popullatës, kërkohen medikamente, paisje dhe teknologji e lartë, të cilat garantojnë një cilësi më të lartë shëndeti.
- Që një drejtues i sektorit shëndetësor të jetë i suksesshëm në luftën e konkurrencës, më parë se të prodhojë apo më parë se të investojë në shëndetësi ai bën llogaritje të hollësishme për efektivitetin e shpenzimeve të tij duke e krahasuar atë me përfitimet që do i sjellë ky investim.
- Midis varianteve të shumta që i serviren që në fazën e projektimit dhe më pas në fazën e prodhimit ai zgjedh variantin me oportun, që i koston më lirë, që konsumon më pak burime dhe që garanton cilësi të lartë shëndeti.

- Efektiviteti i prodhimit dhe i shërbimeve në sektorin shëndetësor nuk mund të matet dhe nuk mund të vlerësohet në vlerë monetare siç vlerësohet me prodhimet dhe shërbimet e tjera pasi mjekësia prodhon shëndet, prodhon energji, prodhon jetë apo sjell zgjatje të jetës. Në shëndetin dhe jetëgjatësinë e një popullate ndikojnë, krahas faktorëve ekonomikë edhe një sërë faktorësh të tjerë që i shpjeguam më lart.
- Por ne do ndalemi krejtësisht në faktorët ekonomik që janë objekt i lëndës sonë Ekonomi e Shëndetit Publik.

- Po t`i hedhim një vështrim shpenzimeve që bëjnë vendet e ndryshme në shëndetësi na rezulton fakti që sa më të larta të jenë shpenzimet e bëra në fushën e shëndetit, aq më të larta do të jenë treguesit e shëndetit. Vende të ndryshme bëjnë shpenzime të ndryshme në shëndetësi, prandaj kanë edhe nivele të ndryshme të shëndetit.
- Në vitin 1990 shpenzimet totale vjetore për frymë varionin nga më pak se 10$/frymë në disa vende të Afrikës dhe Azisë, në 270 dollarë/frymë në SHBA.

- Dihet që me rritjen e të ardhurave rriten edhe shpenzimet për shëndetin, por vendet e zhvilluara pavarësisht nga këto rritje të ardhurash, qeveritë herë e ruajnë konstant dhe herë e rrisin investimin e tyre në këtë fushë. Në shtete të ndryshme në zhvillimin ekonomik vihet re se ndryshon si statusi shëndetësor ashtu edhe përllogaritja e jetëgjatësisë, e cila shkon nga më pak se 40 vjet në disa shtete të Afrikës në më shumë se 75 vjet në vendet me ekonomi tregu të stabilizuar. Në se në këto vende të Afrikës gjysma e të gjitha vdekjeve ndodh te fëmijët e moshës 5 vjet e poshtë, në vendet e zhvilluara kjo sasi e vdekjeve ndodh tek të moshuarit e moshë 74 vjet e lart.
- Sëmundshmëritë/frymë në këto vende të Afrikës janë 4 herë më të larta e krahasuar me vendet e zhvilluara.

- Por diferencat e mëdha të shpenzimeve qeveritë nuk mund t`i japin shpjegim niveleve të ndryshme të shëndetit në vendet e ndryshme. Pra nuk janë vetëm diferencat në këto shpenzime ato që shkaktojnë nivelet e ndryshme të shëndetit.
- Për të shpjeguar këto diferenca të mëdha në shëndet, duhen analizuar 3 faktorë.

- **Faktori i parë** është sjellja njerëzore që do të thotë se si shëndeti i një popullate ashtu edhe mundësia për ta përmirësuar atë, atë janë të lidhura me ndryshimet në sjelljen e njeriut, që shkaktohen si rezultat i gjendjes financiare dhe arsimimit.
- **Faktori i dytë** është sasia dhe efektiviteti i shpenzimeve në fushën e shëndetit.
- **Faktori i tretë** niveli aktual i sëmundshmërisë ose gjendjes shëndetësore të popullatës e cila në një shkallë të konsiderueshme varet nga klima dhe pozicioni gjeografik.

TEMA 10

KONKURENCA DHE STRUKTURA MONOPOLISTE NË SEKTORIN SHËNDETËSOR.

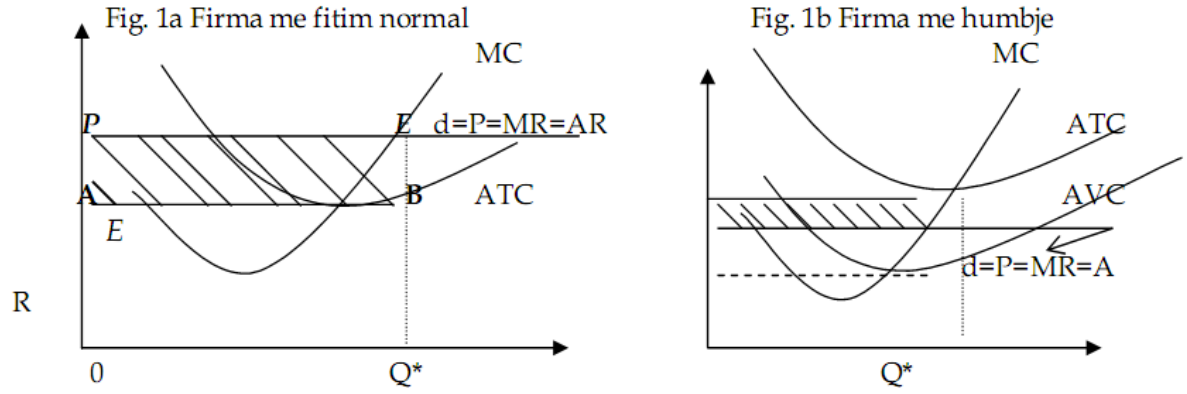
Që në temat e mëparshme kemi theksuar se në një ekonomi tregu çmimet dhe sasia e produkteve të prodhuara dhe shërbimeve të realizuara në sektorin shëdentësor, përcaktohen nga tregu me mekanizmat e tij të kërkesës dhe të ofertës. Por tregjet e produkteve dhe ato të shërbimeve ndryshojnë njëri nga tjetri për nga shkalla e konkurencës së tyre. Në disa, konkurenca është e plotë, në disa është e kufizuar, kurse në disa të tjera nuk ka fare konkurencë. Në këtë të fundit nënkupton monopolin.
Në morinë e strukturave të tregjeve që shfaqen në realitet, ekonomistët dallojnë disa forma tipike: konkurencën e plotë, monopolin, konkurencën monopolistike, oligopolin, etj.

KONKURENCA E PLOTË

Tipari më i rëndësishëm i konkurencës së plotë që buron nga veçoritë e mësipërme është se firmat që veprojnë në sektorin shëndetësor nuk ushtrojnë asnjë ndikim në vendosjen e çmimeve të shërbimeve shëndetësore e medikamenteve e paisjeve shëndetësore që hedhin në treg. Pra ata nuk janë çmim - vënëse por çmim - marrëse ose çmim - pranuese (*price taker*) për produktet dhe shërbimet që i ofrojnë tregut. Çmimi do të përcaktohet nga kërkesa dhe oferta e tregut shëndetësor. Me këtë çmim ato mund të shesin sasinë që dëshirojnë. Një tipar i tillë i veçantë i tregut në konkurencë të plotë krijohet nga ekzistenca atje e një numri të madh firmash, nga prodhimi i produkteve homogjene, nga lehtësia e futjes apo daljes nga tregu, mundësia e informacionit etj. Këto kushtezojnë një kurbë kërkese specifike të prodhuesit individual në këtë treg: ai ndeshet me një kurbë kërkese horizontale, plotësisht elastike, në nivelin e çmimit të dhënë nga tregu.
Shembull: Le të supozojmë se çmimi i një medikamenti mjekësor është 100 $ dhe nr. i farmacive që i tregtojnë janë me qindra. Secila prej farmacive do dëshironte t'i shiste tërë medikamentet që disponojnë me çmimin e tregut 100 $. Pra firmat farmaceutike mund të marrin vendime lidhur me sasinë që i ofron tregu. Ata nuk mund të ndikojnë mbi çmimin. Firma nuk ka interes të ulë çmimin pasi do humbasë. Po kështu nuk mund ta rrisë çmimin pasi do i ngeleshin ilaçet pa shitur, sepse firma të tjera do vazhdojnë të shesin me çmimin 100 $. Mundësia që kanë firmat farmaceutike për të shitur çfarëdo sasie më çmimin e tregut pa u shqetësuar aspak nga prania e njëri-tjetrit, të krijon përshtypjen sikur në këtë treg konkurencial nuk ka konkurencë. Por konkurenca nuk ekziston dhe buron pikërisht nga raporti i secilit farmacist me çmimin e tregut. Ajo farmaci që nuk arrin të mbulojë shpenzimet me të ardhurat e realizuara, është e detyruar të falimentojë.
Maksimizimi i fitimit ka qënë dhe mbetet synimi themelot i çdo firme. Këtij qëllimi i kanë shërbyer dhe i shërbejnë të gjitha përpjekjet që bëjnë firmat që veprojnë në sektorin shëndetësor për të zbatuar në shëndetësi të rejat e shkencës, format humane të organizimit të punës e të shpërblimit etj.

1.1 Sjellja, oferta dhe ekuilibri afatshkurtër i firmës në konkurencë të plotë

Hipoteza qëndrore e sjelljes së firmës është se ajo synon maksimizimin e fitimit. Fitimi Π , rezulton nga diferenca e të ardhurave totale (TR) me kostot totale (TC): **Π = TR - TC.**
M.q.se fitimi normal është përfshirë në kostot totale, Π merr natyrën e një mbetjeje, ajo që i mbetet firmës pasi paguan inputet e përdorura në proçesin e prodhimit, pra një ekstrafitim. Problemi që qëndron para firmës në konkurencë të plotë është përcaktimi i nivelit të prodhimit që maksimizon fitimin. Situata ilustrohet nga figura 1, ku paraqiten kurbat e kostos dhe të të ardhurave, mesatare dhe marxhinale.



E ardhura marxhinale (MR) është ndryshimi ne të ardhurat totale kur prodhimi ndryshon me një njësi. Në rastin e konkurencës së plotë MR = P sepse çdo njësi shtesë prodhimi shitet me të njëjtin çmim, pra e ardhura shtesë barazon çmimin. Nga ana tjetër **AR = P.Q/Q = P**. kështu kurba e kërkesës apo niveli i çmimit perfaqeson edhe MR edhe AR.

d = P = MR = AR

Në të majtë të pikës E fitimi nuk është akoma maksimal m.q.se çdo njësi shtesë outputi në të majtë të Q* sjell një MR > MC. (Kurba MR qëndron sipër MC). Duke shtuar me një njësi shitjet, e ardhura tejkalon kostot dhe fitimi rritet. Kurse nivele prodhimi më të medha se Q* sjellin një MC>MR, pra fitimi s'mund të rezultojë maksimal. Pra llogjika të çon në konkluzionin:

- Në qoftë se MC<MR=P firma duhet të shtojë prodhimin.
- Në qoftë se MC>MR=P firma duhet të pakësojë prodhimin.
- Në qoftë se MC=MR=P firma maksimizon fitimin.

Firmat prodhuese të medikamenteve dhe paisjeve mjekësore do të vazhdojnë të prodhojë përsa kohë çmimi i tregut > se kostoja/njësi prodhimi. Në rast se çmimi do jetë i = me koston/njësi, atëherë duhet të mbyllë aktivitetin. Ekuilibri i firmës ruhet për sa kohë **TA marzh.= Kosto marzh**.
Fitimi maksimal arrihet per Q* ku: MR=MC. Sipërfaqja e vijëzuar ABEP paraqet fitimin (ekstrafitim) teresor = Π , OQ*x OP=TR dhe OQ*x BA=TC. Segmenti EB=AP =fitimi për njësi.
Kur niveli i outputit maksimizon fitimin në periudhë afatshkurtër themi që firma është në ***ekuilibër afatshkurtër***. Por të pohosh këtë nuk do të thotë se firma patjetër nxjerr fitime pozitive. Në të vërtetë në pikën MR = MC maksimizohet fitimi ose minimizohet humbja. Fitimet pozitive nxirren vetem nese ATC < P korent, figura 1.a. Ne figuren 1.b. paraqitet fitimi negativ = humbje. Megjithatë kjo s'do të thotë që në këtë rast firma ndërpret prodhimin apo mbyllet. N.q.se çmimi korent i tregut është më i madh se AVC, kjo do ta orjentonte firmën që të vazhdonte prodhimin sepse për P > AVC ajo do të zëvëndësojë, qoftë pjesërisht, nje pjesë të kostove fikse (dhe të fitimit

normal). Në rastin kur P = AVC, ose humbja mesatare (pra diferenca mes ATC dhe P) barazon AFC, firma është indiferente për të vazhduar apo ndërprerë prodhimin. (Kujtojmë që ATC = AVC + AFC). Vetëm kur çmimi i tregut të mos jete në gjendje te mbulojë AVC, pra kur p < AVC firma do të pushojë aktivitetin. Teknikisht pika ku firma mbulon tamam kostot variabël, ku P = AVC, quhet ***pika e mbylljes (break down point)***.
Duke përsëritur të njëjtin veprim: gjetjen e sasisë optimale të outputit që maksimizon fitimin e firmës për gjithë çmimet e mallrave të tregut arrijmë tek kurba e ofertës e firmës (afat shkurtër). Është e qartë se ajo do të përfaqësohet nga pjesa e kurbës MC që ndodhet mbi pikën e mbylljes. Oferta është zero n.q.se çmimi është më i vogël se P = AVC.
Duke mbledhur horizontalisht kurbat e ofertës rritëse të të gjithë firmave, përftohet kurba e ofertës e tregut. Kjo e fundit së bashku me kurbën e kërkesës së tregut përcakton ekuilibrin e tregut, çmimin dhe sasinë. Për atë çmim disa firma, ato më efiçentet, do të sigurojnë ekstrafitim, të tjera do të mbyllen dhe të tjera do të regjistrojnë humbje.

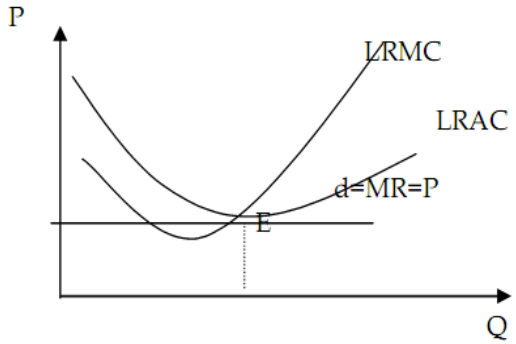
1.2 Sjellja dhe ekuilibri i firmës dhe degës ne periudha afatgjata.

Nëse në një treg firmat realizojnë ekstrafitim, në periudhë afatgjatë do të hyjnë mjaft firma të reja. Rritja e madhe e numrit të tyre ndikon në rritjen e kostove dhe pakësimin e të ardhurave të të gjithe firmave të tregut, gjë që pakëson fitimin deri në anullimin e tij. Proçesi i kundërt vërehet nëse firmat realizojnë humbje dhe disa largohen nga dega duke bërë që të anullohen humbjet dhe të sigurohet fitimi normal në firmat ekzistuese në treg. Vëmë re që në periudha afatgjata (fig. 2):

1) Çdo firmë në konkurencë të plotë prodhon outputin optimal me kosto minimale për njësi. Vija e çmimit P pra dhe MR në fakt është tagente me LRAC në pikën më të ulët të saj. Pra firma shfrytëzon në maksimum mundësitë prodhuese të inputeve.
2) Në pikën E, AC=AR dhe TC=TR, ekstrafitimi është zero dhe firma siguron vetëm fitim normal.
3) Në pikën E, MC=MR, arrihet ekuilibri për të siguruar maksimizimin e fitimit. Pra ekuilibri konkurencial afatgjatë karakterizohet nga barazimet.

P= MR = LRMC = LRAC

Fig. 2 Firma ne afatin e gjate



Kurba e ofertës afatgjatë konçidon me pjesën e LRMC afat gjatë që qëndron mbi nivelin e kurbës LRAC. Forma e kurbave të ofertës të degës varet nga fakti se si ndryshon çmimi i inputeve (pra dhe i kurbave të kostove), kur hyjnë ose dalin firma nga dega. Më e ndeshur është kurba e ofertës afatgjatë e degës me pjerrësi rritëse, me pak e ndeshur ajo më pjerrësi konstante dhe më e rrallë ajo me pjerrësi rënëse.

Siç përmendëm dhe pak më sipër, ekuilibri i firmës ruhet për sa kohë **T.A. marzhinale = Kosto marzhinale**. Përsa kohë ruhet ky barazim, për aq kohë firma është në efiçencë të plotë. Efiçenca si koncept është mjaft e gjerë. Ajo lidhet ngushtë me konceptet e pasurisë, mirëqënies, shëndetit, produktivitetit etj. Në këtë çështje ne do të analizojmë efiçencën ekonomike në kushtet e konkurencës së plotë.

Efiçenca ekonomike përbën një nga themelet e analizës së problemit ekonomike themelor. Me efiçencë ekonomike do të kuptojmë atë gjendje të ekonomisë në të cilën askush nuk mund ta rrisë mirëqënien e tij pa cënuar mirëqënien e dikujt tjetër. Sipas ekonomistit të njohur italian Vilfredo Pareto, efiçenca ekonomike përfaqëson atë situatë ku prodhimi i produktit të dhënë nuk mund të rritet pa ulur prodhimin e një produkti tjetër. Po kështu konsumi i një konsumatori nuk mund të rritet pa paksuar konsumin e një tjetri. Sipas këtij përcaktimi rritje e efiçencës ekonomike realizohet kur plotësohen 3 kondita që quhen konditat paretiane:

- **Së pari** rritet ***efiçenca prodhuese***: Efiçencë prodhimi nënkupton prodhimin e një sasie të dhënë T.M.M. + Sh. me mirëqënien e burimeve. Pra kjo nënkupton produktivetit maksimal të mundshëm.
- **Së dyti** rritet ***efiçenca alokative***: Efiçenca alokative nënkupton alokimin e burimeve në prodhimin e atyre lloj produkteve dhe shërbimeve që kërkon shoqëria. Problemi këtu nuk shtrohet që burimet të shpërndajnë në mënyrën të ndryshme subjekteve, por si t'i alokojmë, si ti shpërndajmë ato midis subjekteve ekonomike në mënyrë që të përfitojmë sa më shumë TM+Sh.
- **Së treti** rritet ***efiçenca e shpërndarjes***: Efiçenca në shpërndarjen e produkteve të prodhimit dhe shërbimit të realizuar në mënyrë të tillë që konsumatorët duke u nisur nga TA që disponojmë dhe niveli i çmimeve të tregut, të kenë bërë një zgjedhje ideale që nuk do pranonin të ndërronim me asnjë zgjedhje tjetër.

Realizimi në kompleks i këtyre 3 konditave sjell realizimin në tërësi të efiçencës ekonomike.

MONOPOLI DHE KONKURENCA MONOPOLISTIKE

Kemi theksuar se konkurenca përbën një nga tiparet themelorë të ekonomisë së tregut. Por në praktikë nuk mund të gjejmë ekonomi të pastër tregu që të jetë tërësisht konkurente ose jo konkurente. Të dyja këto i ndeshim të mpleksura në formën e një konkurence jo të plotë, e cila përfshin një hapësirë shumë të gjerë duke filluar që nga konkurenca monopolistike deri në ekstremin e kundërt të konkurencës së plotë që është monopoli.

Fjala **monopol** vjen nga greqishtja, ***mono*** = vetëm dhe ***poleos*** = shitës. Pra monopoli në strukturat e shëndetit publik nënkupton një situatë ekonomike ku prodhimin dhe tregtimin e medikamenteve dhe paisjeve të ndryshme mjekësore e dominon një kompani e vetme, e cila prodhon dhe shet produkte dhe shërbime shëndetësore e vetme. Nga ky përkufizim i monopolit si firmë e vetme që synon në prodhim dhe në treg buron edhe tipari i tij themelor. Ekzistenca e një firme të vetme në degë apo sektor. P.sh. në tregun shëndetësor shqiptar në prodhimin e produkteve mjekësore dominon firma "Profarma Sh.p.k.", e cila ka të drejtën eksluzive të prodhimit të preparateve që shërbejnë për mjekimin e sëmundjeve të ndryshme si p.sh. paracetamoli, aulina, hidroklortiaziti, loparomidi, aspirina, vitamina të ndryshme, solucione anestetike dhe ato dezinfektante etj.

Kompanitë e fuqishme farmaceutike në botë si kompania "Alkoni" në SHBA dhe CIBA në Zvicër kanë patentat e prodhimit të preparateve okulistike, kompania NOVARTIS që zotëron patentën e prodhimit të preparateve për mjekimin e sëmundjeve të zemrës, lëkurës, veshkave, endokrine, psikiatrike etj. Po kështu mund të përmendim kompani të tjerë të fuqishme si Jensen, Lekscopj

(Sllovene) Chiesi (italiane) të cilët zotërojnë patentat e një numri të konsiderueshëm preparatësh shëndetësore. Këto kompani të fuqishme farmaceutike ushtrojnë kontrollin e tyre në prodhimin botëror të medikamenteve shëndetësore. Ato duke patur fuqi tregtare financojnë një sërë laboratorësh të fuqishëm që bëjnë kërkime shkencore në shëndetësi dhe blejnë nga shkencëtarët apo drejtuesit e laboratorëve për një periudhë p.sh. 10 vjeçare, patentën e kësaj shpikje ose të vaksinës së prodhuar. Kështu këto kompani vendosin monopolin e tyre mbi prodhimin dhe shitjen e tyre nga distributorët e saj. Ato kujdesen veçanërisht për promovimin e këtyre medikamenteve apo paisjeve shëndetësore duke eksperimentuar me pacientë të ndryshëm.

Një tipar i rëndësishëm që ndikon në përcaktimin e pozitës monopol të një firme është aftësia për të ndikuar mbi çmimin. Firma monopol është çmimi i vënë d.m.th. në vartësi të kërkesës së tregut ajo manovron me sasinë e medikamenteve dhe paisjeve shëndetësore që hedh në tregun farmaceutik. Kështu duke pakësuar artificialisht sasinë e ofruar, ajo rrit artificialisht kërkesën gjë që sjell rritje të çmimit. Ndryshe ndodh në konkurencën e plotë kur firma është çmim-marrëse dhe nuk ushtron asnjë lloj ndikimi mbi çmimin. Në këtë lloj konkurence firmat mund të startojnë lirisht, pa pengesa dhe mund t'i forcojnë pozitat e tyre vetëm përmes Çmimeve të ulta dhe cilësisë së lartë. Në këtë treg të lirë e pa pengesa herë pasurohet njëri dhe herë pasurohet tjetri, por asnjëri nuk arrin t'i imponohet tjetrit. Po po qe se në tregun farmaceutik njëri prej konkurentëve fuqizohet aq shumë sa që me ofertën e tij ndikon mbi tregun dhe shkatërron farmacitë e vogla atëherë siç theksuam më lart tregu konkurent shndërrohet në treg monopolistik.

Të qënit ose jo monopol të një kompanie nuk lidhet me përmasat e përqëndrimit të prodhimit apo mënyrës së organizimit të saj me llojet e tregut ku vepron dhe shkallën e kontrollit që ushtron. Në ndonjë rast ekstrem mund të ndodhë që për hir të interesave mbarë kombëtare apo shtetërore, e drejta e kontrollit nga ana e shtetit t'i jepet vetëm një firme duke eleminuar kështu me ligj konkurencën. P.sh. në prodhimet farmaceutike, apo në sektorin e ujësjellësit, shteti i jep të drejtën ekskluzive të të qënurit monopol një firme të vetme. Po kështu edhe në energjitikë.

Një tipar tjetër dallues i tregut monopolistik është ekzistenca e pengesave të hyrjes në të. Pra jo çdo firmë mund të hyjë dhe të provojë aftësitë e saj konkuruese në këtë treg. Hyrja në këtë treg është shumë e vështirë pasi ekziston një varg pengesash të shumta që pengojnë hyrjen e tyre në monopol. Këto pengesa mund të vijnë nga:

- **Së pari.** ***Cilësitë teknike*** të produkteve të prodhuara në standarte të atilla që nuk mund të realizohen nga kushdo firmë për shkak të pengesave teknologjike. Firma të vogla nuk mund të prodhojnë me teknologjinë e duhur për shkak të pamundësisë së blerjes së patentave teknologjike.
- **Së dyti.** ***Pengesat burokratike***. Shteti shpesh herë vendos kufizime në dhënien e liçensave dhe patentave ndaj firmave të vogla. Kështu përmes liçensave të kufizuara shteti pakson nr. e firmave konkuruese.
- **Së treti.** ***Pengesat financiare***. Firmave të vogla u caktohen kuota të larta financiare për të paguar që të futen në strukturat monopolistike dhe të përfitojnë nga lehtësirat dhe avantazhet që gëzojnë firmat monopol, siç janë lehtësirat në marrjen e kredive me norma të ulta interesi, sigurimin i porosive shtetërore me çmime fitim prurëse etj.

Monopolet shpesh herë krijohen nga bashkimet e fimave. Ky lloj monopoli quhet **kartel**. Zakonisht ai krijohet kur në një degë apo sektor të ekonomisë ka disa firma të mëdha dhe shteti e lejon me ligj bashkimin e tyre në kartel. Pjesëmarrësit në kartel bien në marrëveshje midis tyre për sasinë e produkteve shëndetësore që do të hedhin në treg, çmimet e shitjes për t'i mbajtur të larta, tregjet ku do të blejnë lëndët e para dhe çmimet e blerjes (që të jenë të ulta) etj.

Por monopolet krijohen edhe nga gllabërimi i firmave të vogla nga kompanitë e mëdha monopolistike. Këto lloj monopolesh quhen **truste**. Synimi është që kompanitë e mëdha e monopol

të mos kenë konkurentë në prodhim dhe në treg si dhe për të abuzuar sa më shumë me cilësinë dhe çmimet për të përfituar sa më shumë në dëm të konsumatorëve.
Lind pyetja: A duhet të ndërhyjë shteti për të kontrolluar monopolin dhe çfarë politikash shtetërore duhet të zbatojë ai për këtë qëllim?
Kritikat e shumta që bëhen për monopilin dëshmojnë për nevojën e ndërhyrjes shtetërore për të ushtruar kontrollin ndaj tyre. Kjo ndërhyrje duhet të jetë e ndryshme për llojet të ndryshme monopolesh. Për shëmbull, për monopolet e tipit kartel shteti duhet të ndërhyjë përmes ***ligjeve antitrust***, duke mos lejuar krijimin e tyre apo duke demaskuar marrëveshjet e tyre që shpesh herë janë në dëm të biznesit të vogël që ushtrojnë firmat e vogla në sektorin shëndetësor. Ndërhyrja shtetërore në kontroll ndaj monopolit në sektorin shëndetësor duhet të synojë në dobësimin e fuqisë tregtare të saj, në aftësinë e tij për të ndikuar mbi çmimin e tregut, kontrollin e cilësisë së produkteve shëndetësore të prodhuara, afatin e skadencës së tyre, cilësinë e shërbimeve shëndetësore të realizuara etj.

Në synimin për të maksimizuar fitimin firma monopol përcakton çmimin dhe sasinë e prodhimit, përcaktim që bëhet sipas rregullit MR=MC. (kujtojmë argumentimin e bërë në rastin e konkurencës së plotë). Veçse në këtë rast kurba e kërkesës që ndesh firma monopol është e njëjtë me atë të degës dhe ka pjerrësi rënëse. Kështu një monopol mund të rrisë sasinë e shitur duke pakësuar çmimin. Ky pakësim çmimi i nevojshëm për të shitur një sasi shtesë malli ndikon jo vetëm mbi sasinë e fundit të shtuar por edhe mbi gjithe njesitë e mëparshme (që do të shiten të gjitha me çmimin e ulur tani). Nga këtej rrjedh që shtesa tek e ardhura totale që vjen nga shitja e një njësie më shumë, pra e ardhura marxhinale, është më e vogël se sa çmimi P ose e ardhura mesatare AR, (P=AR). Prandaj kurba e MR qëndron më poshtë kurbës së kërkesës.
Në varësi të faktit nëse çmimi është më i madh apo më i vogël se ATC sigurohet përkatesisht fitim apo humbje. Niveli P=AVC përcakton pikën e mbylljes.

Në periudha afatgjata liria e hyrje daljes në treg si dhe fakti që produktet e degës janë zëvëndësuese të njera tjetrës, bëjnë që ashtu si dhe në konkurencën e plotë, të eleminohen ekstrafitimet apo humbjet dhe të mbetet vetëm fitimi normal. Ekuilibri do të arrihet në pikën ku kurba e kërkesës bëhet tangente me kurbën e kostos mesatare (dhe sigurisht MR=MC).
Në konkurencën monopolistike në ekuilibër afatgjatë arrihet MC=MR dhe P= ATC por P>LRMC. Pra çmimi rezulton këtu më i madh dhe autputi më i vogël se në konkurencën perfekte. Firma nuk prodhon ne nivelin minimum të ATC. (ku MC=ATC). Kjo mungesë efiçence në përdorimin e burimeve tek konkurenca monopolistike vjen për shkak të diferencimit të prodhimit: janë të shumta firmat që prodhojnë nëdegë dhe secila prodhon me një nivel autputi më të vogël se optimali.

OLIGOPOLI

Deri tani kemi trajtuar konkurencën e plotë dhe monopolin në shëndetësi që përfaqëson strukturat ekstreme të tregut në sektorin shëndetësor. Por situatat ku sundon vetëm konkurenca e plotë apo vetëm monopoli janë të rralla. Ajo që sundon në përgjithësi është situata e ndërmjetme ku mpleksen dhe gërshetohen elementë të konkurencës së plotë (ku marrim pjesë një numër i konsiderueshëm firmash) me elementë të monopolit ku dominon një firmë.
Nga greqishtja ***ligo*** = pak, ***poleos*** = shitsa, Oligopoli eshte forma e tregut ku sundojne pak firma, secila me fuqi te konsiderueshme. Në rast se situatën në prodhimin dhe shitjen e produkteve dhe

shërbimeve shëndetësore e dominojnë 2 firma atëherë do të kemi situatë ***duopolistike***. Në rast se këtë situatë do ta dominojnë me shumë se 2 firma atëherë do të kemi një situatë ***oligopolistike***.
Tipari kryesor i ketij tregu eshte ndervaresia qe ekziston mes firmave. Rezultatet e veprimtarise se nje firme per maksimizimin e fitimit jane te kushtezuara edhe nga veprimet e firmave te tjera. Fakti qe ne tregun oligopolistik mbeten pak firma lidhet me veshtiresine e hyrjes ne kete treg si psh ekonomizimet e shkalles etj. Pra tiparet me te rendesishme te oligopolit mund ti permbledhim:

1. Shitesit jane cmim - beres (firma e di qe ajo eshte cmim beres dhe ka ndikim mbi veprimtarine e firmave te tjera, produkti i prodhuar nga shites te ndryshem eshte i zevendesueshem, firma ndesh nje kurbe kerkese me pjeresi renese).
2. Firmat kane nje sjellje strategjike (ne treg veprojne pak firma dhe secila prej tyre zoteron nje mase relativisht te madhe te tregut te pergjithshem).
3. Hyrja ne treg mund te jete e penguar (barriera te ndryshme teknologjike dhe legale kufizojne hyrjen ne treg).
4. Bleresit jane cmim pranues (pra ne treg ka shume bleres dhe ata nuk zoterojne ndonje pjese te madhe te tregut per te influencuar mbi cmimin).

Në situatën oligopolistike, pjesëmarrëit apo partnerët veprojnë edhe si ortakë (pasi bien në marrëveshje midis tyre) edhe si konkurentë pasi në çdo rast përpiqen të përfitojnë në kurriz njëri-tjetrit. Kështu p.sh. në kartel që përfaqëson një nga modelet e oligopolit, secili nga pjesëmarrësit përpiqet të sigurojë kuota sa më të larta prodhimi e shitje, tregje sa më të leverdishme shitjeje e blerjeje lëndësh të para etj. Në rast se nr. i firmave pjesëmarrëse në kartel rritet së tepërmi atëherë nga partnerë ata kthehen në konkurentë. Kështu do të kemi kalimin nga situatë oligopolistike në situatë tregu konkuruese që vepron në konkurencë të plotë.

SISTEMI SHËNDETËSOR, KONKURRENCA E PRIVATIT DHE PUBLIKUT

Kur dhe si konkurrenca e ofruesve të shërbimit publik dhe privat shëndetësor mund të kthehet në risi të funksionimit të sistemit shëndetësor[1].

Porter M. ka evidentuar se:

Në një treg normal konkurrenca nxit përmirësime të papajtueshme në cilësi dhe kosto. Përshpejtimi i risive çon në përhapjen e shpejtë të teknologjive të reja dhe mënyrave më të mira për t'i bërë gjërat. Konkurrentët e shkëlqyer lulëzojnë dhe rriten, ndërsa rivalët më të dobët ristrukturohen ose dalin jashtë biznesit. Çmimet e përshtatura me cilësinë bien, vlera përmirësohet dhe tregu zgjerohet në funksion të plotësimit të nevojave të më shumë konsumatorëve.

Si rrjedhojë konkurrenca midis ofruesve mund të luajë një rol të rëndësishëm në sistemin shëndetësor, duke krijuar një rreth virtuoz të risive, cilësi të përmirësuar dhe efikasitet të shërbimeve shëndetësore. Për shembull, për shkak të asimetrisë së informacionit midis ofruesve dhe pacienteve, konsumatorëve të kujdesit shëndetësor u mungon një mënyrë efikase për të zgjedhur midis ofruesve që ofrojnë këto shërbime në bazë të cilësisë së kujdesit. Në një treg të tillë, konkurrenca nuk do të rrisë cilësinë. Duhet theksuar se në vendin tonë sistemi shëndetësor i sektorit publik do të shqetësohet nga prezantimi i konkurrencës së ofruesve të shërbimit privat, sepse kjo mund të çojë në mënyrë të paevitueshme në ofrimin e shërbimeve shëndetësore në sektorin privat dhe më pas në privatizimin e kujdesit shëndetësor.

Sa e realizueshme është konkurrenca?
Pesë pyetje thelbësore duhet të merren në konsideratë për të përcaktuar se sa konkurrenca është e nevojshme në kujdesin shëndetësor:

1. Cila është madhësia e segmentit përkatës të tregut?
2. Cila është niveli minimal ekonomik?
3. Cili është niveli minimal klinik?
4. A ekzistojnë barriera të konsiderueshme për hyrjen ose daljen në treg?
5. A ekzistojnë barriera të konsiderueshme që ndalojnë klientët – pacientët të ndryshojnë ofruesit e këtyre shërbimeve?

Pesë faktorë influencojnë nëse konkurrenca do te jetë e shëndetshme ose jo
Në shumë raste, niveli minimal klinik është një faktor vendimtar për të përcaktuar se sa konkurrenca është e nevojshme. Për shembull një ofrues mund të ofrojë shërbime të zakonshme të sigurta të imunizimit për fëmijët për një popullsi relativisht të vogël (10,000 ose 20,000 njerëz). Në ndryshim, një shërbimi pediatrik i cilësisë së lartë për pacientë të shtruar në spital, që ofron një prezencë të personelit mjekësor 24 orë në ditë – 7 ditë në javë i nevojitet një popullsi më e madhe për të garantuar se personeli kujdeset për një numër të pranueshëm fëmijësh për praktikimin e aftësive profesionale. Si rrjedhojë, një rajon i vogël mund të mbështesë disa ofrues që ofrojnë shërbime imunizimi për fëmijët, por vetëm një spital që ofron kujdes pediatrik për pacientët e shtruar.

[1] https://shendeti.com.al/sistemi-shendetesor-konkurrenca-e-privatit-dhe-publikut/, marrë dt. 18.04.2018.

Konkurrenca është më e shëndetshme kur kujdesi është më pak i specializuar.

Kujdesi Terciar shumë i specializuar:	*Monopol i pakontestueshëm*
Kujdesi Spitalor jo përzgjedhës dhe kompleks:	*Monopol i kontestueshëm*
Kujdesi spitalor më pak kompleks:	*Oligopol*
Kujdesi Parësor:	*Konkurrencë aktive*

Praktikisht, kjo do të thotë se duhet të ketë më pak konkurrencë kur kujdesi ofrohet në ambiente spitalore shumë të specializuara dhe më shumë konkurrencë kur kujdesi ofrohet jashtë spitalit. Në kete rast shumë nga përfitimet e mundshme nga rritja e konkurrencës midis ofruesve jane në Kujdesin Parësor. Kjo është fusha ku shumica e sistemeve shëndetësor sot ne botë janë aktualisht duke kërkuar risi për të garantuar fitime më të mëdha në cilësinë dhe produktivitetin e kujdesit shendetësor.

Çfarë rekomandohet?

Besoj se sistemet shëndetësore mund të përdorin konkurrencën në mënyrë të matur për te rritur cilësinë e kujdesit dhe për të kontrolluar kostot duke përshtatur natyrën e konkurrencës me natyrën e shërbimeve klinike që ofrohen. Megjithatë për të përfituar nga kjo mundësi, sistemi shëndetësor do të kenë nevojë të bëjnë ndryshime. Në fillim duhet të ndryshojë strukturën e tregut të kujdesit shëndetësor për të siguruar nivel të përshtatshëm të konkurrencës, do të ketë nevojë të marri masa për të mundësuar një konkurrencë më efikase dhe më të përshtatshme, qoftë brenda struktures ekzistuese ashtu edhe strukturave të reja të tregut.

A mund të ndryshojë struktura e tregut?

Menaxheret e sistemit shëndetësor pranojnë logjikën e niveleve të ndryshme të konkurrencës, disa argumentojnë se, duke qenë një çështje praktike, ndryshimi i strukturës konkurruese të tregut të kujdesit shëndetësor është jashtëzakonisht e vështirë. Për shembull, nëse koha e pritjes për një trajtim të caktuar kalon dy muaj në sistemin shëndetësor të sektorit publik, pacientët mund te kërkojne trajtim pa pagesë në spitalet e sektorit privat brenda tregut ose në një spital jashtë tregut. Kjo do te kete pasojat e veta sepse do rrise kapacitetin e sistemit si rrjedhojë koha maksimale e pritjes në shumë pjesë të sistemit publik do te reduktohet. Përmirësimi i kohës së pritjes do te bëjë të mundur që të rriten më tej kërkesat: pacientët te lejohen të kërkojnë trajtim në sektorin privat shendetesor. Për të mundësuar funksionimin e zgjedhjes së pacientit, sistemi shendetesor publik duhet ti paguaje ofruesve të sektorit privat një tarifë mbi atë që do te paguhet në spitalet e sektorit publik. Në këndvështrimin ekonomik, kjo është e kuptueshme – ofruesit e sektorit privat duhet të kompensohen për infrastrukturën shtesë e cila eshte e nevojshme për të mbështetur trajtimet që tani mund tja ofrojne pacientëve dhe ndryshimit relativ të kërkesës. Duhet te permendim ne kete rast qe pagesat e larta mund te krijojne dhe vështirësi ekonomike finaciare per institucionin rimbursues. Ne kete rast duhet eventualisht rimbursimet që do paguhen për spitalet private te kontrollohen, reduktohen ,rimbursohen dhe te percaktohen cmimet e këtyre sherbimeve spitalore nga Institucioni perkates i Sigurimeve Shendetesore.

Cilat janë hapat që duhet të ndjekë sistemi shëndetësor?

Ndryshimi i strukturës kompetitive të një tregu rrallë herë mund të gjenerojë vetë nivelin ideal të konkurrencës. Sistemi duhet të marrë masa për të zvogëluar barrierat drejt konkurrencës.

Gjashtë hapa mund të të ndihmojnë sistemin shëndetësor të kapi mundësitë që ofron konkurrenca.

1. Sigurimi i informacionit.
Funksionimi efikas i një sistemi shëndetësor kërkon të dhëna të sakta për kostot dhe cilësinë e shërbimeve. Pa këto lloj të dhënash, është e pamundur të evidentohen problemet. Megjithatë, është shumë e vështirë sigurimi i këtyre të dhënave; shpesh nuk janë të disponueshme për kujdesin e ofruar jashtë spitalit dhe disa herë janë të padisponueshme edhe për kujdesin spitalor.

2. Reformimi i mekanizmit të rimbursimit.
Mekanizmi i rimbursimit duhet të krijohet për të siguruar inkurajimin e të gjithë ofruesve të shërbimit që të sillen në mënyrë që promovojnë interesat e të gjithë sistemit (për shembull, ato nuk duhet të shpërblehen për ofrimin e procedurave të panevojshme dhe nëpërmjet tyre rrisin kërkesën për kujdes). Gjithashtu është e rëndësishme se financimi lidhet dhe ndjek çdo pacient; në të kundërt ofruesit e shërbimit mjekësor nuk kanë një arsye të fortë të konkurrojnë midis tyre për pacientët. Krahas të tjerash, mekanizmi i rimbursimit duhet të shpërblejë përsosmërinë. Ofruesit e shëerbimeve duhet te marrin një tarifë sipas cilësisë të bazuar në mënyrën se si performanca e tyre influencon rezultatet e arritura gjatë gjithë ciklit të kujdesit shëndetësor, nga diagnostikimi (ose edhe parandalimi), deri në rikuperimin dhe monitorimin. Praktikisht, kjo është e vështirë të realizohet, gjithsesi, sistemi shëndetësore ka disa mundësi për të garantuar një kujdes të cilësisë së lartë dhe efektiv nga pikëpamja e kostove gjatë gjithë ciklit të kujdesit shëndetësor. Për shembull, ato mund të përdorin protokolle klinike dhe programe të menaxhimit të sëmundjes për të kombinuar kujdesin në kushte specifike, krijimin e sistemeve të bazuara në tarifa që shpërblejnë cilësinë për kujdesin e ofruar dhe të lejojnë subjektet paguese dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor të ndajnë vlerat e përfitimet të produktivitetit të arritur.

3. Ndërtimi i Kapacitetit dhe krijimi i mundësive për kujdesin parësor.
Duke qenë se sistemet shëndetësore gjithmonë e më shumë përpiqen të transferojnë balancën e kujdesit nga ambientet spitalore në ambiente jashtë spitalit, konkurrenca me të cilën do të përballen spitale të veçanta nuk do të jetë nga spitale të tjera por nga ofruesit e shërbimit jo-akut. Për të provokuar konkurrencën midis ofruesve të kujdesit parësor dhe kujdesit akut, pjesa më e madhe e sistemeve shëndetësore do të duhet të rrisin kapacitetin e tyre të kujdesit parësor për të trajtuar volume më të mëdha dhe për të përmirësuar mundësitë e doktorëve të kujdesit parësor dhe drejtuesve.

4. Krijimi i stimujve për subjektet paguese.
Në rast se trysnia konkurruese përdoret për të ushtruar influencën maksimale në cilësi dhe produktivitet, blerësit e shërbimeve shëndetësore (subjektet paguese) duhet të kenë lirinë të blejnë në mënyrë selektive dhe të stimulohen që të kërkojnë vlerën për paranë.

5. Reduktimi i barrierave për pacientët që ndryshojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor.
Mundësia që kanë pacientët për të ndryshuar ofruesit mund të shërbejë si një nxitës i rëndësishëm për përmirësimin e cilësisë. Sistemi shëndetësor duhet të garantojë tek pacientët mundësinë që të mund të ndryshojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor pa patur pengesa ligjore ose burokratike.

6. Reduktimi i barrierave nga hyrja deri në dalje.
Sistemi shëndetësor duhet të heqi barrierat e panevojshme për hyrjen dhe daljen nga tregu. Duke lejuar që ofruesit e një shërbimi të varfër të dalin nga tregu dhe ofruesit që ofrojnë shërbime cilësore të hyjnë në treg, është e rëndësishme inkurajimi i risive dhe stimulimi i ofrimit të shërbimeve cilësore. Megjithatë në disa raste, dalja nga tregu nuk do të thotë mbylljen e shërbimit; një ndryshim i menaxhimit mund të jetë i mjaftueshëm për të arritur rezultatet e dëshiruara.

Si përfundim, për shërbime shëndetësore që kërkojnë një nivel të lartë specializimi, konkurrenca, jo në mënyrë të qëllimshme do të inkurajonte rritjen e kapacitetit të tepërt dhe mbivendosjen e infrastrukturës. Në disa raste ofruesit duhet të lejohen të konkurrojnë për të qenë ofruesi i vetëm i një shërbimi të caktuar për një periudhë kohe. Ofruesi fitues që ofron këtë shërbim mund të pajiset me një liçensë për të ofruar shërbimin e kujdesit për një periudhë kohe të caktuar sipas parametrave të performancës të bazuar në rezultate të qarta. Ofruesit e tjerë mund të përqendrohen në lloje të ndryshme shërbimi të kujdesit akut, duke u rikonfiguruar për të ofruar shërbime akute nivelit të ulët. Sipas kësaj përqasje forcat konkurruese hyjnë në tregje monopolistike duke mos rrezikuar dyfishimin e panevojshëm të kostove. Sistemi shëndetësor, përpara se të hyjnë ofrues të tjerë është e rëndësishme që të analizojë me kujdes nëse rritja e kostove do të kompensohet në mënyrë të mjaftueshme nga përmirësimi i produktivitetit dhe cilësisë. Sot ka ardhur koha që sistemi shëndetësor të ketë në fokusin e tij konkurrencën e lirë në kujdesin shëndetësor sepse konkurrenca ka mundësi të bëjë ndryshime të mëdha.

Konkurenca dhe strukturat monopoliste në sektorin shëndet

- Që në temat e mëparshme kemi theksuar se në një ekonomi tregu çmimet dhe sasia e produkteve të prodhuara dhe shërbimeve të realizuara në sektorin shëdentësor, përcaktohen nga tregu me mekanizmat e tij të kërkesës dhe të ofertës.
- Por tregjet e produkteve dhe ato të shërbimeve ndryshojnë njëri nga tjetri për nga shkalla e konkurencës së tyre. Në disa, konkurenca është e plotë, në disa është e kufizuar, kurse në disa të tjera nuk ka fare konkurencë. Në këtë të fundit nënkupton monopolin.

Çështja e parë

Tiparet e tregut konkurues në shëndetësi dhe efiçenca ekonomike

- Kur flasim për konkurencën në Ekonominë e Shëndetit Publik kemi parasysh përpjekjet dhe luftën që bëhet për të fituar në një proçes konkurimi, për të zënë një vend nderi apo për të forcuar pozitën sunduese.
- P.sh. ju që keni ardhur deri këtu keni kaluar në shumë sita konkurimi duke filluar që nga konkursi i pranimit e deri tek konkurimet vjetore. Të tjerët konkurojnë për një specializim, për një vend pune, për një projekt apo për një tender, kurse dikush tjetër në sport, në sfilata apo konkurse bukurie.

- Pra në themel të konkurencës qëndron konkurimi. Kur konkurenca është e plotë dhe konkurimi është dinjitoz e i ndershëm, pra pa ndërhyrje e pa "brryla" dhe frutat e korra nga konkursi do jenë të një cilësie të lartë.
- Kjo lloj konkurence e plotë, ku të gjithë startojnë me objektivin për të fituar, do të sjellë rritjen e cilësisë së produkteve dhe shërbimeve shëndetësore pasi konkurenca e plotë seleksionon vazhdimisht të paaftët dhe mediokrit.

- Kur flasim për konkurencë të plotë në E.SH.P., do të kemi parasysh disa veçori:
- **Së pari** ekzistencën e një numri të madh të klinikave private, spitaleve dhe farmacive private. Sa më i madh të jetë nr. i tyre, aq më i fortë do bëhet konkurimi dhe aq më të shëndetshëm do jenë firmat apo individët fitues. Vënia e tyre përballë institucioneve shëndetësore shtetërore sjell rritjen e cilësisë së shërbimeve shëndetësore, medikamenteve

- **Së dyti.** Si konsumatorët ashtu edhe ofruesit e të mirave materiale dhe shërbimeve shëndetësore në sektorë të ndryshëm të shëndetit, duhet të kenë një informacion të plotë mbi ndryshimet që ndodhin në tregun e TM + shërbimeve publike nga rritjet e reja në shkencën dhe teknikën bashkëkohore mjekësore dhe medikamentet e paisjeve riaftësuese të hedhura në tregun shëndet.

- **Së treti**. Firmat që veprojnë në tregun shëndetësor të jenë të lira për hyrje-dalje nga ky treg si edhe në lëvizjet nga një vend në tjetrin pa pengesë ligjore, financiare e strukturore.
- Kjo do të sjellë rritje dhe përhapjen cilësore të shërbimeve dhe produkteve shëndetësore në gjithë territorin e vendit.

- Tipari më i rëndësishëm i konkurencës së plotë që buron nga veçoritë e mësipërme është se firmat që veprojnë në sektorin shëndetësor nuk ushtrojnë asnjë ndikim në vendosjen e çmimeve të shërbimeve shëndetësore e medikamenteve e paisjeve shëndetësore që hedhin në treg. Pra ata nuk janë çmim - vënëse por çmim - marrëse ose çmim - pranuese për produktet dhe shërbimet që i ofrojnë tregut. Çmimi do të përcaktohet nga kërkesa dhe oferta e tregut shëndetësor. Pra është mekanizimi i kërkesës - ofertës që përcakton çmimin e produkteve

- Le të supozojmë se çmimi i një medikamenti mjekësor është 100$ dhe nr. i farmacive që i tregtojnë janë me qindra. Secila prej farmacive do dëshironte t'i shiste tërë medikamentet që disponojnë me çmimin e tregut 100$. Pra firmat farmaceutike mund të marrin vendime lidhur me sasinë që i ofron tregut.
- Firma nuk mund të ndikojë mbi çmimin. Ajo nuk ka interes të ulë çmimin pasi do humbasë. Po kështu nuk mund ta rrisë çmimin pasi do i ngeleshin ilaçet pa shitur, sepse firma të tjera do vazhdojnë të shesin me 100$ çmimin.

- Mundësia që kanë firmat farmaceutike për të shitur çfarëdo sasie më çmimin e tregut pa u shqetësuar aspak nga prania e njëri-tjetrit, të krijon përshtypjen sikur në këtë treg konkurencial nuk ka konkurencë. Por konkurenca nuk ekziston dhe buron pikërisht nga raporti i secilit farmacist me çmimin e tregut. Ajo farmaci që nuk arrin të mbulojë shpenzimet me të ardhurat e realizuara, është e detyruar të falimentojë.
- Maksimizimi i fitimit ka qënë dhe mbetet synimi themelot i çdo firme. Këtij qëllimi i kanë shërbyer dhe i shërbejnë të gjitha përpjekjet që bëjnë firmat që veprojnë në sektorin shëndetësor për të zbatuar në shëndetësi të rejat e shkencës, format humane të organizimit të punës e të shpërblimit etj.

- Maksimizimi i fitimit si qëllim themelor, kërkon përdorimin e një sërë instrumentave ekonomike ndër të cilët si më të rëndësishme përmendim koston dhe çmimin. Tek kostoja synohet minimizimi i saj, kurse e dyta maksimizimin e të ardhurave.
- Diferenca Ta. max - kosto min.= Fitimi max.
- Firmat prodhuese të medikamenteve dhe paisjeve mjekësore do të vazhdojnë të prodhojë përsa kohë çmimi i tregut > se kostoja/njësi prodhimi. Në rast se çmimi do jetë i = me koston/njësi, atëherë duhet të mbyllë aktivitetin.
- Ekuilibri i firmës ruhet për sa kohë TA marzh.= Kosto

- Përsa kohë ruhet ky barazim, për aq kohë firma është në efiçencë të plotë. Efiçenca si koncept është mjaft e gjerë. Ajo lidhet ngushtë me konceptet e pasurisë, mirëqënies, shëndetit, produktivitetit etj.
- Në këtë çështje ne do të analizojmë efiçencën ekonomike në kushtet e konkurencës së plotë.

- Efiçenca ekonomike përbën një nga themelet e analizës së problemit ekonomike themelor. Me efiçencë ekonomike do të kuptojmë atë gjendje të ekonomisë në të cilën askush nuk mund ta rrisë mirëqënien e tij pa cënuar mirëqënien e dikujt tjetër.
- Sipas ekonomistit të njohur italian Vilfredo Pareto, efiçenca ekonomike përfaqëson atë situatë ku prodhimi i produktit të dhënë nuk mund të rritet pa ulur prodhimin e një produkti tjetër. Po kështu konsumi i një konsumatori nuk mund të rritet pa paksuar konsumin e një tjetri.

- Sipas këtij përcaktimi rritje e efiçencës ekonomike realizohet kur plotësohen 3 kondita që quhen konditat paretiane.
- **Së pari** rritet efiçenca prodhuese,
- **Së dyti** rritet efiçenca alokative,
- **Së treti** rritet efiçenca e shpërndarjes.
- Realizimi në kompleks i këtyre 3 konditave sjell realizimin në tërësi të efiçencës

- Le ti analizojmë shkurtimisht:
- **Së pari.** Efiçencë prodhimi nënkupton prodhimin e një sasie të dhënë TMM+Sh me mirëqënien e burimeve. Pra kjo nënkupton produktivetit maksimal të mundshëm.
- **Së dyti.** Efiçenca alokative nënkupton alokimin e burimeve në prodhimin e atyre lloj produkteve dhe shërbimeve që kërkon shoqëria. Problemi këtu nuk shtrohet që burimet të shpërndajnë në mënyrën të ndryshme subjekteve, por si t'i alokojmë, si ti shpërndajmë ato midis subjekteve ekonomike në mënyrë që të përfitojmë sa më shumë TM+Sh.
- **Së treti.** Efiçenca në shpërndarjen e produkteve të prodhimit dhe shërbimit të realizuar në mënyrë të tillë që konsumatorët duke u nisur nga TA që disponojmë dhe niveli i çmimeve të tregut, të kenë bërë një zgjedhje ideale që nuk do pranonin të ndërronim me asnjë zgjedhje tjetër.

Çështja e II

Konkurenca jo e plotë dhe strukturat monopoliste në E.Sh.P

- Kemi theksuar se konkurenca përbën një nga tiparet themelorë të E.T. Por në praktikë nuk mund të gjejmë ekonomi të pastër tregu që të jetë tërësisht konkurente ose jo konkurente.
- Të dyja këto i ndeshim të mpleksura në formën e një konkurence jo të plotë, e cila përfshin një hapësirë shumë të gjerë duke filluar që nga konkurenca monopolistike deri në ekstremin e kundërt të konkurencës së

- Fjala monopol vjen nga greqishtja, mono = vetëm dhe poleos = shitës. Pra monopoli në strukturat e shëndetit publik nënkupton një situatë ekonomike ku prodhimin dhe tregtimin e medikamenteve dhe paisjeve të ndryshme mjekësore e dominon një kompani e vetme, e cila prodhon dhe shet produkte dhe shërbime shëndetësore.

- Nga ky përkufizim i monopolit si firmë e vetme që synon në prodhim dhe në treg buron edhe tipari i tij themelor. Ekzistenca e një firme të vetme në degë apo sektor. P.sh. në tregun shëndetësor shqiptar në prodhimin e produkteve mjekësore dominon firma "Profarma Sh.p.k.", e cila ka të drejtën eksluzive të prodhimit të preparateve që shërbejnë për mjekimin e sëmundjeve të ndryshme si p.sh. paracetamoli, aulina, hidroklortiaziti, loparomidi, aspirina, vitamina të ndryshme, solucione anestetike dhe ato dezinfektante etj.

- Kompanitë e fuqishme farmaceutike në botë si kompania "Alkoni" në SHBA dhe CIBA në Zvicër kanë patentat e prodhimit të preparateve okulistike, kompania NOVARTIS që zotëron patentën e prodhimit të preparateve për mjekimin e sëmundjeve të zemrës, lëkurës, veshkave, endokrine, psikiatrike etj. Po kështu mund të përmendim kompani të tjerë të fuqishme si Jensen, Lekscopj (Sllovene) Chiesi (italiane) të cilët zotërojnë patentat e një numri të

- Këto kompani të fuqishme farmaceutike ushtrojnë kontrollin e tyre në prodhimin botëror të medikamenteve shëndetësore. Ato duke patur fuqi tregtare financojnë një sërë laboratorësh të fuqishëm që bëjnë kërkime shkencore në shëndetësi dhe blejnë nga shkencëtarët apo drejtuesit e laboratorëve për një periudhë p.sh. 10 vjeçare, patentën e kësaj shpikje ose të vaksinës së prodhuar. Kështu këto kompani vendosin monopolin e tyre mbi prodhimin dhe shitjen e tyre nga distributorët e saj. Ato kujdesen veçanërisht për promovimin e këtyre medikamenteve apo paisjeve shëndetësore duke eksperimentuar me pacientë të ndryshëm.

- Një tipar i rëndësishëm që ndikon në përcaktimin e pozitës monopol të një firme është aftësia për të ndikuar mbi çmimin. Firma monopol është çmimi i vënë d.m.th. në vartësi të kërkesës së tregut ajo manovron me sasinë e medikamenteve dhe paisjeve shëndetësore që hedh në tregun farmaceutik.
- Kështu duke pakësuar artificialisht sasinë e ofruar, ajo rrit artificialisht kërkesën gjë që sjell rritje të çmimit.

- Ndryshe ndodh në konkurencën e plotë kur firma është çmim-marrëse dhe nuk ushtron asnjë lloj ndikimi mbi çmimin. Në këtë lloj konkurence firmat mund të startojnë lirisht, pa pengesa dhe mund t'i forcojnë pozitat e tyre vetëm përmes Çmimeve të ulta dhe cilësisë së lartë.
- Në këtë treg të lirë e pa pengesa herë pasurohet njëri dhe herë pasurohet tjetri, por asnjëri nuk arrin t'i imponohet tjetrit. Po po qe se në tregun farmaceutik njëri prej konkurentëve fuqizohet aq shumë sa që me ofertën e tij ndikon mbi tregun dhe shkatërron farmacitë e vogla atëherë sic theksuam më lart tregu

- Të qënit ose jo monopol të një kompanie nuk lidhet me përmasat e përqëndrimit të prodhimit apo mënyrës së organizimit të saj me llojet e tregut ku vepron dhe shkallën e kontrollit që ushtron.
- Në ndonjë rast ekstrem mund të ndodhë që për hir të interesave mbarë kombëtare apo shtetërore, e drejta e kontrollit nga ana e shtetit t'i jepet vetëm një firme duke eleminuar kështu me ligj konkurencën.
- P.sh. në prodhimet farmaceutike, apo në sektorin e ujësjellësit, shteti i jep të drejtën ekskluzive të të qënurit monopol një firme të vetme. Po kështu edhe në energjitikë.

- Një tipar tjetër dallues i tregut monopolistik është ekzistenca e pengesave të hyrjes në të.
- Pra jo çdo firmë mund të hyjë dhe të provojë aftësitë e saj konkuruese në këtë treg. Hyrja në këtë treg është shumë e vështirë pasi ekziston një varg pengesash të shumta që pengojnë hyrjen e tyre në monopol.

- Këto pengesa mund të vijnë nga:
- **Së pari.** Cilësitë teknike të produkteve të prodhuara në standarte të atilla që nuk mund të realizohen nga kushdo firmë për shkak të pengesave teknologjike. Firma të vogla nuk mund të prodhojnë me teknologjinë e duhur për shkak të pamundësisë së blerjes së patentave teknologjike.
- **Së dyti.** Pengesat burokratike. Shteti shpesh herë vendos kufizime në dhënien e liçensave dhe patentave ndaj firmave të vogla. Kështu përmes

- **Së treti.** Pengesat financiare. Firmave të vogla u caktohen kuota të larta financiare për të paguar që të futen në strukturat monopolistike dhe të përfitojnë nga lehtësirat dhe avantazhet që gëzojnë firmat monopol, siç janë lehtësirat në marrjen e kredive me norma të ulta interesi, sigurimin i porosive shtetërore me çmime fitim prurëse etj.

- Monopolet shpesh herë krijohen nga bashkimet e fimave. Ky lloj monopoli quhet **kartel**. Zakonisht ai krijohet kur në një degë apo sektor të ekonomisë ka disa firma të mëdha dhe shteti e lejon me ligj bashkimin e tyre në kartel. Pjesëmarrësit në kartel bien në marrëveshje midis tyre për sasinë e produkteve shëndetësore që do të hedhin në treg, çmimet e shitjes për t'i mbajtur të larta, tregjet ku do të blejnë lëndët e para dhe çmimet e blerjes (që të jenë të ulta) etj.

- Por monopolet krijohen edhe nga gllabërimi i firmave të vogla nga kompanitë e mëdha monopolistike. Këto lloj monopolesh quhen **truste**.
- Synimi është që kompanitë e mëdha e monopol të mos kenë konkurentë në prodhim dhe në treg si dhe për të abuzuar sa më shumë me cilësinë dhe çmimet për të përfituar sa më shumë në dëm të konsumatorëve.
- Lind pyetja: A duhet të ndërhyjë shteti për të kontrolluar monopolin dhe cfarë politikash

- Kritikat e shumta që bëhen për monopilin dëshmojnë për nevojën e ndërhyrjes shtetërore për të ushtruar kontrollin ndaj tyre. Kjo ndërhyrje duhet të jetë e ndryshme për llojet të ndryshme monopolesh.
- Për shëmbull, për monopolet e tipit kartel shteti duhet të ndërhyjë përmes ligjeve antitrust, duke mos lejuar krijimin e tyre apo duke demaskuar marrëveshjet e tyre që shpesh herë janë në dëm të biznesit të vogël që ushtrojnë firmat e vogla në sektorin shëndetësor.

- Ndërhyrja shtetërore në kontroll ndaj monopolit në sektorin shëndetësor duhet të synojë në dobësimin e fuqisë tregtare të saj, në aftësinë e tij për të ndikuar mbi çmimin e tregut, kontrollin e cilësisë së produkteve shëndetësore të prodhuara, afatin e skadencës së tyre, cilësinë e shërbimeve shëndetësore të realizuara etj.

Oligopoli në shëndetësi dhe tiparet e tij.

- Deri tani kemi trajtuar konkurencën e plotë dhe monopolin në shëndetësi që përfaqëson strukturat ekstreme të tregut në sektorin shëndetësor. Por situatat ku sundon vetëm konkurenca e plotë apo vetëm monopoli janë të rralla. Ajo që sundon në përgjithësi është situata e ndërmjetme ku mpleksen dhe gërshetohen elementë të konkurencës së plotë (ku marrim pjesë një numër i konsiderueshëm firmash) me

- Në rast se situatën në prodhimin dhe shitjen e produkteve dhe shërbimeve shëndetësore e dominojnë 2 firma atëherë do të kemi situatë duopolistike.
- Në rast se këtë situatë do ta dominojnë me shumë se 2 firma atëherë do të kemi një situatë oligopolistike.
- Nga greqishtja *ligo* = pak, *poleos* = shitsa.

- Në situatën oligopolistike, pjesëmarrësit apo partnerët veprojnë edhe si ortakë (pasi bien në marrëveshje midis tyre) edhe si konkurentë pasi në çdo rast përpiqen të përfitojnë në kurriz njëri-tjetrit. Kështu p.sh. në kartel që përfaqëson një nga modelet e oligopolit, secili nga pjesëmarrësit përpiqet të sigurojë kuota sa më të larta prodhimi e shitje, tregje sa më të leverdishme shitjeje e blerjeje lëndësh të para etj. Në rast se nr. i firmave pjesëmarrëse në kartel rritet së tepërmi atëherë nga partnerë ata kthehen në konkurentë. Kështu do të kemi kalimin nga situatë oligopolistike në situatë tregu konkuruese që vepron në konkurencë të plotë.

TEMA 11

SISTEMET E KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE SHËNDETI I POPULLATËS

Vështrim i përgjithshëm

Katër llojet e sigurimeve shëndetësore janë shfrytëzuar gjërësisht për shpërndarjen e rrezikut, nxitjen e parapagimit, rritjen e të ardhurave dhe blerjen e shërbimeve, të cilat janë: sitemet shëndetësore të financuara nga qeveria dhe që operojnë përmes Ministrisë së Shëndetësisë ose Shërbimet Shëndetësore Kombëtare, sigurimet shoqërore e shëndetësore, sigurimet shëndetësore komunitare dhe sigurimet vullnetare. Këto katër çasje ndryshojnë në aspekte të përgjithshme që mund të ndikojnë performancën e tyre sipas vendeve nga niveli i të ardhurave, struktura e punësimit, nevojat shëndetësore dhe kapacitetet administrative. Ky kapitull përcakton secilën nga këto mënyra, analizon fuqitë dhe dobësitë e secilit dhe analizon rëndësinë dhe realizueshmërinë e tyre për vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare. Asnjëri nga këto mënyra nuk është gjetur në vetvete i mirë apo i keq. Për më tepër, sfidat e politikë-bërësve janë për të krijuar "shtigje" të zbatueshme për zhvillimin e sigurimit shëndetësore në një vend – shtigje që përmirësojnë në mënyrë të qëndrueshme mbrojtjen financiare përmes shpërndarjes së rrezikut, parapagimit, rritjes së cilësisë dhe efektivitetit të shërbimeve shëndetësore, përmirësimit të indikatorëve të rezultateve dhe drejtësisë dhe në një mënyrë të qëndrueshme, të barabartë dhe të përballueshme.

Mekanizmat e shpërndarjes së rrezikut

Duke marrë në konsideratë katër sistemet e spikatura të shpërndarjes së rrezikut të përdorura në lidhje me funksionimin e sigurimeve shëndetësore, hartuesit e politikave kudo në botë duhet të jenë pragmatikë për të siguruar që zhvillimi i financimit shëndetësor është në linjë me zhvillimin në tërësi, me atë ekonomik, institucional, kulturor, sipas specifikave të vendeve. Prandaj, është i rëndësishëm një kuptim i përgjithshëm i mekanizmave financues dhe metodave më specifike për t'i vlerësuar ato në nivel vendi. Ky kapitull shqyrton secilin nga katër llojet e mekanizmave të shpërndarjes së rrezikut në detaje dhe përshkruan kornizat për rregullat qeveritarë të sistemeve të sigurimeve shëndetësore vullnetare. Përfundime të rëndësishme rreth përshtatjes së secilit prej sistemeve të shpërndarjes së rrezikut janë përmbledhur këtu dhe diskutuar në detaje në paragrafet e mëposhtme:

• **Sistemet e financuara nga shteti**. Avantazhet e sistemeve të kujdesit shëndetësor të financuara nga shteti, shpjegohen nga fakti se ata janë forma më e përhapur e financimit shëndetësor. Ata sigurojnë akses universal të mbulimit, mund të mbështeten në shumë burime të ndryshme financimi dhe mund të jenë relativisht të thjeshtë për t'u manaxhuar. Megjithatë, ngaqë duhet të konkurojnë çdo vit për pjesën e buxhetit shtetëror, ata mund të marrin burime të pamjaftueshme dhe të paqëndrueshme. Në shumë vende, sistemi i

ofrimit të shërbimeve shëndetsore i financuar nga shteti ka treguar të jetë inefiçient, ashtu si shumë shërbime të tjera të menaxhuara nga shteti. Për më tej, në sistemet e financuara nga shteti, priren të përfitojnë më shumë të pasurit se sa të varfërit, veçënarisht në vendet në zhvillim. Prandaj, për të implementuar në mënyrë të suksesshme një sistem të financuar nga shteti në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, duhet të krijohen kushtet për të rritur burimet e mjaftueshme për shëndetin (përmes rritjes së vazhdueshme ekonomike, administrimit kompetent të taksave dhe një konsensus brenda popullsisë në favor të taksave). Në mënyrë që sistemi të funskionojë duhet gjithashtu, të krijohen institucione të qëndrueshme e të forta. Përveç kësaj, përpjekje të veçanta duhet të bëhen për të vendosur si target të varfërit, duke ruajtur ndërkohë karakterin universal të sistemit – me fjalë të tjera, të shmanget sllogani "një sistem i varfër për të varfërit" (Mossialos and Dixon 2002).

• **Sigurimi shoqëror e shëndetësor**. Sigurimi shoqëror e shëndetësor mund të jetë një mënyrë efektive për të rritur burime shtesë për shëndetin dhe për të arritur mbulimin universal. Veçanërisht, duke bërë financimin e kujdesit shëndetësor më transparent dhe të qëndrueshëm, sigurimi shoqëror e shëndetësor mund të inkurajojnë popullatën të kontribuojnë më shumë për sistemin e mbulimit shëndetësor. Por këto objektiva mund të arrihen me shpejtësi të ndryshme, në varësi të karakteristikave politike e socioekonomike të çdo vendi. Për shumë vende me të ardhura të pakta, veçënarisht ato me ekonomi që rrinë në vend dhe me rritje të punonjësve në sektorin informal, këto objektiva mund të jenë jorealë në të ardhmen e parashikueshme. Prandaj, përpara implementimit të një skeme të sigurimit shoqëror e shëndetësor, një qeveri duhet të shqyrtojë qëndrueshmërinë e saj për kushtet socioekonomike dhe politike të vendit dhe të vlerësojë problemet potenciale për të përcaktuar nëse ata mund të zgjidhen ose reduktohen në atë masë të nevojshme, për të siguruar që avantazhet e sigurimit shoqëror e shëndetësor peshojnë më shumë se disavantazhet. Kjo punë parapërgatitore mund të çojë në konkluzionin se ajo është e përshtatshme të paraprijë reformën, por ajo mund të çojë dhe në vendime për të shtyrë reformën derisa të përmbushen disa parakushte të domosdoshme. Eksperienca ka treguar gjithashtu se, në stadin fillestar të zhvillimit, sigurimi shoqëror e shëndetësor ka një tendencë për të devijuar burimet nga segmenti më i varfër i popullsisë te segmenti më i pasur. Si pasojë, vendet që marrin në konsideratë krijimin e një sistemit të sigurimit shoqëror e shëndetësor, duhet të jenë të vetëdijshëm për këtë efekt anësor dhe të përfshijnë mekanizma për të mbrojtur të varfërit brenda kuadrit të sistemit. Së fundi, sigurimi shoqëror e shëndetësor mund të shkaktojë përshkallëzim të kostos, siç vërehet në shumë vende të OECD. Prandaj, qeveritë që dëshirojnë të zbatojnë skemën e sigurimit shoqëror e shëndetësor duhet të projektojnë mekanizma të duhur për të kontrolluar kostot.

• **Sigurimi shëndetësor komunitar**. Këto skema sigurojnë mbrojtje financiare për njerëzit që nuk kanë akses ndaj mbulimit shëndetësor dhe ata mund të arrijnë rezultate deri diku në mobilizimin e burimeve. Megjithatë, ngaqë shumë sisteme bazuar në komunitet janë të vogla dhe shpesh financiarisht të vështira për t'u zbatuar, ata veçënarisht nuk janë efektive në arritjen e segmentit më të varfër të popullsisë. Sigurimet shëndetësore me bazë komunitare mund të jenë formuar në vende me treg informal pune dhe kapacitet të kufizuar institucional, por është parakusht një ndjenjë e fortë e solidaritetit komunitar lokal. Ndërhyrjet e qeverisë – përmes subvencionimit, asistencës teknike dhe inisiativave për të lidhur skemat e sigurimit shoqëror e shëndetësor komunitare me financimit shëndetësor më formal – është e rëndësishme për të përmirësuar efiçiencën dhe

qëndrueshmërinë e kësaj skeme. Ajo që del nga literatura për skemën e sigurimit shëndetësor komunitar, është se ajo është "më e mirë se asgje" në vendet me të ardhura të ulëta ku implementimi i ndonjë lloji të skemave të financimit kolektiv është problematik. Por sigurimi shëndetësor me bazë komunitar nuk mund të jetë zgjidhja për të gjithë problemet e financimit shëndetësor në vendet me të ardhura të ulëta dhe duhet të konsiderohet si "një plotësues – jo zëvendësues – për përfshirjen e fuqishme qeveritare në financimin e kujdesit shëndetësor" (Preker dhe të tjerë 2004). Sfida më e madhe dhe çështjet premtuese përfshijnë se si të projektohen skemat e sigurimit shëndetësor komunitar për të siguruar pajtueshmërinë më të mirë të mundshme me sistemet më të mëdha dhe se si t'i bëjë këto skema të vogla të evulojnë drejt sistemeve të financimit shëndetësor më të ndërlikuar dhe më gjithëpërfshirës.

• **Sigurimi shëndetësor privat/vullnetare**. Sistemi privat/vullnetar kërkon një nivel të caktuar të kapacitetit institucional tregtar dhe mund të përfitojë (po jo domosdoshmërisht i varur) nga një nivel i ngjashëm i kapacitetit institucional në sektorin publik. Ndryshe nga sigurimi shoqëror e shëndetësor (i cili është i vështirë të zhvillohet, të zgjerohet apo mbështetet, kur solidariteti shoqëror kombëtar është i ulët, kapaciteti institucional qeveritar është i dobët dhe tregu i punës është informal), sistemet vullnetare nuk qëndrojnë aq shumë mbi solidaritetin lokal apo kombëtar dhe tregun formal të qëndrueshmë të punës, edhe pse këto kushte sigurisht që japin ndihmesë. Megjithatë, sisteme të tilla, po të mos subvencionohen nga qeveria, mund të përfitojnë vetëm ato qytetarë ose biznese që kanë mundësi të paguajnë. Mbi të gjitha, përveç sfidave të drejtësisë, këto sisteme mund të jenë të prirur ndaj disa llojeve të dështimeve të tregut (Tapay dhe Colombo 2004). Prandaj ata duhet të zhvillohen me kujdes dhe në një kornizë të përshtatshme ligjore.

SISTEMET E KUJDESIT SHËNDETËSOR TË FINANCUAR NGA SHTETI

Sistemet e financuara nga shteti janë të përshtatshme për shumicën e vendeve që kanë kapacitet ekonomik dhe admninstrativ për të rritur taksat, krijimin e një rrjeti eficient të ofruesve dhe kapacitet për të patur si target (objektiv) të varfërit. Sistemet e kujdesit shëndetësor të financuar nga shteti përbëjnë mekanizmin më të përhapur të financimit shëndetësor në botë. Të ardhurat e përgjithshme qeveritare përfaqësojnë burimin kryesor të shpenzimeve të kujdesit shëndeëtsor në 106 vende nga 161 në total, sipas OBSH, 2006. Në vendet me të ardhura të larta, dy të tretat e shpenzimeve publike financohen nga të ardhurat e përgjithshme; në vendet me të ardhura mesatare, pothujse tre-të katërtat; dhe në vendet me të ardhura të ulëta, pothuaj të gjithë shpenzimet publike financohen nga të ardhurat e përgjithëshme.

Shumica e specialistëve të shëndetit deklarojnë se këto sisteme e kanë origjinën nga raporti i Beveridge, publikuar në vitin 1942 dhe shpesh ata quhen "Sisteme Beverigean" (Beveridge 1942). Në të vërtetë, megjithëse ky raport rekomandoi financimin e kujdesit shëndetësor përmes kontributeve të përcaktuara – jo nga taskimi i përgjithshëm – Akti i Shërbimit Shëndetësor Kombëtar i vitit 1946, i frymëzuar kryesisht nga vepra e Beveridge, themeloi ofrimin e shërbimeve të financuara nga taksat në Britani, pa pagesë, për parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve. Sistemi shëndetësor kombëtar Britanik u shfaq kështu si model për sistemet shëndetësore të fiancuara nga shteti, edhe

pse marrëveshje të ngjashme tashmë kishin ekzistuar në Bashkimin Sovjetik (1918) dhe Zelandën e Re (1938).
Teorikisht, një sistem i shërbimeve shëndetësore kombëtare është një marrëveshje universale e grumbullimit nën të cilin e tërë popullata ka akses ndaj shërbimeve publike të financuara nga të ardhurat e përgjithëshme. Praktikisht, me përjashtim të vendeve të OECD, sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore zakonisht bashkë-ekzistojnë me një ose më tepër nga marrëveshjet e tjera të shpërndarjes së rrezikut. Në shumicën e vendeve me të ardhura të ulëta dhe mesatare, Ministritë e Shëndetësisë veprojnë si shërbime shëndetësore nacionale për segmentin kryesor të popullatës, ndërsa mekanizma të tjerë, të tillë si sigurimi shëndetësor komunitar (në vendet me të ardhura të ulëta) dhe sigurimi shëndetësor e shoqëror ofrojnë mbrojtje për segmentet e tjera të popullatës. Një fragmentim i tillë priret të zmadhojë shpenzimet administrative dhe të kufizojë efiçiencën dhe barazinë e marrëveshjeve të shpërndarjes së rrezikut. Megjithatë, për ta patur të qartë, kjo pjesë e kapitullit përqëndrohet në karakteristikat kryesore të formës "së pastër" të sistemeve të financaura nga të ardhurat e përgjithëshme. Kjo përcakton sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore (kutia 6.1), shqyrton përparësitë dhe dobësitë dhe analizon faktorët kryesorë për të siguruar zhvillimin dhe efektivitetin e tyre në vendet në zhvillim.
Ndikimi ekonomik, drejtësia dhe natyrshmëria (thjeshtësia) e modaliteteteve (mënyrave) financuese, varen nga burimet aktuale të të ardhurave të përdorura nga qeveria. Teorikisht, sistemet e pastëra kombëtare të shërbimeve shëndetësore funksionojnë mirë, sepse ata shpërndajnë rreziqet në tërë popullsinë dhe financohen nga buxheti qeveritar, i cili "parapaguan" kostot e kujdesit. Por është e vështirë të jepet një opinion i përgjithshëm mbi drejtësinë, efiçiencën dhe qëndrueshmërinë e këtyre sistemeve të bazuar nga të ardhurat e përgjithshme, sepse financimi varet në taksa të përziera të përgjithëshme dhe specifike, burime të tjera të të ardhurave publike dhe llojet e ndihmës së jashtme. Siç përshkruam në kapitullin 5, megjithëse taksat e përgjithëshme (të tilla si të ardhurat dhe shitjet) teorikisht funksionojnë më mirë në termat e rritjes së të ardhuarve, të efiçiencës dhe drejtësisë, se sa taksat e rezervuara ose pagesat nga xhepi, karakteristikat institucionale specifike të ekonomive të vendeve në zhvillim në përgjithësi pengojnë përdorimin sa më efektiv të të tillë burimeve me bazë të gjërë të të ardhurave.

Të gjithë sistemet financiare, pavarsisht strukturës së tyre, mund të përfaqësohen nga një identitet themelor i përshtatur nga identiteti themelor i të ardhurave – shpenzimeve i llogarisë kombëtare të të ardhurave. Sasia totale për të paguar kujdesin shëndetësor për një popullsi të caktuar, pavarësisht rrugëve të ndryshme, duhet të jetë saktësisht e barabartë me shumën totale të harxhuar në kujdesin shëndetësor për këtë popullsi dhe më tej, duhet të jetë e barabartë me sasinë totale të të ardhurave të fituara, në forma të ndryshme, nga ato që paguajnë (në mënyrë të drejtpërdrejtë ose të tërthortë) për ofrimin e kujdesit shëndetësor. Ky identitet i burimeve, shpenzimeve dhe të ardhurave nuk është një teori, por një domosdoshmëri logjike dhe është themelore për të kupuar njëkohësisht ndikimet dhe debatet e gjithanshme të të gjithë sistemeve të financimit. Siç tashmë jemi njohur me ekuacionin bazë, kjo mund të shprehet si më poshtë:

$$\boldsymbol{TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z}$$

ku *TF* është sasia e të ardhurave të realizuara përmes financimit tatimor, *SI* e siguruar nëpërmjet sigurimit shoqëror, *UC* përmes pagesave private nga xhepi, ose tarifave të përdoruesve dhe *PI* përmes pagesës së primeve të sigurimit privat. *P* dhe *Q* janë vektorë, që tregojnë çmimet mesatare *(P*) të paguar dhe sasitë totale të ofruara ose të përdorura (*Q*) të secilit prej formave të ndryshme të kujdesit shëndetësor. W dhe *Z* janë gjithashtu vektorë, të cilët mund të përfaqësojnë orët e punës së mjekëve ose infermireve dhe elementi korrespondues i W mund të jetë norma mesatare e rimbursimit për orët e punës. P dhe Q i korrespondojnë njësive të rezultateve të tilla si vizitat e mjekëve, proçedurat kirurgjikale ose barnat.

Kutia 1: **Çfarë është një sistem kombëtar i shërbimeve shëndetësore?**
Sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore karakterizohen nga tre veçori kryesore: financimi i tyre vjen kryesisht nga të ardhurat e përgjithëshme, ata sigurojnë mbulim mjeksor për tërë popullatën, dhe ata zakonisht e ofrojnë kujdesin shëndetësor përmes një rrjeti të ofruesve publikë.

Financimi nga të ardhurat e përgjithshme
Shumicën e kohës, sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore marrin alokimet e buxhetit nga qeveria. Prandaj origjina e burimeve të tyre është e njëjtë si vetë buxheti në tërësi. Burimet përfshijnë kryesisht taksat e përgjithëshme (e kundërt me taksat rezervë), të ardhura të tjera publike nga shitjet e burimeve natyrale, shitjet e pasurisë qeveritare dhe tarifat publike (p.sh., tarifat e shfrytëzimit të kanalit të Suezit), por gjithashtu përfshijnë dhe ndihmën e granteve dhe huave. Në shumë vende, megjithatë, të ardhurat qendrore qeveritare janë plotësuar nga taksat rezervë ose financime nga autoritetet lokale. Në Angli, p.sh., për vitin fiskal 2005, rreth 74 % e burimeve të Shërbimeve Kombëtare Shëndetësore ishin nga taksimi i përgjithshëm dhe 20 % nga "kontributet e sigurimeve kombëtare" (taksat e caktuara); pjesa tjetër nga burime të ndryshme (U.K –Departamenti i Shëndetit 2005).
Mbulimi universal
Përgjithësisht, sistemet e financuara nga taksat mbulojnë çdo qytetar, pavarsisht statusit shëndetësor individual, punësimit, ose të ardhurave. Me fjalë të tjera, në sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore, mbulimi i kujdesit shëndetësor konsiderohet një atribut i qytetarisë.
Sistemi i ofrimit shëndetësor publik
Edhe pse nuk ka lidhje të drejtpërdrejtë midis burimit të financimit të shërbimeve shëndetësore dhe mënyrës se si ata ofrohen, shumë sisteme të financuara nga të ardhurat e përgjithshme qëndrojnë kryesisht mbi ofruesit publikë. Në këto vende, Ministria e Shëndetësisë udhëheq rrjetin e gjërë të ofruesve publikë të organizuara si shërbimet kombëtare shëndetësore. Objektet zotërohen nga qeveria dhe personeli shëndetësor përbëhet nga punonjës publikë. Megjithatë, disa vende, rimbursojnë ose kontraktojnë ofrues privatë. Megjithëse një shqyrtim i përparësive dhe dobësive të ofrimit publik është jashtë fushës së kësaj analize, problemi kryesor nuk është lloji ose zotërimi i ofruesve, por më tepër se si të sigurohemi që çfarëdo mënyrë të përdoret, rezulton në marrëveshje blerjeje efiçiente dhe të drejtë, që nxisin efiçiencë teknike dhe alokuese dhe garantojnë akses për personat e mbuluar.
Burimi: Autorët.

Sistemet e financuara nga taksat janë ato sisteme në të cilët shpenzimet shëndetësore përftohen nga pagesat e taksave ($TF > SI + UC + PI$), ose të paktën komponenti i financuar nga taksat është kryesisht më i madh se çdo komponent tjetër. Pyetje të ndryshme që mund të dalin rreth sjelljes dhe performancës relative të sistemeve të ndryshme të financimit mund të parashtrohen, në një nivel të përgjithshëm, në termat e komponentëve të kësaj lidhjeje të identitetit. A ndryshojnë shumë apo pak sistemet e financuara kryesisht nga taksat nga ato që mbështeten kryesisht në burime të tjera të financimit në disa apo të gjitha dimensionet e performncës së sistemit, siç pasqyrohen në strukturën e brendshme të identitetit?
Pyetja është e komplikuar, nga fakti që financimi nga taksat nuk është një proces standart. Në përgjithësi, qeveritë paguajnë për kujdesin shëndetsor nga fondi i të ardhurave të përgjithshme në të cilin rrjedhin të gjitha taksat. Shumë vende kanë disa nivele të qeverisjes dhe fuqia dhe përgjegjësia e çdo niveli ndryshon në mënyrë të konsideruaeshme sipas vendeve.

Përparësitë e sistemeve të kujdesit shëndetësor të financuar nga shteti

Përparësitë kryesore të sistemeve të kujdesit shëndetësor të financuara nga shteti, rezultojnë drejtpërdrejt nga parimet organizative të tyre.
Mbulim i plotë i popullatës. Duke marrë në konsideratë natyrën e tyre jokontributore, sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore janë lehtësisht të shtrira te të gjithë qytetarët, përfshirë dhe punonjësit në sektorin informal. Gjithëpërfshirja e mbulimit parandalon problemet e përzgjedhjes së rrezikut dhe e bën sistemin e financuar nga shteti teorikisht, formën më të drejtë të finacimit shëndetësor. Përfshirja e të gjithë qytetarëve në një bashkim, i bën sistemet potencialisht shumë efektivë në menaxhimin e rrezikut, për shkak të "ligjit të sasive të mëdha". Ky ligj rrit realizueshmërinë e tyre financiare të krahasuar me sistemet e fragmentuara.
Mundësia e madhe për rritjen e burimeve. Sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore, ndryshe nga sistemet e sigurimit shëndetësor e shoqëror, të cilët financohen kryesisht nga kontributetet e pagesave, bazohen kryesisht në bazën e të ardhurave të burimeve nga taksat dhe burimeve të tjera. Si pasojë, barra financiare mund të përhapet në një pjesë më të madhe të popullsisë. Ndryshe nga sistemet e sigurimit shoqëror e shëndetësor, tek i cili barra është e përqëndruar në sektorin formal të punonjësve, të cilët përfaqësojnë një pjesë të vogël të popullsisë, (kryesisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare), sistemet shëndetësore kombëtare mund të përdorin tatimet e vlerës së shtuar, tatimet e shitjeve, tatimet e importeve, që ndikojnë tërë popullsinë (Savedoff 2004). Në fakt, sistemet e financuara nga shteti janë shumë më të zhvilluara në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, ku sektori informal përfaqëson një pjesë të madhe të popullsisë.
Një model i thjeshtë qeverisjeje dhe një potencial për efiçiencë administrative dhe kotroll të kostos. Shumica e sistemeve kombëtare të shërbimeve shëndetësore janë sisteme të integruara, në të cilët, përgjegjësitë janë qartësisht të organizuara në një mënyrë hierarkike. Ky organizim e bën qeverisjen shumë më të thjeshtë se në marrëveshjet më pak të kordinuara që përfshijnë aktorë të shumëfishtë. Ka një zingjir hierakik të komandës dhe kontrollit që shkon drejtpërdrejt nga kreu i qeverisë ose parlamentit, te Ministri i

Shëndetësisë dhe në disa raste te autoritetet lokale. Kur përdoren ofrues publik të shërbimeve shëndetësore, ka një linjë të drejtpërdrejtë të autoritetit midis ofruesve dhe autoritetit financues planifikues. Thjeshtësia e qeverisjes siguron mundësi për të organizuar sistemin e kujdesit shëndetësor sa më efiçient dhe me kosto më të ulët të transaksionit. Për këtë arsye, në shumë vende në zhvillim, sistemet e financuara nga shteti mundësojnë implementimin e programeve të suksesshme të shëndetit publik. Megjithatë, në vende të veçanta ku qeveria qëndrore ndan përgjegjësitë e saj me autoritetet lokale, skemat vendimarrëse nuk janë shumë të qarta dhe dalin probleme të koordinimit. Kjo situatë është në zhvillim, për shkak të theksimeve të fundit mbi reformën e decentralizimit në shumë vende që kanë shërbime shëndetësore nacionale (diskutuar në kapitullin 9 – 'Efiçenca qeveritare'). Përfundimisht, sistemet e financuara nga shteti janë gjithashtu shumë të ekspozuara ndaj presionit politik, i cili kufizon kapacitetin e tyre për të marrë vendime plotësisht racionale (diskutuar më poshtë).

Ashtu si institucionet e vetme të grumbullimit, sistemet e finacuara nga shteti mund të përfitojnë gjithashtu dhe nga ekonomia e shkallës, që i bëjnë ato potencialisht më efiçient se sistemet e fragmentuara. Për më tepër, pavarsisht larmisë së madhe të shembujve, sistemet shëndetësore kombëtare duket se kontrollojnë shpenzimet shëndetësore më me efektivitet se marrëveshjet e tjera. Ky kontroll mund të burojë nga fakti se ata "kombinojnë në një autoritet, si stimulin ashtu dhe kapacitetin për të frenuar kostot në një masë më të madhe, se sa është e mundshme nga çdo mekanizëm tjetër financimi" (Evans 2002). E natyrisht, kjo është e vërtetë, vetëm nëse kontrolli i kostove është prioritar për qeverinë. Shtrirja e këtij avantazhi varet nga struktura e ofrimit të shërbimeve shndetësore. Mungesa të dukshme të efiçencës mund të shoqërojnë këtë çasje, të tilla si struktura e fryrë e ofruesit dhe autoritet ose kapacitet i kufizuar manaxherial nga ana e Minisitrisë së Shëndetësise. Në vitet '70, shumë sisteme shëndetësore të financuara nga taksat në vendet e OECD ishin ndër më të kushtueshmet. Por nga fillimi i viteve '90, kontrolli i shpenzimeve shëndetësore u bë një nga çështjet kryesore për vendet me të ardhura të larta dhe në pjesën më të madhe, të vetmet sisteme që ishin të afta të reduktonin pjesën e harxhuar të GDP për kujdesin e shëndetit ishin ato të financuara nga të ardhurat e përgjithëshme (Evans 2002). Këto çështje janë diskutuar më tej në kapitullin 12 – 'Financimi shëndetësor në vendet e zhvilluara'.

Dobësitë e sistemeve të kujdesit shëndetësor të financuar nga shteti

Financim i paqëndrueshëm. Ngaqë sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore financohen nga buxheti i përgjithshëm, sasia e fondeve të disponueshme varet nga rezultate, diskutime të buxhetit vjetor dhe është lehtësisht i cënueshëm ndaj ndryshimeve në prioritetet politike ose goditjet e jashme (të tilla si konflikti ushtarak që kërkon shpenzime shtesë për mbrojtjen). Ministritë e Shëndetësisë duhet të konkurojnë me sektorë të tjerë për të njëjtët burime, që nuk ndodh kur kujdesi shëndetësor financohet përmes taksave ose kontributeve rezervë. Megjithëse ky proces teorikisht mund t'i lejojë popullsisë të shprehë prioritetet e financimit, kjo shpjegon pse ankesat e nën-financimit dhe cilësia e dobët janë të zakonshme në sistemte e bazuara në taksa, veçënarisht në dallim me sigurimin shëndetësor e shoqëror ose private, ku debatet më të mëdha të sistemit shëndetësor përqëndrohen në mbajtjen e kostove (Avedoff 2004). Ky problem është edhe më urgjent në vendet me të ardhura të ulëta, ku baza e taksave është shumë e vogël. Mbështetur në analizën e të dhënave të llogarive kombëtare të shëndetit, Komisioni

i Makroekonomisë dhe Shëndetit tregon se pjesa e shpenzimeve totale qeveritare e caktuar për shëndetin, ishte pothuaj më pak se 10 % në vendet në zhvillim (OBSH 2002). Sasia e alokuar për sektorin shëndetësor tregon tradicionalisht fuqinë më të dobët institucionale të Ministrisë së Shëndetësisë brenda qeverisë, veçënarisht në lidhje me Ministrinë e Financave (Mossialos dhe Dixon 2002).

Përfitime të shpërpjeshme për të pasurit. Sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore janë menduar të ofrojnë kujdes shëndetësor falas për tërë popullatën. Ata kërkojnë të sigurojnë akses të barabartë të kujdesit shëndetësor për të gjithë qyetarët, pavarsisht të ardhurave të tyre. Por realiteti është diçka ndryshe. Në shumë vende me të ardhura të ulëta dhe mesatare, shërbimet shëndetësore priren të shfrytëzohen kryesisht nga familjet me të ardhura të larta dhe mesatare në zonat urbane. Analizat e incidencës së përfitimeve në shtatë vende të Afrikës, që kanë kryesisht kujdes shëndetësor të financuar nga shteti, e tregojnë qartë këtë model (Castro-Leal dhe të tjerë 1999). Në të gjitha këto vende, 20 % i më të varfërve marrin një pjesë shumë mëtë vogël të subvencionimit publik se 20 % i pjesës më të pasur. Me përjashtim të njërit prej vendeve, ku të pasurit përdorin kujdesin privat, pjesa e alokuar për 20 % të më të pasurve është shumë më tepër se 20 % (ndërmjet 24 dhe 48 %), ndërsa pjesa e përfituar nga 20 % i më të varfërve është sistematikisht më e ulët se 20 % (midis 4 dhe 17 %).

Janë disa faktorë që shpjegojnë këtë fenomen. Së pari, të varfërit priren të përdorin shërbimet shëndetësore shumë më pak se të pasurit kur sëmuren, pasi ata përballen kryesisht me problemet e aksesit (shërbimet shëndetësore shpesh janë larg qendrave të tyre të banimit) dhe uljessë të ardhuarve për shkak të kohës së humbur të punës (Castro-Leal dhe të tjerë 1999). Në disa raste, tarifat e vendosura nga qeveria për të plotësuar burimet publike, kufizojnë gjithashtu aksesin e tyre ndaj kujdesit shëndetësor. Së dyti, ka një përdorim të shpërpjesshëm të shërbimeve të kushtueshme spitalore nga të pasurit, ndërkohë që të varfërit përdorin ato kryesisht më pak të kushtueshme të ofruara nga kujdesi parësor lokal (OBSH 2000). Së treti, studimet e këtyre vendeve, treguan se shërbimet shëndetësore lokale shpesh nuk përmbushin kërkesat e popullsisë (për shkak të stafit jo të besueshëm dhe barnave të pamjaftueshme). Kështu, njerëzit që jetojnë në zona e largëta pa akses në spitalet urbane, duhet të paguajnë mjekët më të arritshëm, por të pambuluar me burimet e tyre (OBSH 2002). Së fundmi, profesionistët e shëndetit duke ju shërbyer atyre me mbulim publik, nganjëherë ngarkojnë pacientët e tyre me pagesa të paligjshme ('pagesa informale'), që automatikisht përjashtojnë të varfërit, ose përdorin objektet e financuara nga shteti për të ofruar kujdes ndaj pacientëve privatisht. Ky model është nxitur dhe nga paaftësia e shumë qeverive për të kontrolluar spitalet publike.

Inefiçiencë e mundshme në shpërndarjen e kujdesit shëndetësor. Në vendet me një histori të gjatë të sistemeve të shërbimeve shëndetësore kombëtare, kanë qenë të shpeshta kritikat rreth mungesës së efiçiencës së këtyre sistemeve. Këto kritika janë përforcuar dhe nga fakti që në shumë vende përdoruesit nuk mund të kenë mundësi për ofrues alternativë. Kritika kryesore ka të bëjë me infrastukturën e vjetëruar, stafi i papërgjegjshëm, pamundësi për të pakësuar ose riorientuar prioritetet, abuzimi i fuqisë monopolizuese, teknologji mjeksore e vjetëruar krahasuar me sektorin private dhe listë e gjatë pritjeje për trajtimet jo-urgjente. Megjithatë, shumë nga këto kritika përqëndrohen më tepër në ofrimin e shërbimeve se sa në financimin. Në dy dekadat e fundit, shumë reforma janë fokusuar në përmirësimin e efiçiencës së sistemit, kryesisht përmes decentralizimit dhe përfshirjes së tregut të brendshëm (i cili përfshin ndarjen blerës/ofrues; reformën e pagesës së ofruesve; dhe forma të ndryshme të autonomisë së

spitaleve, përfshirë dhe privatizimin) (Enthoven 1985). Ky fenomen gjithashtu reflekton një zvoglim të përgjithshëm të rolit të shtetit në të gjithë botën përmes "transformimit nga ekonomitë e planifikuara në ekonomi të orientuara drejt tregut, pakësim të ndërhyrjes së shtetit në ekonomitë kombëtare, kontroll qeveritar më të pakët dhe më shumë decentralizim" (OBSH 2000).

Ndoshta reformat më ambicioze dhe më të mëdha mund të jenë ato të ndërmarra në Britani në Mars të vitit 2000 me publikimin e "Planit NHS". I synuar për të përmirësuar efiçencën e sistemit dhe transferimit në rritje, ndërkohë duke rritur burimet e alokuar te sistemi i Anketës së Shëndetit Kombëtar, ky plan është ende duke u implementuar. Megjithatë, ka patur kufizime të mëdha për të implementuar dhe funksionuar plotësisht një reformë e tillë në shumë vende (p.sh., në Ukrainë dhe Portugali). Kjo ndodh pasi është e vështirë për ofruesit publikë të përshtasin organizatën e tyre në mungesë të reformave madhore të manaxhimit të sektorit publik, veçënarisht manaxhimin e personelit (p.sh., sfida që vjen nga statutet e ngurta të shërbimeve civile). Përgjithësisht, ajo është e lidhur me vështirësinë e reformimit të organizatave të vjetra.
Ndjeshmëria ndaj trysnisë politike. Sistemet shëndetësore të financuara nga taksat janë shumë të ekspozuara ndaj presionit politik. Ngaqë qeveria është drejtpërdrejt përgjegjëse për sistemin, ajo nuk mund të injorojë presionet nga sindikatat përfaqësuese të profesionistëve shëndetësore, ose zyrtarëve lokalë, në mbrojtje të interesave të votuesve të tyre. Kjo situatrë mund të çojë në vendime ineficiente dhe irracionale dhe pengon reformat e nevojshme, të tilla si mbyllja apo shkrirja e spitaleve dhe reduktimet e stafit, nga implementimi i ketyre reformave.

Realizueshmëria e sistemeve të kujdesit shëndetësor të financuar nga shteti në vendet në zhvillim

Kapaciteti i rritjes së burimeve. Aftësia e një vendi për të rritur burimet varet kryesisht në gjendjen e tij ekonomike, e cila reflekton potencialin e vet për të vendosur taksa dhe për pasojë për të gjeneruar të ardhura (Shih kap. 5). Kjo është pse kapaciteti i rritjes së burimeve lidhet drejtpërdrejt me të ardhurat, edhe pse ka variante të rëndësishme rajonale. Në veçanti, siç tregohen në kapitullin 5, vendet me burime gazi apo nafte (të tilla si ato në Lindjen e Mesme dhe rajonet e Afrikës së Veriut) ose me sisteme të centralizuara të rritjes së burimeve të krijuara nën socializmin, kanë raporte më të larta të të ardhurave të GDP. E kundërta, vendet në Azinë Perëndimore dhe Paqësor ose Amerikën Latine dhe Karaibe kanë raporte të ulëta, të cilat mund të shkaktohen nga administrimi joefektiv i taksave ose preferencave për individë më tepër se sa përgjegjshmëria qeveritare (Schieber dhe Maeda 1997).
Siç diskutuam në kapitullin 5, ndërsa vendet me të ardhura të ulëta mund të kenë mundësi të mobilizojnë një shtesë prej 1-4 % të GDP në të ardhurat e brendshme, performanca e të ardhurave gjatë dekadave të fundit ka qenë kryesisht zhgënjyese – madje ka qëndruar në vend në disa vende. Duke marrë në konsideratë që parashikimet e ardhme të rritjes ekonomike janë gjithashtu modeste, vendet me të ardhuar të ulëta në veçanti do të përballen me vështirësi në mobilizimin e të ardhurave shtesë qeveritare. Prandaj, rritja e burimeve shtesë për shëndetin përmes përpjekjeve të mobilizimit të burimeve të brendshme, përbëjnë një sfidë reale për vendet në zhvillim: ata duhet të përmirësojnë administrimin e taksave duke përmirësuar ndërkohë zhvillimin dhe duke

ndërtuar konsensusin në favor të pranueshmërisë së taksimit brenda popullsisë, veçanërisht të elitës.

Cilësia e qeverisjes dhe institucioneve. Rëndësia vendimtare e administrimit të fortë të taksave tashmë është bërë e qartë. Cilësia e institucioneve të një vendi luan një rol kyç në përcaktimin e efektivitetit të shpenzimeve shëndetësore, siç tregohet në kapitullin 'Përmirësimi i rezultateve shëndetësore' dhe 'Rritja e efiçiencës qeveritare' në këtë libër. Hulumtimi ka treguar se shpenzimet shtesë qeveritare për shëndetin kanë pak ndikim mbi treguesit kryesorë shëndetësore të Synimeve të Zhvillimit të Mijëvjeçarit në vendet me qeverisje të dobët (siç vlerësohet nga mekanizmat e Bankës Botërore për vlerësimin e institucioneve të një vendi – Politikat Shtetësore dhe Vlerësimi Institucional) (Wagstaff dhe Claeson 2004). Prandaj, është vendimtare që vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare duhet të qëndrojnë mbi institucione të forta dhe të afta, për të siguruar cilësinë e sistemeve shëndetësore të financuar nga shteti.

Aftësia për të patur si objekt të varfërit, ndërkohë duke ruajtur universalitetin e sistemit. Është thelbësore, veçanërisht në vendet në zhvillim, që të sigurojnë akses të barabartë ndaj kujdesit shëndetësor. Ashtu siç përfitimet shëndetësore rriten gjithnjë e më shumë, masa të veçanta duhet të implementohen për të përmirësuar vendosjen si objektiv të shpenzimeve për të varfërit. Së pari, rialokimet e buxhetit drejt kujdesit parësor do të përmirësonte gjendjen, por vetëm nëse përmirësohet në të njëjtën kohë cilësia e shërbimeve shëndetësore lokale. Megjithatë, vendosja si objektiv e të varfërve, nuk duhet të çojë në një situatë në të cilën sistemi të mos përmbush nevojat e popullsisë me të ardhura të mesme dhe të larta. Përndryshe, kjo poppullsi mund të mbështetet gjithnjë e më shumë në ofrues privatë dhe të refuzojë të mbështesë sistemin e financuar nga shteti. Një largim i tillë nga shërbimet publike mund të ketë pasoja negative për tërë sistemin. Në të vërtetë, "kualicioni që mbështet financimin nga taksat mund të fillojë të dobësohet" (Evans 2002). Në këtë aspekt, një sfidë kryesore për sistemet shëndetësore kombëtare, është se ata duhet të sigurohen se institucionet e financuara nga shteti sigurojnë shërbime shëndetësore cilësore, kështu që edhe segmenti më i pasur i popullatës vazhdon t'i shfrytëzojë ato.

SIGURIMI SHËNDETËSOR SOCIAL

Sigurimi shëndetësor social dallohet prej sistemevetë financuara nga të ardhurat e përgjithshme, nga prania e fondeve të pavaruara ose gjysëm të pavaruara të sigurimeve, nga një mbështetje në kontributet e detyrueshme të mbajtura nga list-pagesat dhe nga një lidhje e qartë midis këtyre kontributeve dhe një sërë të drejtash të përcaktuara për popullsinë e siguruar. Sistemet e sigurimit shëndetësor social kanë qenë krijuar në më shumë se 60 shtete, duke filluar me Gjermaninë, që në fund të shekullit XIX. Nga këto vende 27 kanë arritur mbulim universal përmes sigurimit shëndetësor social. (Carrin dhe James 2004). Sigurimi shëndetësor social është i përhapur kryesisht në vendet e OECD, por gjithashtu është në përdorim nga vendet në zhvillim, kryesisht në Amerikën Latine (Argjentinë, Bolivi, Brazil, Kili, Kolumbi, Kosta Rika, Republikën Domminikane, Ekuador, Peru, Uruguai, Bolivi dhe Venezuelë, dhe të tjera) dhe në një masë më të ulët në pjesë të tjera të botës (Algjeri, Kenia, Liban dhe Tunizi). Sot, shumë vende me të ardhura të ulëta dhe mesatare kanë krijuar ose kanë filluar të krijojnë sistemet e sigurimit shëndetësor social (Bosnja dhe Hercegovina, Kina, Kroacia, Estonia, Gana, Hungaria, Indonezia,

Kirgiztan, Maqedonia, Moldavia, Maroku, Nigeria, Filipine, Polonia, Rusia, Serbia, Sllovenia, Tanzania dhe Vietnami).

Financimi i kujdesit shëndetësor nga sigurimi shëndetësor social e ka origjinën në Gjermani që në shekullin XIX. Versioni më i hershëm i sigurimit shëndetësor u zhvillua pa ndonjë ndërhyrje të dukshme të qeverisë. Industrializimi solli me vete lindjen e kompanive të mëdha dhe punëtorët në këto firma filluan të organizohen në sindikata. Fondet e sëmundjes të organizuara nga punëtorët për mbështetje reciproke shpesh u mbështetën nga punëdhënësit, të cilët panë përfitime te ata punonjës që kishin akses më të mirë shëndetësor. Kështu lindi një model në të cilin sigurimi shëndetësor ofrohej për disa ose për të gjithë punëtorët në një firmë, me shumicën e kontrollit nga punëtorët, por me disa inpute financiare dhe manaxheriale nga punëdhënësit.

Fondet e hershme të sëmundjeve ndryshonin në strukturën e tyre dhe të qeverisjes, por kryesisht bazoheshin në mbështetjen reciproke (në të cilën kontributet bazohen në të ardhurat) dhe ofrojnë akses në kujdes bazuar në nevoja. Në gjemarni, nën Kancelarin Bismark, fondet e sëmundjeve ishin formalizuar në një sistem më të gjërë dhe më të qëndrueshëm të sigurimit shëndetësor. Kjo çoi në zhvillimin përfundimtar të fondeve territoriale, të cilët ofronin sigurimin shëndetësor për ata që ishin të pamundur të siguronin përfitime përmes punëdhënesve formalë (Buss 2000). Marrëveshjet aktuale në Gjermani kanë evoluar ngadalë dhe në reagim të problemeve që kanë dalë. Përveç kësaj, traditat dhe rregulla të pashkruara kanë një rol të fuqishëm në sistemin Gjerman. Këto janë po aq të rëndësishëm sa dhe rregullat formalë. Ai ka vazhduar të ndjekë gjuhën dhe traditat e sigurimit, pavarsisht ngjashmërive formale të sistemeve të financimit qeveritar të kujdesit. Ai i ka dhënë gjithashtu prioritet lejimit të zgjedhjes së ofruesit.

Mjaft shpesh, hartuesit e politikave e shohin sigurimin shëndetësor social si një mënyrë efektive për të rritur burimet shtesë për shëndetin dhe si një mjet për uljen e barrës financiare të mbulimit të kujdesit shëndetësor (Carrin 2002). Ka gjithashtu një supozim të fortë se individët mund të jenë më të gatshëm të taksohen (taksat e paguara nga pagat), nëse ka një të drejtë specifike individuale që shoqëron taksat (taksa e përfitimit). Në disa raste, veçënarisht në vendet që kanë përjetuar rregullat e komunizmit, sigurimi shëndetësor social ofron një mundësi për të reduktuar rolin e shtetit ose për të ndërtuar institucionet demokratike dhe pjesëmarrëse (si në Kinë, Estoni, Hungari). Përfundimisht, vendet që kanë sistemet e shërbimeve shëndetësore kombëtare ose sistemet "Beveridgean" mund të eksperimentojnë me sigurimin shëndetësor social, si një mënyrë për të përmirësuar efiçiencën e sistemit të kujdesit shëndetësor nga mbulimi "nën-kontraktues" i sigurimit shëndetësor (si në Xhamaika, Kenia dhe Malajzi).

Shumë donatorë, veçënarisht në Europë, priren të mbështesin qeveritë që duan të implentojnë sigurimet shëndetësore sociale, për shkak të eksperiencës së tyre të gjatë dhe pozitive me të tillë sisteme në vendet e tyre. Megjithatë, nuk ka asnjë konsensus në lidhje me vlerat e sigurimit shëndetësor social. Disa hulumtues mendojnë se ai mund të ketë sukses vetëm në vende me veçori të përshtatshme dhe që, në shumicën e vendeve në zhvillim, në vend të përmirësimit të gjendjes, ai mund të shtojë problemet e qeverisjes së sistemit shëndetësor (Savedoff 2004).

Në zgjidhjen e këtij debati, është e domosdoshme të përqëndrohemi në përkufizimin e sigurimit shëndetësor social (kutia 3), dobësitë dhe përparësitë e tij dhe realizueshmërisë administrative dhe politike të implementimit të tij në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare.

Kutia 3: Çfarë është sigurimi shëndetësor social?

Përkufizimi i sigurimit shëndetësor social nuk është detyrë e thjeshtë. Sipas disa autorëve ai përfshin çdo skemë sigurimesh që nuk bazohet në përfitime. Sipas të tjerëve, ai i referohet ekskluzivisht sistemit Bismarchian (Savedoff 2004). Përkufizimet "sistemi i sigurimit shoqëror kombëtar dhe sigurimi shëndetësor, u paraqitën fillimisht në shekullin XIX nga perandoria Gjermane nën Kancelarin Bismarck. Ky sistem është një sistem ligjor i detyrueshëm për pjesën më të madhe ose tërë popullsinë për të marrë sigurim shëndetësor nga një palë e tretë e caktuar (me statut) përmes kontribuesve që nuk janë në rrisk e që mbahen të ndara nga taksat ose pagesa të tjera ligjore të detyruara" (Observatori Europian për Sistemet dhe Politikat Shëndetësore 2005). Prandaj, mënyra më e mirë për të kuptuar sigurimin shëndetësor social mund të jetë përshtatja e një çasje pragmatike dhe përqëndrimi në parimet dhe veçoritë më të përgjithshme të sistemeve ekzistuese të sigurimit shëndetësor social. Kjo orvajtje për të përkufizuar sa më saktë sigurimin shëndetësor social, do të jetë lehtësisht e cënueshme nga kritikët, sepse këto veçori janë shumë të rralla tani së bashku dhe se dallime të mëdha mund të vërehen në institucionet e sistemeve të financimit shëndetësor të identifikuar si "sigurimi shëndetësor social". Disa edhe pse shfrytëzojnë fjalorin e sigurimeve shëndetësore, ende nuk kanë zhvilluar ngjashmëritë e duhura me sistemet e financuara nga shteti (Normand dhe Busse 2002). Megjithatë nuk është e pamundur përdorimi i një medote "shkencore".

Ky diskutim përqëndrohet në katër parimet kryesore. Veçoritë teknike që japin shprehjen konkrete të këtyre parimeve janë diskutur përgjatë tekstit.

Së pari, në sistemet e sigurimeve shëndetësore sociale, anëtarësimi është publikisht i detyruar për një popullsi të caktuar. Zakonisht, shumica e vendeve kalojnë përmes dy etapave të rëndësishme – të cilat mund të kërkojnë disa dekada – nga skemat e sigurimeve ekzistuese bazuar te punëdhënësi te skemat e detyrueshme për grupe të caktuara të punësimit (të tilla si shërbimet publike ose punëtorët e industrisë), përpara se të zgjerohen progresivisht drejt sigurimit shëndetësor social për tërë popullsinë (Carrin dhe James 2004). Ky proces "rritës" ka qenë vrojtuar si në vendet që kanë përdorur për një kohë të gjatë sigurimet shëndetësore sociale si një mënyrë për të siguruar mbrojtje universale, të tillë si Gjermania, ashtu dhe ato që kanë filluar së fundi, si Republika e Koresë, (Bärnighausen and Sauerborn 2002).

Së dyti, ka një lidhje të drejtpërdrejtë midis pagesës së kontributeve për të financuar sistemin dhe marrjes së përfitimeve mjeksore, edhe pse ka përjashtime nga ky rregull (kontributetet e njerëzve me të ardhura të pamjaftueshme mund të financohen nga qeveria, në mënyrë që këta të përfshihen në sistem). Vetëm kontribuesit kanë të drejtë të kenë askes për llojet e veçanta të kujdesit. Ky është dallim nga sistemet e shërbimeve shëndetësore kombëtare, ku kujdesi jepet për tërë popullsinë, por kuptohet vetëm nëse janë të disponueshme burimet e nevojshme. Në vendet me sigurimeve shëndetësore sociale, të paktën parimisht, "ka një angazhim publik për të dhënë dhe për të marrë sipas kushteve të veçanta, të përcaktuara në ligje dhe rregullore" (Ron, Abel-Smith dhe Tamburi 1990).

Së treti, koncepti i solidaritetit social është në thelb të çdo sistemi të sigurimeve shëndetësore sociale. Zbatimi i këtij koncepti nënkupton një nivel më të lartë të ndër-subevencionit të sistemit, midis të varfërve dhe të pasurve, njerëzve me pak rrezik dhe ato me rrezik të lartë, familjeve dhe individit.

Së katërti, menaxhimi i sigurimit shëndetësor social përfshin deri diku autonomi nga qeveria, shpesh përmes institucioneve gjysëm të pavaruara që përgjigjen për sistemin.

Përkufizimet e sigurimit shëndetësor social (SSHS) priren të bien përgjatë një spektri midis (a) një mekanizmi ose mjeti për të siguruar popullsinë kundrejt rreziqeve të shkaktuara nga shpenzimet mjekësore dhe (b) një institucion që luan një gamë të gjërë të roleve shoqërore. Ata që e shohin SSHS në fundin më të ngushtë të spektrit priren ta shohin atë si një instrument për arritjen e qëllimeve specifike – mbrojtje financiare universale dhe akeses për shërbimet e kujdesit shëndetësor. Në varësi të shkallës që ata interesohen rreth bazës së marrëveshjes, ata orientohen drejt gjetjes së një sistemi të bashkimit që maksimizon mundsinë e arritjes së mbulimit universal

Kutia 3: vazhdim….
Në këtë prespektivë, përgjegjësia dhe mekanizmat e qeverisjes vlerësohen në termat e asaj se sa efektivisht siguruesit përmbushin detyrimet e tyre për të ofruar mbrojtje financiare dhe akses për shërbimet shëndetësore për anëtarët e tyre. Nga ana tjetër, ata që e shohin SSHS më gjërësisht dhe më tepër si një proces social të mishëruar në institucione më të gjëra, në mbrotjen financiare dhe aksesin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, janë vetëm pjesë e synimeve të institucioneve. Funskionimi i sistemit të sigurimit shëndetësor social shihet në vetvete si një mekanizëm që lidh përfitimet sociale në një rrjet që ushqen solidaritetin, ndërton shoqatat qytetare dhe fuqizon qytetarët përmes pjesëmarrjes. Kjo pikëpmaje është dominuese kryesisht në Eurpën Perëndimore ku SSHS shihet si "një mënyrë jetese" (Saltman 2004). Kjo është e kuptueshme, për faktin e origjinës së këtij sistemi në Europën Perëndimore dhe lidhjen e tij me format më të mëdha të korporatave të organizimit social. Këto prespektiva të ndyshme janë të kuptueshme në karakteristikat e përshkruara të SSHS. Për shembull, versioni më instrumental mund ta shohë formën e bashkimit, si bazë për kontributet dhe ndarja e ofruesve dhe financuesve si zgjedhje politike më tepër se sa karakteristika të përkufizimit. Nga ana tjetër, një pikëpamje shoqërisht e ngulitur mund ta shohë marrëveshjen e punonjësve (dhe për paojë rolin për përfaqësuesit ndërmjetësues të punës), kontributet bazuar në të ardhurat dhe të ndarë nga ofruesit dhe financuesit si veçoritë themelore të përkufizimit.
Burimi: Autorët.

Veçoritë teknike kryesore të sigurimit shëndetësor social

Financimi kryesisht nga kontributet e pagave të punëdhënësve dhe punëmarrësve. Në shumicën e vendeve, financimi i sigurimit shëndetësor social bazohet kryesisht në kontributet e pagave të bëra nga punëdhënësit dhe punëmarrësit. Megjithatë, ka dallime të mëdha midis vendeve të lidhura me mungesën ose praninë e një tavani të kontributit, shpërndarjen e kontributeve të punëdhënësit dhe punëmarrësit, uniformitetin e normës dhe lloje të tjera të burimeve (Normand dhe Busse 2002).
Taksimi i përgjithshëm shpesh mbetet një burim i rëndësishëm i të ardhurave për sistemet e kujdesit shëndetësor në vendet me sigurim shëndetësor social. Në të vërtetë, kontributet nuk mund të jenë të mjaftueshme për të arritur mbulimin universal, sepse numri i njerëzve që duhet mbuluar është më i madh se numri që aktualisht kontribuojnë për sistemin. Prandaj, subvencionimet qeveritare përmes taksimit të përgjithshëm janë shpesh të nevojshme (Carrin dhe James 2004). Në disa vende, si Armenia dhe Lituania, fondet e sigurimeve shoqërore ishin krijuar tërësisht nga transferimi i të ardhurave të përgjithshme. Ndihma e jashtme dhe taksat e rezervuara janë burime të tjera të financimit që zakonisht subvencionojnë sigurimin shëndetësor social. Në disa vende, taksat rezervë kanë si objektiv produktet që dëmtojnë shëndetin e njerëzve (p.sh., duhani, alkoli) për të reduktuar konsumin e tyre.
Menaxhimi nga fonde të sigurimeve jofitmprurëse. Në shumicën e skemave të sigurimit shëndetësor social, shteti përcakton karakteristikat kryesore të sistemit: kushtet e përkatësisë, përbërjen e paketës së përfitimeve dhe mënyrës së llogaritjes dhe mbledhjes së kontributeve (Busse, Saltman, dhe Dubois 2004). Megjithatë, shumica e sistemeve të sigurimit shëndetësor social janë menaxhuar nga fondet e sëmundjeve që janë të ndarë nga qeveria, të paktën në një farë mase.
Fondet e sëmundjeve janë zakonisht institucione jofitimprurëse të mbikqyrura nga qeveria. Roli dhe organizimi i tyre është i themeluar nga shteti. Megjithatë, ata gëzojnë një farë lirie manaxheriale dhe shpesh drejtohen nga një bord, disa nga anëtarët e të cilit janë

të zgjedhur. Bordi zakonisht përfshin palët kryesore të interesuara. Fondet e sëmundjeve shpesh mbledhin drejpërdrejt kontributet, edhe pse në disa raste burimet janë fillimisht të mbledhura nga shteti dhe pastaj ju shpërndahen fondeve ekzistuese. Fondet e sigurimeve shëndetësore sociale financojnë shërbimet shëndetësore të ofruara ose nga institucionet e tyre ose nga ofrues publikë apo privatë. Për ofruesit privatë dhe publik, fondet ose mbulojnë plotësisht ose pjesërisht në mënyrë të drejtpërdrejtë kostot e ofruesve ose i mbulojnë në mënyrë jo të drejtpërdrejtë nga rimbursimi i popullsisë së siguruar dhe marrëdhëniet midis ofruesve dhe fondeve shpesh rregullohen nga kontratat. Këto kontrata mund të specifikojnë çmimet e shërbimeve të mbuluara, kushtet në lidhje me cilësinë e kujdesit dhe ndërmjet të tjerash afatet e pagesave.

Në varësi të vendeve, mund të ketë disa fonde (si në Argjentinë, Kili, Kolumbi, Francë, Gjermani, Japoni, Hollandë dhe Rusi) ose një i vetëm (si në Estoni, Hungari). Vlerësimi i përfituesve të një fondi të veçantë mund të bazohet tek punësimi (si në Argjentinë, Bolivi dhe Meksikë), gjeorgafinë ose moshën (si në Japoni), ose zgjedhjen individuale (si në Kili, Kolumbi dhe Gjermani). Mjaft shpesh, numri i fondeve nuk paraprihet nga zgjedhja e lirë, por mund të shpjegohet nga historia. Si pasojë, kur implementohet një skemë më e gjërë e sigurimit shëndetësor social, shpesh është e pamundur të zhduken ose të shkrihen fondet ekzistuese lokale ose të bazuara në punësimin.

Në sistemet ekzistuese, zakonisht ka një evolucion progresiv drejt fondeve më të vogla, në mënyrë që të arrijnë shpërndarje më të mirë të rrezikut dhe ekonomisësë shkallës. Prezenca e numrit të vogël tëfondeve, reduktojnë shpenzimet administrative dhe shpërndajnë rrezikun në një pjesë të madhe të anëtarëve, megjithëse ka një shkëmbim midis efiçiencës dhe zgjedhjes së klientit, e cila do të zgjidhet nga fonde më konkuruese (Bärnighausen dhe Sauerborn 2002). Megjithatë, kur disa fonde mbijetojnë, mekanizmat financiarë janë shpesh të implementuar për të kompensuar dallimet në të ardhurat e tyre dhe për të standartizuar shpenzimet (si në Francë). Përfundimisht, nëse disa fonde lejohen të konkurojnë, shpenzimet administrative të sistemit janë në përgjithësi më të larta, për shkak të kostove të përfshira në përpjekje për të tërhequr klientët.

Ekzistenca e një pakete përfitimesh. Sistemet e sigurimit shëndetësor social, zakonisht plotësisht ose pjesërisht, mbulojnë një paketë të përcaktuar përfitimesh për të gjithë anëtarët. Kjo paketë përfitimesh është pak a shumë gjithëpërfshirëse, në varësi të burimeve të sistemit. Përveç këtyre karakteristave të pakta të përbashkëta, sistemet e sigurimeve shëndetësore sociale shpesh ndryshojnë shumë në strukturën dhe qëllimin e tyre. Kjo është veçënarisht e vërtetë në lidhje me shpërndarjen e kujdesit shëndetësor dhe lidhjeve ofrues-pacient. Në vendet e Europës Perëndimore, sistemet e sigurimit shëndetësor social në përgjithësi ofrojnë kujdes nëpërmjet kontraktimit me ofrues publikë dhe privatë dhe njërëzit përfitojnë nga zgjedhja individuale e ofruesve dhe liria e aksesit, megjithëse disa vende kanë implementuar sistemet "e portierit"1. Nga ana tjetër, në shumë vende në zhvillim, fondet e sëmundjeve sigurojnë kujdes për popullsinë e siguruar përmes ofruesve të tyre (si në Egjypt, Indi, Iran, Jordani, Turqi dhe në një numër të vendeve të Amerikës Latine) dhe në këtë rast, zgjedhja përfituese e ofruesve është e kufizuar.

Disa karakteristika të tjera janë shpesh të hasura në financimin e sigurimit shëndetësor social dhe manaxhimin e fondit, megjithëse ata nuk janë veçori kryesore të modelit.

[1] Siç është Sistemi i Referimit në Institucionet Shëndetësore në Shqipëri.

1. Sigurimi shëndetësor social është i detyrueshëm për pjesën më të madhe ose për tërë popullsinë. Format e hershme të sigurimit shëndetësor social u fokusuan kryesisht në të punësuarit në firmat e mëdha në zonat urbane. Me kalimin e kohës, mbulimi është zgjeruar duke përfshirë dhe firma të vogla dhe së fundmi, të vetë-punësuarit dhe fermerët. Në mënyrë tipike sot ai është i detyrueshëm për tërë popullsinë, megjithëse disa vende përjshtojnë njerëzit me të ardhura të larta nga sigurimi shëndetësor social (si Hollanda) ose i lejojnë ato të zgjedhin në vend të tij sigurimin privat (si në Gjermani).
2. Ka disa fonde me ose pa zgjedhje dhe me ose pa shpërndarje të rrezikut. Disa vende kanë më shumë se një fond të sëmundjes por pak zgjedhje, ngaqë njerëzit janë caktuar në fondet bazuar në vendodhjen gjeografike, punësimin ose të dyja. Te të tjerë ka një zgjedhje midis fondeve, e cila nxit konkurencën por mund të sjellë vështirësi potenciale në sigurimin e aksesit të barabartë të kujdesit për të gjithë. Për pasojë, katër lloje të gjëra të organizimit të fondeve të sëmundjes mund të diferencohen: një fond i vetëm për tërë popullsinë e një vendi; fonde të vetme që shërbejnë popullsisë sipas zonave gjeorgrafike të një vendi; fonde të shumifishta që ju shërbejnë popullsisë në të njëjtën zonë gjeografike por që nuk konkurojnë për të siguruarit; dhe fonde të shumëfishta konkuruese. Aty ku ka më shumë se një fond (konkurent ose jokonkurent), shpërndarja e rrezikut duhet të sigurojë që fondet me anëtarë me kosto të ulët dhe/ose të lartë subvencionohen nga ato me të ardhura të larta ose të ulëta. Megjithatë, kjo është politikisht dhe teknikisht e vështirë.
3. Kontributet e bëra nga qeveria (ose fondet të veçanta) në emër të njerëzve që nuk janë të punësuar janë kanalizuar zakonisht përmes fondeve të sëmundjes. Në çdo sistem të sigurimit të kujdesit shënndetësor, disa njerëz nuk mund të kontribojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë dhe disa ka mundësi që të kërkojnë mbështetjen e qeverisë. Nëse financimi për këta njerëz kanalizohet përmes sistemit të sigurimit shëndetsor social, ky mund të zmadhojë shpërndarjen e rrezikut. Ai mund të sigurohet që të gjithë njerëzit marrin shërbim të njëjtë (nëse ka një fond të vetëm të sëmundjes ose fonde të shumëfishta me një paketë të përbashkët përfitimi) dhe ka më pak rrezik që shërbimi të bëhet më i dobët për njerëzit e varfër.
4. Punëdhënësit dhe punëmarrësit njëkohësisht paguajnë kontributet dhe ndajnë përgjegjësi për manaxhimin e fondit. Ngaqë punëdhënësit japin kontribute financiare të rëndësishme për sigurimin shëndtësor social, mund të jetë e rëndësishme që ata ushtrojnë kontroll mbi të.

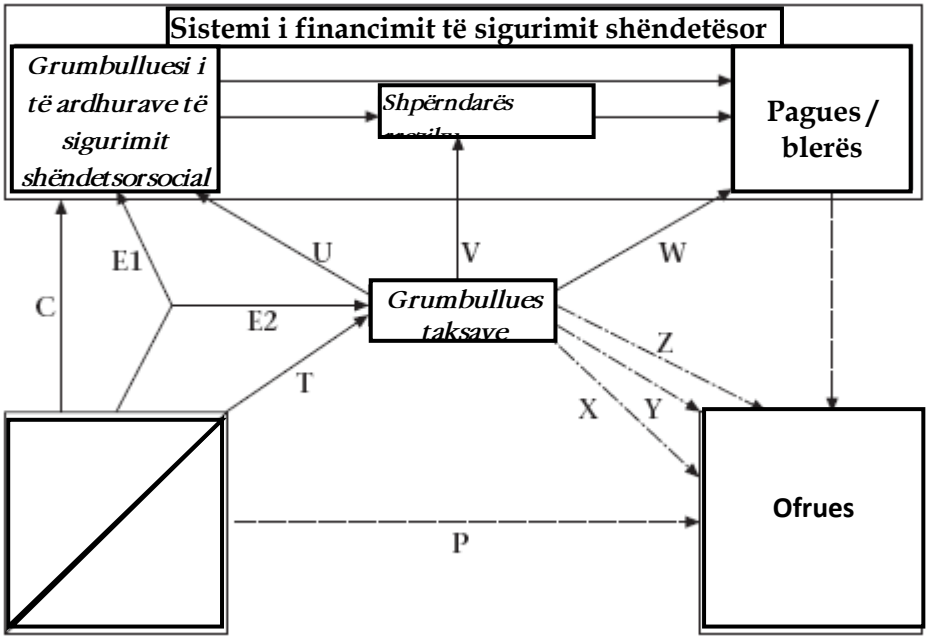
Përmbledhtazi, veçoritë kryesore të financimit të sigurimit shëndetësor social të shërbimeve shëndetësore janë që kontributet paguhen në bazë të aftësisë për të paguar dhe sistemi ofron një sistem transparent të ndarë për flukset e fondeve nga kontributet te fondi i sëmundjes (dhe te ofruesit e shërbimeve).

Roli i taksave në financimin e sigurimit shëndetësor social

Supozimi i përgjithshëm që vendet me sigurim shëndetësor social qëndrojnë kryesisht mbi kontributet për të financuar sistemet e tyre shëndetësore duhet të analizohet. Statistika ndërkombëtare mbi burimet e financimit të kujdesit shëndetësor shpesh nuk specifikojnë nëse shpenzimet përmes tatimit përfshijnë pagesat e financuara nga taksat për sistemin e financimit të sigurimit shëndetësor social (U + V + W në figurën 6.1) ose nëse këto përfshihen si shpenzime të sigurimit shëndetësor social.

Dy faktorë duhet të kombinohen për të vlerësuar masën në të cilën vendet bazohen në kontribuetet e siguirmit shëndetësor social bazuar në pagat e punonjësve: përqindja e të ardhurave të sigurimit shëndetësor social përmes kontributeve $\{C / (C + E1 + U + U + V + W)$ në figurën 6.1} dhe përqindja e shpenzimeve shëndetësore të përgjithshme të mbuluar nga sigurimi shëndetësor social $\{(C + E1 + U + V + W) / (C + E + P + T)\}$. Bazuar në përllogaritje të tilla, Gjermania dhe Hollanda janë të vetmet vende në Europën Perëndimore që mbulojnë më shumë se 60 % të shpenzimeve totale të kujdesit shëndetësor përmes kontributeve të lidhura me pagat e punonjësve. Deri në vitin 1997, Franca ishte vendi që bazohej kryesisht mbi të tilla kontribute, por ngaqë ajo u zhvendos në një bazë më të gjërë të kontributeve, pjesa e mbuluar është poshtë 60 %. Austria dhe Luksemburgu financojnë më pak se 50 % dhe Belgjika madje më pak se 40 % të shpenzimeve totale shëndetësore përmes kontributeve të lidhura me pagat (tabela 6.1) .

Figura-1: Model i thjeshtë i funksioneve të financimit dhe qarkullimet monetare në vendet me sigurim shëndetësor social



Shpjegues:
C = kontributet (të lidhura me të ardhurat dhe të palidhurat me to);
E = taksat shëndetësore të rezervuara;
P = shpenzimet private (ndarja e kostove për shërbimet e sigurimit shëndetësor social; dhe pagesat nga xhepi për shërbimet jashtë sigurimit shëndetësor social);
T = taksat e përgjithshme;
U = kontributet e financuara nga taksat, të tilla si për të papunët;
V = subvencionime të përgjithshme për financimin e sigurimit shëndetësor social të bashkuar;
W = subvencionime për fondet individuale të sëmundjes;
X = rimbursim I shërbimeve për njerëzit që nuk mbulohen nga sigurimi shëndetësor social;
Y = rimbursim për shërbimet e pa mbuluara nga sigurimi shëndetësor social (të tilla si shëndeti publik);
Z = pagesa që nuk lidhen me shërbimet 9të tilla si për investimet) ose subvencionime.

Përparësitë e sigurimit shëndetësor social

Performanca e sigurimit shëndetësor social mund të vlerësohet në përputhje me karakterizimin e OBSH të qëllimit të skemës së financimit shëndetësor: "të bëjë të disponueshëm financimin, si dhe të vendosë incentiva të drejta financiare për ofruesit, për të siguruar që të gjithë individët kanë akses ndaj kujdesit shëndetësor publik efikas dhe kujdesit shëndetësor personal" (OBSH 2000). Ngaqë sigurimi shëndetësor social është kryesisht një mënyrë e rritjes së burimeve, është gjithashtu e domosdoshme të merret në konsideratë paanësia e kontributeve financiare dhe ndikimi i sistemit mbi ekonominë. Duke përdorur këto kritere të ndryshme vlerësuese, avantazhet dhe disavantazhet e sigurimit shëndetësor social përshkruhen më poshtë.

- **Më shumë burime për sistemin e kujdesit shëndetësor**. Sigurimi shëndetësor social shpesh shihet si një mënyrë efektive dhe e lehtë për të rritur burimet që përmirësojnë shëndetin. Në të vërtetë, kontributet sociale supozohen të jenë më të lehta për t'u mbledhur se taksat e përgjithshme sepse punëdhënësi mund t'i ndalojë ato nga rrogat. Më e rëndësishme, qytetarët mund të jenë më të gatshëm të paguajnë kontributet e tyre sepse destinacioni i parave është i dukshëm, specifik dhe i lidhur me nevoja jetësore. Përfundimisht, në situata kur nuk ka hapësirë për të shtuar shpenzimet qeveritare për shëndetin, vendet mund të duan të kërkojnë një bazë më diverse të të ardhurave, në mënyrë specifike të rezervuara për sektorin shëndetësor. Kjo ka ndodhur në shumicën e vendeve të Europës Lindore në fund të viteve 1980 dhe në fillim të viteve 1990, kur ata duhej të ndërpritnin shpenzimet reale për shëndetin në vitet e para të tranzicionit: 17 prej tyre kanë futur kontributet e list pagesave, 10 si një mekanizëm mbizotërues të financimit dhe 7 si burim plotësues të të ardhurave të përgjithshme të taksimit dhe pagesave nga xhepi. Megjithatë, rezultatet e kësaj politike kanë qenë deri diku jo të kënaqshme (shih më poshtë).
- **Varësi më e vogël në negociatat e buxhetit se sistemet e financuara nga shteti.** Sistemet e financuara nga taksat e listpagesave janë më pak subjekt i negociatave të përvitshme të buxhetit, se sa financimet që vijnë nga taksimi i përgjithshëm. Prandaj, ata konsiderohen si një burim më i qëndrueshëm i të ardhurave. Por, financimi i sigurimit shëndetësor social nga kontributet i vetëm, nuk mund të gjenerojë burime të mjaftueshme, veçënarisht nëse hartuesit e politikave duan të mbulojnë më shumë popullsi se ato që kanë kontribuar përmes kontributeve të listpagesave. Në të vërtetë, të papunët, pensionistët, studentët dhe të varfërit duhet gjithashtu të mbulohen. Kështu, në shumë sisteme të sigurimit shëndetësor social, kontributet plotësohen nga subvencionimet qeveritare të financuara nga taksimi i përgjithshëm. Për më tepër, në disa vende, qeveritë ofrojnë garanci për borxhin e fondeve të sigurimeve shoqërore e shëndetësore (si në Francë). Përfundimisht, shumica e sistemeve të sigurimit shëndetësor social financohen në bazë të pagesës për atë që e shpenzon. Si rezultat i tranzicionit demografik, detyrime të mëdha të paparashikuara për pensionistët e ardhshëm janë akumuluar në shumë sisteme, veçënarisht në vendet në zhvillim, që ngrejnë probleme serioze rreth aftësisë paguese afat-gjatë të tyre.
- **Dimension i lartë rishpërndarës**. Sistemet e sigurimeve shëndetësore shoqërore ekzistuese zakonisht janë shumë rishpërndarëse, me ndër-subvencione nga pjesëmarrësit me të ardhura të larta te ato më të ulëta (veçënarisht nëse nuk ka kufi te të ardhurat subjekt i kontributeve), nga pjesëmarrësit me rrezik të lartë te ato me rrezik të ulët (rreziqet shëndetësore individuale nuk kanë ndikim në nivelin e

kontributeve), nga të rinjët tek të moshuarit dhe nga individët te familjet (zakonisht, ata që varen nga personi kontribues mbulohen pa rritje të pagesës kontribuese).

- Nuk ka një përfundim të qartë në lidhje me progresivitetin relativ të kontributeve sociale kundrejt financimit nga të ardhurat e përgjithshme. Megjithatë, disa studiues bëjnë me dije se kontribuesit social janë më pak progresive, ose të paktën progresive (Normand dhe Busse 2002). Dukshëm, në vendet me tavane të të ardhurave, progresiviteti është i kufizuar.
- **Mbështetje e fortë nga popullsia**. Vendet me një histori të gjatë të sigurimeve shëndetësore shoqërore kanë tendencë për të shfaqur një tërheqje shumë të fortë, habitëse, pothuaj emocionale ndaj tij. Arsyet për këtë fenomen qëndrojnë kryesisht në faktin se sistemet e sigurimeve shëndetësore shoqërore janë perceptuar si të financuara dhe ofruar privatisht (i cili i jep pacientit statusin e një klienti), të menaxhuar nga vetë pjesëmarrësit dhe (më e rëndësishmja) shumë të qëndrueshëm në termat organizativ dhe financiar. Sigurimi shëndetësor shoqëror është parë gjithashtu si një mënyrë e nxitjes së solidaritetit dhe fuqizimit të qytetarëve përmes pjesëmarrjes (Saltman 2004).

Pavarsisht arsyeve, ky fenomen nuk mund të mohohet dhe të mund të shpjegojë një pjesë e apelit të sigurimeve shëndetësore sociale për vendet që kërkojnë të zbatojnë një sistemit të ri të financimit shëndetësor. Për më tepër, në shumë nga këto vende, kur qeveritë kanë dështuar për të siguruar mbulim të mirë të popullatës, sigurimi shoqërore shëndetësore është parë si një zgjidhje e fundit. Por sigurimi shëndetësor social, gjithashtu ka të meta të mëdha dhe që të zbatohet me sukses, është më e mira në qoftë që vendet të përmbushin një sërë parakushtesh, të cilat do të diskutohen më poshtë.

Dobësitë e sigurimit shëndetësor social

Përjashtim i mundshëm i të varfërve. Shumica e vendeve e filluan implementimin e sigurimit shëndetësor social për një pjesë të kufizuar të popullsisë. Zakonisht në fillim mbulonte punonjësit publikë dhe punonjësit e firmave të mëdha private. Në stadet më të hershme, segmenetet më të varfëra të popullsisë (shumica e punonjësve në sektorin informal, të papunët) janë lënë shpesh pa mbuluar ose janë mbuluar nga shteti, edhe pse qeveritë në përgjithësi pretendojnë se mbulimi universal është qëllim i reformës. Megjithatë, ekziston rreziku që sistemi nuk mund të shkojë përtej bazës së ngushtë fillestare të punëtorëve të sektorit formal dhe që në vend të përmirësimit të gjendjes së grupeve më të varfëra, ai mund të rrisë pabarazitë (Conn dhe Walford 1998).

Së pari, është shumë e vështirë dhe e kushtueshme që t'i shtohen popullsisë së mbuluar, punonjësit e sektorit informalë. Ata priren të jetojnë në zona të largëta dhe nuk i dinë plotësisht përfitimet që mund të vijnë nga të qenit pjesë e sistemit dhe të ardhurat e tyre, janë shumë të vështira për të patur akses. Së dyti, subvencionimet publike për infrastrukturën shëndetësore janë shpesh të nevojshme për të plotësuar burimet që vijnë nga kontributet. Ky fenomen devijon paratë te popullsia e siguruar, që mund të përdoren ndryshe për të financuar shërbimet për të varfërit. Së treti, në shumicën e vendeve në zhvillim, administrata tatimore është e dobët, duke e bërë të vështirë mbledhjen e taksave për punonjësit e sektorëve ruralë dhe informalë.

Ndikimi negativ ekonomik i kontributeve të listpagesave. Megjithëse teorikisht dhe për një kohë të gjatë, në vendet ku tregu i punës dhe produkteve nuk janë shumë konkurues, taksa mbi pagën te të punësuarit ndryshon, punëdhënësit nuk mund të kenë mundësi të reduktojnë pagesat, për të kompensuar një rritje në kontributet e listpagesave në afat të

shkurtër. Prandaj, kontributet e sigurimeve shoqërore mund të zmadhojnë koston e punës dhe, më tej, të çojnë në papunësi më të madhe. Ata gjithashtu mund të reduktojnë konkurueshmërinë e vendit dhe të pengojnë investimet, duke ulur kështu kurbën e zhvillimit ekonomik. Më tej, nëse qeveria është punëdhënësi kryesor, kontributet e listpagesave do të shtojnë dukshëm shpenzimet publike.
Edhe në vendet e zhvilluara, të tilla si Franca, kontributet shoqërore kanë qenë fajësuar për nivel të lartë të papunësisë. Kjo çoi drejt reformës madhore të financimit të sistemit të sigurimit shëndetësor social, që kishte qëllim të pakësonte peshën e deduksioneve bazuar në listpagesën, nga tranformimi i kontributeve të punonjësve në një taksë të të gjithë burimit të të ardhurave (rrogat, përfitimet sociale, fitimet e kapitalit, të ardhurat nga lojrat e fatit).
Natyra komplekse dhe e kushtueshme për t'u manaxhuar. Këto sisteme përfshijnë shumë aktorë të ndryshëm, ndërveprime komplekse dhe detyra të ndërlikuara – që të gjitha duhet të manaxhohen. Ndërmjet funksioneve të tjera, fondet e sëmundjeve duhet shpesh të lidhin kontrata me ofruesit dhe të ngrejnë mekanizma të përshtatshëm të monitorimit. Ata duhet të rimbursojnë shpenzimet e popullsisë së siguruar në mënyrë efikase dhe të kontrollojnë sjelljen konsumatore për të shmangur abuzimet. Ata kanë gjithashtu përgjegjësinë të manaxhojnë shuma të konsiderueshme parash, që përfshijnë rezervat investuese kur ekzistojnë dhe të sigurojnë aftësinë paguese për një kohë të gjatë të fondit. Qeveria duhet të krijojë rregulla efektive supervizuese për të shmangur abuzimet dhe për tënxitur efikasitetin. Gjithashtu, duhet të krijohen mekanizma të rinjë të mbledhjes për kontributet sociale.
Prandaj, në sistemet e sigurimit shëndetësor social, shpenzimet administrative janë më të larta se në skemat e shërbimeve shëndetësore kombëtare. Aty ku këto përgjegjësi nuk kanë qenë manaxhuar siç duhet, implementimi i sigurimit shëndetësor social nuk ka qenë shumë i suksesshëm. Kjo është e hasur në shumë vende të Amerikës Latine, ku rregullat e dobëta dhe institucione shëndetësore inefiçiente, kanë penguar zhvillimin e sigurimit shëndetësor social.
Përshkallëzim të kostove. Sigurimi shëndetësor social, ashtu si sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore, mund të gjenerojnë një kërkesë të shtuar për shërbime shëndetësore, pasi kostot e shërbimeve janë të subvencionuara (rreziku moral). Ai mund të çojë gjithashtu në ofrim shtesë të shërbimeve, kur nuk zbatohet një metodë e përshtatshme e pagesës për shërbime. Më tej, është shpesh më e lehtë të zmadhohen kontributet sociale, të cilat janë në përgjithësi të mirëpritura nga popullsia, se sa të reduktojnë përfitimet, pasi njerëzit mendojnë se kanë paguar për përfitimet e tyre. Në fund, manaxhimi i fondeve të sëmundjeve nga njerëz që përfaqësojnë interesa të ndryshme (pjesëtarë të sindikatave ose organizata të punëdhënësve, shërbimet civile, autoritetet lokale) e bëjnë të vështirë të merren masa radikale. Këto tendenca janë vrojtuar në vende me një histori të gjatë të sigurimit shëndetësor social. Për të gjitha këto arsye, vendet me sisteme të sigurimit shëndetësor social, zakonisht shpenzojnë më tepër për shëndetin se ato me sisteme shëndetësore kombëtare (shih kapitullin "Financimi shëndetësor në vendet e zhvilluara).
Mbulim i mangët për sëmundjet kronike dhe kujdesin parandalues. Metodat e pagesës së ofruesit për shërbim dhe liria e aksesit ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor – që shpesh u atribohen skemave të tilla – e bëjnë sigurimin shëndetësor social një sistem shumë efiçient për të përmbushur nevojat shëndetësore që mund të ofrohen nga një ofrues i vetëm gjatë një konsultimi mjeksor të vetëm. Nga ana tjetër, ky nuk është sistemi

më i mirë për sëmundjet kronike, të cilat kërkojnë ndërhyrje të disa profesionistëve dhe koordinim të fuqishëm midis tyre. Gjithashtu, ai nuk është i përshtatshëm dhe për kujdesin parandalues, të tillë si imunizimi dhe kontrolli rutinë, sepse lidhjet midis shërbimeve publike shëndetësore drejtohen nga qeveria, ofrues privatë dhe fondet e sëmundjeve janë shpesh shumë të dobët për të krijuar bashkëveprim të përshtatshëm (McKee, Delnoij dhe Brand 2004).

Realizueshmëria e sigurimit shëndetësor social në vendet në zhvillim

Pas paraqitjes të listës së përparësive dhe dobësive, shprehemi se sigurimi shëndetësor social nuk është në vetvete as një sistem i mirë as i keq. Në fakt, suksesi i implementimit të tij në një vend të dhënë, varet nga prania e një sërë parakushtesh dhe aftësia e qeverisë për të ndikuar këto kushte. Le t'i rendisim:

Niveli i të ardhurave. Një pjesë e vendeve filluan implementimin e sigurimit shëndetësor social kur GNP e tyre ishte në nivelin e vendeve me të ardhura të ulëta dhe mesatare dhe u shoqëruan nga një rritje e madhe ekonomike gjatë periudhës së tranzicionit, duke çuar drejt mbulimit univerasl (Carrin dhe James 2004). Në të vërtetë, është e lehtë të thithësh kontribute të reja në një ekonomi në zhvillim. Në vendet ku rritja është e ulët ose nuk ekziston, mund të jetë më mirë të presësh, sepse sigurimi shëndetësor social nuk do të ketë mundësi të mobilizojë burime shtesë. Korea e Veriut, falë bumit ekonomik, është një shembull i mirë i implementimit të shpejtë të sigurimit shëndetësor social. Gjatë fazës kryesore të zhvillimit (1977 – 89), përqindja mesatare vjetore e rritjes së GDP për frymë ishte 13.3 %. Prandaj, mbulimi universal ishte arritur vetëm 26 vite pas krijimit të fondit të parë vullnetar të sigurimit shëndetësor në vitin 1965 (Bärnighausen dhe Sauerborn 2002). Nga ana tjetër, shumë vende të Amerikës Latine dhe Karaibe nuk kishin rritje kaq të madhe ekonomike për t'i lejuar ato të përfshinin shumicën e popullsisë. Në Bolivi, p.sh., më pak se 10 % e popullsisë mbulohet nga sigurimi shëndetësor social, pavarsisht se sistemi është krijuar që në vitin 1930.

Madhësia e sektorit informal. Aty ku sektori informal është i madh, baza e listpagesës për kontribute është shumë e ngushtë, duke ofruar aftësi të kufizuar për të rritur shumë burimet për kujdesin shëndetësor. Anasjelltas, vendet ku sektori formal është dominant, janë të afta të rregjistrojnë punonjësit me shumë lehtësi. Kjo është veçënarisht e vërtetë në vendet me një pjesë të madhe të punonjësve industrialë, sepse shumë kompani në këtë sektor do të kenë sistem formal të pagesave, nga të cilat mund të paguhen kontributet. Kjo është gjithashtu dhe kur sektori shtetëror është punëdhënësi kryesor, megjithëse kjo gjendje është e paqëndrueshme në vendet ku ekonomia është në tranzicion, nga sistemi i drejtuar nga shteti drejt një sistemi të drejtuar nga tregu. Ngaqë punësimi në sektorin publik priret të zvoglohet ndërsa në sektorin privat rritet, tranzicioni i tregut shpesh ka një ndikim negativ në mbledhjen e të ardhurave (Ensor 1999). Në tërësi, sektori informal është akoma në rritje në vendet në zhvillim (ILO 2005). Së fundmi, megjithëse është e vështirë për të vlerësuar dhe për të vënë taksat e të ardhurave të punonjësve të vetëpunësuar, është akoma më e vështirë ta realizosh këtë tek njerëzit që punojnë në bujqësi, sepse të ardhurat e tyre mund të jenë shumë të pabarabarta gjatë vitit dhe nga njëri vit në tjetrin (Normand dhe Weber 1994).

Shpërndarja e popullsisë. Përvoja e suksesshme duket se lidhet me rritjen e urbanizimit dhe rritjen e densitetit të popullsisë, sepse këto zhvillime lehtësojnë rregjistrimin e pjesëtarëve të sigurimit shëndetësor social dhe mbledhjen e kontributeve (Carrin dhe

James 2004). Nga ana tjetër, studime rastesh tregojnë se vendet ku popullsia rurale dominon, ka qenë shumë më i ulët implementimi i sigurimit shëndetësor social.
Një studim shumë interesant konfirmon rëndësinë e tre parakushteve të para të përshkruara më sipër. Një grup i vendeve me të ardhura të ulëta dhe mesatare u renditën sipas një indeksi të përbërë nga katër ndryshorë: densiteti i popullsisë, përqindja e popullsisë urbane, përqindja e fuqisë punëtore në industri dhe të ardhurat për frymë. Vendi në pozicionin më të lartë, nënkupton se ka më shumë mundësi të implementojë sigurimin shëndetësor social. Studimi tregoi se në shumicën e vendeve në krye të listës, mbulimi është shumë i lartë: si p.sh., në Argjentinë, Brazil dhe Korea, midis të tjerëve (Ensor 1999).
Kufij për të rritur koston e punës. Është e domosdoshme të vlerësohet shkalla në të cilën pagat e rritura në sajë të kontributeve të listpagesave, ndikojnë konkurencën e një ekonomie të dhënë. Në disa raste, ata mund të përfaqësojnë një barrë shtesë dhe ndikojnë negativisht në zhvillimin dhe punësimin. Ata gjithashtu mund të dëmtojnë tregun e punës nga rritja e shmangies (evazionit) së taksave dhe pakësimit të madhësisë së sektorit formal. Më tej, në shumë vende, rrogat janë tashmë një burim i madh i taksimit (taksa e të ardhurave, kontributet e sigurimeve për të papunët) dhe kjo barrë kufizon potencialin për të imponuar taksa të reja të listpagesave (Normand dhe Weber 1994).
Kapaciteti administrativ. Sistemet e sigurimit shëndetësor social kërkojnë staf të kualifikuar administrativ, veçënarisht për të drejtuar fondet e sigurimeve shëndetësore dhe për të rregulluar dhe mbikqyrur aktivitetin e tyre. Nganjëherë, është e mundur shfrytëzimi i njerëzve të punësuar më parë në kompanitë e sigurimeve shëndetësore private, ose "reciproke". Në disa raste, është esenciale të përcaktohet nëse kapaciteti për të manaxhuar këto sisteme, ekziston që para krijimit të tyre (kutia 4).
Infrastrukturë e një cilësi të mirë të kujdesit shëndetësor. Cilësia e shërbimeve shëndetësore, e disponueshme për popullsinë e siguruar, është shumë e rëndësishme për suksesin e sistemeve të sigurimit të kujdesit shëndetësor. Sigurimi shëndetësor social i jep popullsisë së siguruar të drejtën për akses ndaj këtyre shërbimeve. Ende, implementimi i suksesshëm i një skeme të sigurimit shëndetësor social varet në disponueshmërinë efektive të shërbimeve. Edhe sistemi shëndetësor social më i mirë, mbetet një predhë bosh, nëse një vend nuk ka infrastrukturën për të siguruar shërbime shëndetësore të përfshira në paketën e përfitimeve. Ekzistenca e infrastrukturtës së cilësisë së mirë, do të inkurajojë më tej popullsinë t'i bashkohet sistemit dhe ta mbështesë atë.
Në vendet ku institucionet shëndetësore të disponueshme për popullsinë e siguruar janë të papërshtatshme, ato që mund ta përballojnë, preferojnë të paguajnë nga xhepi ose të blejnë sigurimin shëndetësor privat, për të arritur akses te shërbimet më të mira. Vazhdimi për një kohë të gjatë i kësaj dukurie mund të shkatërrojë tërë sistemin. P.sh., në vendet ku një person i siguruar mbulohet vetëm nëse përdor institucionet shëndetësore të menaxhuara nga fondi i sëmundjeve, personi inkurajohet t'i bashkohet një sistemi të dytë. Prej nga këtej rrjedh e ashtëquajtura doble affiliación, që është i zakonshëm në vendet e Amerikës Latine, përfshirë dhe Republikën Domenikane (Savedoff 2005). Ai ndodh gjithashtu dhe në vendet ku sigurimi shëndetësor shoqëror u jep akses vetëm ofruesve publikë. Në Tunizi, p.sh., shumë të punësuar në sektorin privat që mbulohen nga skema e sigurimeve shoqërore shëndetësore, e cila ju jep atyre të drejtën të trajtohen në institucionet shëndetësore publike, kalon vullnetarisht në sigurimin privat për të arritur të marrë shërbim nga ofrues privatë.

Kutia - 2: Ndikimi i menaxhimit dhe supervizimit të dobët në implementimin e sigurimit shëndetësor shoqëror

Kenia ka skemën më të vjetër të sigurimit në Afrikë. Teorikisht, Fondi i Sigurimit Spitalor Nacional (FSSN), i krijuar në vitin 1966, është supozuar që të paguajë qëndrimin në spital, trajtimin dhe barnat për tërë popullsinë. Por në realitet është plotësisht ndryshe. Shpesh, FSSN, mbulon vetëm shpenzimet e fjetjes dhe bordit dhe pacientët duhet të paguajnë të gjithë shpenzimet e tjera të trajtimit vetë. Ndërkohë që vetëm 7 % e popullsisë është e siguruar. Arsyeja kryesore e dështimit të sistemit është mosbesimi që kanë njerëzit te ky sistem. Ai është parë si një nga institucionet më të korruptuara në vend dhe më shumë se gjysma e buxhetit, harxhohet për shpenzime administrative.
Probleme të ngjashme ndodhën dhe në Armeni dhe Kazakistan, ku financimi shëndetësor ishte jashtë buxhetit dhe kontrollit të sistemit të thesarit, përpara se të zhvillohen masa të tjera të llogaridhënies.
Mungesa e llogaridhënies dhe rrjedhjes financiare qartësisht të përcaktuara çuan me shpejtësi në dyshimet e korrupsionit, të cilat u konfirmuan më pas. Në kazakistan miliona dollarë të të ardhurave, u zhduken nga sistemi i sigurimit shëndetësor gjatë ekzistencës së shkurtër të tij dhe drejtori i fondit shtetëror ishte nën hetim për abuzim dhe përfundimisht u largua nga vendi. Në faqet e internetit të Armenisë, tregojnë se asnjë nga fondet qeveritare nuk kishte shkuar në institucionet e kujdesit shëndetësor, për më shumë se 9 muaj pasi ishte krijuar Agjensia Shtetërore e Shëndetit, si një fond autonom me buxhet më vete dhe përgjegjës për alokimin e fondeve qeveritare të kujdesit shëndetësor dhe blerjes së shërbimeve.
Burimi: GTZ 2004 dhe Langenbrunner 2005.

Ekzistenca e një konsensusi në favor të sigurimit shëndetësor social. Implementimi i suksesshëm i sigurimimit shëndetësor social, varet në një shkallë të madhe nga ekzistenca e një konsensusi të gjërë midis palëve të inetersuara që t'u binden rregullave të skemës. Në të vërtetë, shoqëria si e tërë mund të vendosë një kufi mbi shkallën e drejtësisë që është e gatshme të pranojë ose financojë. P.sh., kur të gjithë kontributet janë të grumbulluara dhe paketa e përfitimeve është universale, dallimet e kontributeve midis grupeve mund të bëhen aq të mëdha sa të mos pranohen nga shumë njerëz. Nëse të njëjtat përfitime janë të disponueshme për të gjithë, kjo mund të sjellë një fund për përfitimet e kujdesit shëndetësor për elitën. Për pasojë, ata mund t'i rezistojnë implementimit të sigurimit shëndetësor social. Kështu, pranueshmëria ose qëndrueshmëria e skemës së sigurimit shëndeëtsor social mund të rrezikohet, ashtu siç një pjesë e konsiderueshme e popullsisë nuk mund të jetë e gatshme të pranojë këtë rishpërndarje të rëndësishme të dyshimtë.
Stabiliteti dhe të drejtat politike. Konteksti politik i një vendi gjithashtu luan një rol themelor në implementimin e suksesshëm të sigurimit shëndetësor social. Në të vërtetë, pa një nivel të lartë të të drejtave politike, është e dyshimtë që qeveria të marrë mbështetjen e nevojshme për të zgjeruar sigurimin shëndetësor social. Qeverisë gjithashtu mund t'i mungojnë stimujt për të përmirësuar kushtet e jetesës së popullsisë, përmes reformës së kujdesit shëndetësor.
Prandaj, realizueshmëria e implementimit të sistemeve të sigurimit shëndetësor social, varet nga një sërë faktorësh socioekonomikë dhe politikë sipas specifikave të vendeve, kryesisht nga norma e rritjes ekonomike, zgjerimi i sektorit formal, shpërndarja gjeografike e popullsisë, zgjerimi i urbanizimit, mundësia e rritjes së kostos së punës,

kapaciteti administrativ i sistemit, cilësia e infrastrukturës së kujdesit shëndetësor, niveli i solidaritetit, mbështetja e palëve kryesore të interesuara dhe qëndrueshmëria e kontekstit politik. Nëse disa ose shumë nga këto parakushte mungojnë, implementimi i sigurimit shëndetësor social ka mundësi të përballet me pengesa të mëdha dhe mund të çojë në zhgënjim. Veçanërisht, mund të shuhen shpresat që do të ndihmonin në rritjen e burimeve shtesë për shëndetin. Në këtë aspekt, eksperienca e shumë vendeve të Europës Lindore në fillimet e viteve '90, veçanërisht në pjesën e parë, e tregon qartë këtë (kutia .5).

Kutia - 3: Dështimet e kontributeve të listpagesave për të rritur financimin shëndetësor në Europën Lindore

Në kundërshtim me besimin se kontributet e pagave do të rrisin nivelin e përgjithshëm të financimit për kujdesin shëndetësor, baza e shumëllojshme e taksave shpesh dështon të sjellë të ardhura shtesë. Ky fenomen ka disa shpjegime.
Së pari, punëdhënësit shpesh nuk pajtohen me kërkesat e tatimit të pagave. Në përgjithësi vendet e Europës Lindore dhe veçënarisht ato të republikave ish-Sovjetike, përballin vështirësi të konsiderueshme në mbledhjen e taksave të pagesave për shëndetin. Disa vende si Republika Çeke, Estonia, Hungaria kanë karakteristika strukturale që rrisin gjasat për futjen e suksesshme të taksës së pagave, përfshirë të ardhurat më të larta për frymë dhe një përqindje e lartë të popullsisë që jeton në zonat urbane dhe që punojnë në sektorin formal. Ensor (1999) vëren se rregjistrimi ishte bërë kryesisht më i lehtë për shkak të një numri të madh të punonjësve në sektorin shtetëror ose numrit të madh të ndërmarrjeve shtetërore në shumë vende, si në Kazakistan. Por në shumë vende ka patur sfida të mëdha. Një barrë e madhe ekonomike ishte krijuar nga taksat e reja për sigurimin shëndetësor dhe shoqëror (që shkonte 44 % në Hungari, në Shqipëri 42.6%, por që është ulur në vitet e fundit). Rajoni në tërësi ka vuajtur tradicionalisht nga taksa më të larta të pagave se çdo rajon. Disa vende kishin më pak kapacitet rregullator dhe admnistrativ për të rritur të ardhurat, një pjesë të konsiderueshme papunësie ose punonjës të vetëpunësuar dhe sisteme të dobëta të mbledhjes së taksave, si në Shqipëri dhe Rumani. Vende të tjera – Kazakistani, Kirgistani, Rusia dhe madje Estonia – kanë raportuar probleme të ngjashme të mbledhjes, si pasojë e shmangies së taksave nga bizneset e vogla. Gjithashtu, këtij problemi i shtohen dhe mekanizmat e dobët të mbledhjes, borgji i lartë i ndërmarrjeve dhe një pjesë e madhe jashtë sistemit, veçënarisht fermerët dhe të papunët. Nivelet e ulëta të përputhshmërisë, mund të jenë përkeqësuar më tej nga mungesa e shpeshtë e një lidhje midis kontributit dhe përfitimit. Trashëgimia historike e epokës socialiste nënkuptonte se të gjithë qytetarët e shumë vendeve kishin një të drejtë kushtetuese për kujdesin shëndetësor dhe kjo e drejtë mbeti përgjithësisht dhe në periudhën e tranzicionit. Mbledhja e primeve të sigurimit rezultoi në 9 % nga 52 % të të ardhurave të pritshme në Kazakistan në vitin 1996 dhe mesatarisht 40 % në vitin 1998. Për pasojë, sistemi i ri i sigurimit shëndetësor social u diskreditua dhe në fund të vitin 1999 u mbyll.
Një faktor final i madh ishte dhe konteksti i dobët i përgjithshëm makroekonomik. Shumë vende përjetuan zhvillim negativ në fillim të viteve 1990. Përveç futjes së sigurimit shëndeëtsor social, këto vende vazhduan të mbështeteshin në taksimin e përgjithshëm si burimi kryesor i financimit të kujdesit shëndetësor. Në fund, vendet që kanë lëvizur më shpejt drejt mbështetjes te kontributeve rezervë (që llogariten më shumë se 60 % të shpenzimeve totale shëndetësore) janë ato me nivelet më të larta për frymë të GDP.
Burimi: Langenbrunner 2005.

Modeli i përdorur nga shkrimi i mëparshëm (Carrin and James 2003), tregon gjithashtu rëndësinë e disa parakushteve të diskutuara këtu për zgjerimin e suksesshëm të mbulimit shëndetësor. Ai tregon se katër ndryshorë shkojnë përtej shpjegimit të mundësisë së një vendi për të zgjeruar mbulimin shëndetësor të popullsisë: një nivel i mirë i të ardhurave për frymë, një fuqi punëtore e kualifikuar, pabarazi minimale në të ardhurat (një shenjë që rishpërndarja është e mirëpranuar) dhe një nivel i lartë i të drejtave politike.
Në çdo rast, duke patur parasysh kompleksitetin e sigurimeve shëndetësore e shoqërore, çdo vend i gatshëm për të zbatuar një skemë të tillë do t'i duhet të kalojë përmes një periudhe të gjatë tranzicioni. Në tetë vendet e sigurimeve shëndetësore shoqërore ku ishte i disponueshëm një informacion i mjaftueshëm, kohëzgjatja mesatare e tranzicionit ndërmjet kohës së miratimit të ligjit të sigurimit shëndetësor dhe kohës së implementimit të tij drejt mbulimit universal ishte 70 vjet (Carrin dhe James 2004). Zgjatja e kësaj faze varet në parakushtet e përshkruara më sipër. Është e dobishme që vendet duhet të kenë të përmbushur një sasi të këtyre parakushteve tashmë, por qeveria mund të ndihmojë më shpejt zhvillimin e disa prej tyre. Kështu, konteksti është themelor, por vendimet e përshtatshme dhe vullneti politik mund të kompensojnë një situatë thelbësore të disfavorshme, të paktën në disa shkallë.

Kapaciteti i qeverisë për të zgjeruar sigurimin shëndetësor shoqëror
Mundësi për të zgjeruar sistemin. Një nga sfidat më të mëdha që përball sigurimi shëndetësor shoqëror në vendet në zhvillim është zgjerimi i mbulimit, nga baza e tij e ngushtë fillestare, kryesisht e sektorëve urban dhe modern rural, drejt mbulimit të tërë popullsisë. Qeveritë luajnë një rol të rëndësishme në suksesin apo dështimin e kësaj inisiative.
Së pari, është thelbësore që institucionet dhe hartuesit e politikave të hartojnë një skenar real dhe progresist të zgjerimit dhe ta ndjekin atë. Skenari duhet të jetë real, sepse nëse premtimet fillestare nuk mbahen, qeveria mund të humbë mbështetjen e popullsisë, e cila mund të rrezikoj tërë procesin. Në këtë aspekt, është themelore të kryhen studime shumë të qëndrueshme aktuare përpara zbatimit të sistemit. Është gjithashtu shumë e rëndësishme të qenit transparent sa më shumë që të jetë e mundur, për të fituar besimin e aktorëve kryesore. Zgjerimi duhet të jetë progresiv, jo vetëm sepse ai me kalimin e kohës ndihmon në adresimin e çështjes themelore të qëndrueshmërisë financiare, por gjithashtu sepse sigurimi shoqëror shëndetësor është kryesisht kompleks dhe kërkon kohë për t'u kuptuar dhe implementuar plotësisht. Duke filluar me një pjesë të kufizuar të popullsisë, do t'i mundësojë administratorët e sistemit të fitojnë eksperiencën e nevojshme përpara zgjerimit të tij ose në bazën gjeografike ose nga punonjësit e firmave të mëdha drejt firmavetë vogla, siç është bërë në Koren e Veriut (Ron, Abel-Smith dhe Tamburi 1990).
Së dyti, zgjedhja e metodës nga qeveria për të zhvilluar sigurimin shëndetësor social është vendimtare. Ajo duhet të jetë sa më shumë që të jetë e mundur transparente dhe pjesëmarrëse, për të fituar mbështetje dhe popullaritet. Qeveria duhet gjithashtu të këmbëngulë në avantazhet e sistemit, duke vënë në dukje përfitimet e tij në grupe të caktuara të popullsisë, në mënyrë që të fitojë konsensus (Normand dhe Ëeber 1994).
Së treti, qeveria duhet të gjejë rrugë për të inkurajuar punësimin formal, që t'i bashkangjitet këtij sistemi. Ajo duhet t'u tregojë atyre që sigurimi shëndetësor social do të përmirësojë aksesin e tyre ndaj kujdesit shëndetësor. Në të vërtetë, në fillim, pagesa rregullisht e kontributeve nuk mund të jetë një koncept plotësisht i kuptueshëm. Njerëzit mund të habiten pse duhet të paguajnë kur nuk janë të sëmurë (ILO dhe ISSA 1999). Në

këtë sens, është esenciale të hartohet një paketë atraktive (tërheqëse) dhe financiarisht e qëndrueshme, si dhe gjithashtu t'i bëjë të disponueshme shërbimet shëndetësore për punonjësit e sektorit informalë, të cilët nuk mund të kenë çasje (akses) ndaj kujdesit. Është gjithashtu shumë e rëndësishme reklamimi i reformës dhe komunikimi i avantazheve të saj. Teknika inovative mund të shfrytëzohen gjithashtu për të mbledhur kontributet e punonjëve të sektorit informal: vlerësim i të ardhurave të tyre në bazë të pasurisë, pagesës së një tarife fikse ose një minimum kontributi dhe përfshirja e rrjeteve lokale për të arritur punonjësit informalë (të tillë si shoqatat e linjave urbane, kooperativat e peshkimit, organizatat fetare dhe komunitetet e fshatrave në Kenia dhe kooperativat e fshatit në Filipine). Së fundmi, një çasje më "detyruese" mund të përdoret ndaj njerëzve që kërkojnë të paguajnë kostot e plota të shërbimeve shëndetësore, nëse ata nuk kontribuojnë për sigurimin shëndetësor social. Në Kosta Rika kjo metodë ka reduktuar dukshëm evazionin e taksave (MSH 2000). Rregjistrimi vullnetar nuk është i kështillueshëm, pasi ai paraqet rrezikun e përzgjedhjes negative.

Së katërti, qeverisë mund t'i duhet të subvencionojë zgjerimin e sigurimit shëndetësor social për të varfërit. Në të vërtetë, njerëzit e mbuluar në fillim janë shpesh të gatshëm për të zgjeruar sigurimin shëndetësor social, sepse kjo do të nënkuptojë një nivel më të lartë të ndër-subvencionimit midis tyre dhe të siguruarve të rinjë. Prandaj, vende si, Kili, Kolumbia, Kosta Rika dhe Filipine kanë subvencionuar të varfërit në mënyrë që ata të integrohen në sistem, ose duke paguar drejtpërdrejt paratë te fondi i sigurimit ose nga pagesa e primit të sigurimit për të varfërit, punonjësit informal dhe të vetëpunësuarit për t'iu bashkëngjitur sistemit.

Aftësia për të kontrolluar kostot. Ngaqë sigurimi shëndetësor shoqëror lidhet shpesh me shpenzime të larta, është themelore për institucionet që të drejtojnë sistemin duke kontrolluar shpenzimet, veçënarisht kontrollin e përzgjedhjes negative dhe rrezikun moral – sjelljetë detyruara nga ofruesit dhe pacientët. Një sërë mjetesh të ndryshme mund të përdoren për të arritur këtë synim: pagesat e ofruesve bazuar në performancë, kufi të shpenzimeve, marrëveshje për të përshtatur rrezikun bazuar në banorë, marrëveshje kontraktuale të mirë-hartuara midis ofruesve dhe fondeve të sigurimeve shëndetësore dhe ndërmjet të tjerash, një monitorim i mirë i sistemit. Megjithëse ky paragraf nuk diskuton këto teknika, është megjithatë e rëndësishme të theksojmë se kontrolli i shpenzimeve, është një element kyç në suksesin apo dështimin e sistemeve të sigurimeve shëndetësore sociale.

SIGURIMET SHËNDETËSORE ME BAZË KOMUNITARE

Skemat e sigurimeve shëndetësore komunitare kanë ekzistuar për shekuj në të gjithë vendet e botës. Ata kanë shërbyer si gur themeli për krijimin e sistemeve të sigurimeve shëndetësore e shoqërore në vende të tilla si Gjermania, Japonia dhe Kore.

Madje sot, në vendet me të ardhura të ulëta, sigurimet komunitare luajnë një rol të madh për sigurimin e mbulimit mjeksor të popullatës që nuk kanë akses në format e tjera të mbrojtjes formale mjeksore, të tilla si sigurimet shëndetësore shoqërore apo sigurimet private. Sigurimet shëndetësore komunitare janë pjesë e strategjisë së përgjithshme të financimit shëndetësore në disa vende që kanë financim të lartë nga xhepi për kujdesin shëndetësor, pasiguri në lidhje me flukset financiare të parashikuara nga donatorët, popullsi e madhe në sektorin rural dhe informal dhe kapacitet i dobët i qeverisë për të

rritur taksat. Sigurimet shëndetësore komunitare gjenden kudo në botë, por dominojnë kryesisht në vendet e Afrikës: vetëm në Afrikën Perëndimore, numri i skemave të sigurimit shëndetësor komunitar u rrit nga 199 në vitin 2000 në 585 në vitin 2003 (Bennett, Kelley, and Silvers 2004). Shumë skema të sigurimeve shëndetësore komunitare janë zhvilluar gjithashtu në Azi në Kinë, Indi, Nepal dhe Filipine, në Amerikën Latine në Argjentinë, Kolumbi, Ekuador dhe Meksikë.

Prandaj, në interes të rikuperimit të kostove, si një mekanizëm për të mobilizuar burimet në vendet me të ardhura të ulëta, vëmendja e komunitetit global është kthyer gjithnjë e më shumë drejt sigurimeve shëndetësore komunitare për mobilizimin e burimeve dhe efiçiencën alokuese. Një tjetër faktor kontribues për rritjen e interesit për sigurimin shëndetësor komunitar, ka të bëjë me mbrojtjen financiare.

Skemat e sigurimit shëndetësor komunitar nganjëherë referohen si skema të sigurimit shëndetësor për sektorin informal, skema të organizatave shëndetësore reciproke, ose skema të mikrosigurimeve. Ata mund të përcaktohen në përgjithësi si plane të parapagimit jo-fitimprurëse për kujdesin shëndetësor, me kontroll komunitar dhe anëtarësim vullnetar. Në përgjithësi ata shpërndajnë rrezikun nga të shëndetshmit te të sëmurët, por nëse primi i sigurimit bazohet në të ardhurat, mund të ketë gjithshtu një shpërndarje të rrezikut nga të pasurit te të varfërit. Megjithatë, ka një shumëllojshmëri të skemave të sigurimit shëndetësor komunitar. Ata janë shumë heterogjene në popullsinë që mbulojnë, në shërbimet e ofruara, rregulloret, manaxhimin dhe objektivat. Mund të jetë e vështirë krahasimi i komunitetit të organizuar dhe menaxhuar nga 'mutuelles de santé' parandaluese, me dominim frankofon në Afrikën Perëndimore nga disa spitale që drejtohen dhe organizohen sipas skemave të financimit komunitar, zakonisht në Afrikën Lindore. Megjithatë, disa nga këto projekte janë ngushtësisht të lidhura me politikat e financimit të kujdesit shëndetësor nga qeveria (Ruanda, Tanzani), ndërsa në Afrikën Perëndimore, shumica e projekteve janë ngritur, drejtuar dhe manaxhuar nga komuniteti. Ky seksion përqëndrohet në përkufizimin e sigurimeve shëndetësore me bazë komunitare (kutia 6.7), përpara se të përshkruajmë avantazhet dhe disavantazhet kryesore të këtij sistemi.

Forma të ndryshme të sigurimit shëndetësor bazuar në komunitet

Skemat e sigurimit shëndetësor komunitar ndryshojnë shumë në madhësinë, organizimin, objektivat dhe manaxhimin. Klasifikimet e mëposhtme përcjellin disa nga shumëllojshmëritë e këtyre marrëveshjeve:

Atim (1998) i ndan organizatat shëndetësore reciproke në Afrikën Perëndimore dhe Qendrore në bazë të dy dimensioneve: pronësia e tyre (skema të klanit tradicional ose rrjetit etnik social, apo llojit të lëvizjes shoqërore, bashkëmanaxhues me ofruesin, ose skema komunitare) dhe kriterit të tyre gjeografik dhe socioprofesional (bashkime rurale/urbane ose profesion/ ndërmarrje/ shoqata/ sindikata).

Një tjetër tipologji sipas Bennett, Creese, dhe Monash (1998) bazohet në natyrën e rreziqeve që skema mbulon. Ata dallojnë "tipin 1" të skemës që mbulon ngjarjet me kosto të lartë dhe me frekuencë të ulët dhe "tipin 2" të skemës që mbulon rreziqet me kosto të ulët dhe me frekuencë të lartë.

Bazuar në një studim të skemave të sigurimit shendetësor komunitar në disa vende të Azisë, Hsiao (2001) identifikon pesë lloje të skemave: skemë që përfshin subvencionim të drejtpërdrejtë qeveritar për individët (e tillë si Karta e Shëndetit në Tailandë), kujdesi shëndetësor kooperativ, në të cilin financimi dhe ofrimi janë të integruara në nivel fshati

dhe nën-distrikti, sigurimi nga pala e tretë e sponsorizuar nga komuniteti, parapagesë të ofruesit nga sponsorizimi (akses falas ndaj ofruesve specifik në shkëmbim të pagesë së primit mujor të sigurimit), dhe kooperativat e prodhuesve dhe konsumatorëve (të tilla si Banka Grameen, që funskionon si kompani sigurimi dhe si ofrues shërbimesh për anëtarët e saj dhe joanëtarët që jetojnë në të njëjtën zonë vepruese).

Kutia 4: Çfarë është sigurimi shëndetësor me bazë komunitar?

Skemat e sigurimit shëndetësor me bazë komunitare janë shumë të ndryshme dhe zakonisht dështojnë përpjekjet për të arritur në një përkufizim të vetëm gjërësisht të zbatueshëm. Bazuar në analiza thelbësore të literaturës ekzistuese mbi sigurimin shëndetësor me bazë komunitare, megjithatë Jakab dhe Krishnan (2004) identifikuan tre veçori të përbashkëta të shumicës së skemave ekzistuese:

• Përkatësia bazohet në anëtarësimin komunitar dhe komuniteti është fuqimisht i përfshirë në menaxhimin e sistemit. Termi "komunitar" i referohet një grupi njerëzish që kanë karakteristika të përbashkëta. Ky përkufizim i gjërë përfshin situata të ndryshme. Anëtarët e skemës së sigurimit shëndetësor komunitar mund të lidhen nga afërisa gjeografike ose nga i njëjti profesion, besim, etnicitet ose çdo "lloj tjetër të përkatësisë që lehtësojnë bashkëveprimin e tyre për mbrojtjen financiare". Në skemat e sigurimit shëndetësor komunitar, përkatësia bazohet në anëtarësimin e komunitetit, megjithatë të gjithë pjesëtarët e komunitetit nuk mund të jenë pjesë e skemës, veçënarisht nëse ata janë shumë të varfër për të paguar primin e sigurimit. Pjesëtarët e komunitetit gjithashtu marrin pjesë në menaxhimin e skemës: hartojnë rregullat, mbledhin, grumbullojnë dhe alokojnë burimet. Por kjo pjesëmarrje nuk do të thotë që skemat e sigurimit shëndetësor komunitar zotërohen nga komuniteti. Studimi i ILO/STEP tregon se komunitetet janë zotëruesit ligjor të skemës vetëm në 9 % të 128 rasteve të analizuara (ILO dhe STEP 2002). Zotëruesit kryesorë janë qeveria qendrore dhe lokale (44%), OJF (11%) (ILO dhe STEP 2002).

• Përfituesit janë të përjashtuar nga çdo lloj tjetër mbulimi shëndetësor. Skemat e sigurimit shëndetësor komunitar rigrupojnë njerëzit e varfër të përjashtuar nga forma të tjera të metodave të financimit. P.sh., ata mund të jenë të përjashtuara nga sigurimi shëndetësor shoqëror, pasi ata punojnë në sektorin informal, nga shërbimet e financuara nga qeveria, pasi këto shërbime nuk janë të aksesueshme ose nga sigurimi shëndetësor privat, pasi ata nuk mund të paguajnë primin e sigurimit shëndetësor.

• Anëtarët ndajnë një rend të vlerave sociale. Shumica e skemave bartin vlera dhe parime të rrënjosura thellë, të tilla si përkatësia, pjesëmarrja dhe solidariteti vullnetar. Shpesh këto skema kanë ekzistuar për një kohë të gjatë si forma tradicionale të solidaritetit për të varfërit. Krijimi i skemave të sigurimit shëndetësor komunitar, veçënarisht rregullat që drejtojnë mbledhjen e burimeve, përgjithësisht pasqyrojnë këto parime.

Bazuar në një përmbledhje të gjërë të gati tridhjet studimeve, Jakab dhe Krishnan (2004) i klasifikojnë skemat në katër kategori: ndarje komunitare e kostove (mobilizim i burimeve përmes pagesave nga xhepi, por komuniteti përfshihet në tarifa fikse të vendosura, alokimin e burimeve, vendosjen e kritereve përjashtuese dhe menaxhimin e skemës); organizata komunitare të parapagimit ose organizata shëndetësore reciproke (parapagim dhe ndarje e rrezikut, përfshirje e fuqishme e komuniteti në krijimin dhe manaxhimin e skemës); sigurime shëndetësore bazuar në ofrues (skema të përqëndruara në një spital të vetëm – shpesh të filluara nga ofruesit, parapagimi, ndarja e rreziqeve, mbulimi i rreziqeve katastrofike, roli komunitar më mbikqyrës se sa strategjik); dhe mbështetje e sigurimit shëndetësore shoqërore ose qeveritare për skemën e komunitetit (skema që i

bashkangjiten sistemeve të sigurimeve shëndetësore shoqërore ose programeve të financuara nga qeveria, pjesëmarrje aktive e komunitetit në manaxhimin e sistemit, por kontributet financiare kryesore të qeverisë ose fondeve të sigurimeve shëndetësore shoqërore).

Përparësitë e sigurimit shëndetësor me bazë komunitare

Vlerësimi me saktësi i ndikimit të përgjithshëm të skemave të sigurimit shëndetësor komunitar është shumë i vështirë sepse, "në shumicën e rasteve, marrëveshjet financuese me bazë komunitare nuk janë të rregjistruara" dhe prandaj "nuk ekzistojnë të dhëna të ruajtuara" (Jakab dhe Krishnan 2004). Megjithatë, literatura sugjeron përfundimet e mëposhtme:

Akses më i mirë ndaj kujdesit shëndetësor për njerëzit me të ardhura të ulëta. Jakab dhe Krishnan (2004) analizuan më shumë se 45 raporte të publikuara dhe të papublikuara mbi eksperiencën e skemave të sigurimit shëndetësor komunitar dhe ato u vlerësuan nga tre dimensione kryesore: mobilizimi i burimeve, mbrojtja financiare dhe akses nga të varfërit. Autorët gjetën të dhëna të kënaqshme që marrëveshjet finaciare komunitare krijojnë një kontribut pozitiv të financimit të kujdesit shëndetësor në vendet me të ardhura të ulëta. Varianti në aftësinë për të rritur të ardhurat i atribohet të ardhurave të pakta të popullsisë kontribuese. Mbrojtja financiare e ofruar nga projektet është gjetur se është e konsiderueshme, si nga reduktimi i shpenzimeve nga xhepi ashtu dhe nga rritja e përdorimit të burimeve të kujdesit shëndetësor. Në lidhje me aksesin nga të varfërit, autorët gjetën se sigurimi shëndetësor komunitar "zgjeron mbulimin në një masë të madhe njerëzish që nuk kanë mundësi tjetër mbulimi financiar".

Ekman (2004), megjithatë është pak më shumë i prerë. Ai zbaton një analizë sistematike si të kundërt me atë narrative, për të treguar ndikimin e aksesit që ka sigurimi shëndetësor komunitar. Rezultatet e skemave vlerësohen në bazë të kritereve të mëposhtme: mobilizim i burimeve, cilësi e kujdesit, efiçienca e ofruesit, rreziku moral, mbrojtja financiare, shpenzimet nga xhepi dhe akses ndaj kujdesit. Ai gjeti se "në përgjithësi baza e të dhënave është e kufizuar në fushën e veprimit dhe i diskutueshëm në cilësi. Ka një të dhënë të fuqishme, që sigurimi shëndetësor komunitare ofron deri diku mbrojtje financiare nëpërmjet reduktimit të shpenzimeve nga xhepi. Ka një të dhënë të moderuar që një skemë e tillë përmirëson rigjenerimin e kostove.

Një komponent i dobishëm i sistemit të financimit shëndetësor që përfshin dhe instrumenta të tjerë. Skemat e sigurimit shëndetësor komunitar mund të plotësojnë ose mbushin boshllëkun e skemave të tjera të financimit shëndetësor (sigurimit shëndetësor shoqëror ose financimet qeveritare), ose ata mund të jenë një hap i parë drejt një sistemi më të madh. Kur ata fillojnë të operojnë, shumica e skemave të sigurimit shëndetësor komunitare janë të pavarura nga qeveria ose nga sistemet e sigurimeve shëndetsore shoqërore. Në pjesën më të madhe, ata ishin krijuar saktësisht sepse këto institucione ishin të paafta të siguronin mbrojtje mjeksore për popullatës. Por sapo të zhvillohen, skemat me bazë komunitare duhet të koordinohen me mjetet e tjera ekzsituese të financimit në interes të popullsisë. Një mënyrë më e rëndësishme për të kapërcyer kufizimet e sigurimit shëndetësor komunitar, është që të mos e konsiderojmë atë si përgjigje e të gjithë nevojave financuese të një vendi, por si një pjesë e zgjidhjes që përfshin dhe mekanizmat e tjerë financues.

Sigurimi shëndetësor me bazë komunitare mund të jetë shumë i dobishëm për të plotësuar format e tjera të mbulimit shëndetësor. Në të vërtetë, siç dikutuam më parë,

skemat e sigurimit shëndetësor komunitar nuk mund të sigurojnë mbrojtje mjeksore për tërë popullsinë. Por ata mund të ndihmojnë të përmbushin nevojat e kategorive të veçanta të njerëzve, të tilla si punonjësit e zonave rurale dhe informalë (Bennett, Kelley dhe Silver 2004). Për këtë arsye, në shumë vende qeveritë përpiqen të futin skema të sigurimit shëndetësor komunitar (si në Ruanda) ose të shfrytëzojnë ato ekzistuese për të zgjeruar mbulimin shëndetësor të popullsisë së caktuar. P.sh., në Tanzani, Fondi Shëndetësor Komunitar ka si objekt punonjësit informalë, ndërkohë që sektori formal mbulohet nga një skemë e re e sigurimeve shëndetësore shoqërore (Bennett, Kelley, and Silvers 2004). Një strategji e ngjashme është përdorur dhe në Gana. Sigurimi shëndetësor komunitar mund të mbulojë gjithashtu të gjithë ose pjesërisht tarifat që njerëzit duhet t'u paguajnë institucioneve të kujdesit shëndetësor të financuar nga qeveria ose të mbulojnë shërbimet që nuk përfshihen në paketën e përfitimeve të ofruar nga sigurimi shëndetësor social ose nga qeveria. Në disa raste, ata gjithashtu mund të financojnë aksesin te ofruesit privatë (Bennett, Kelley, and Silvers 2004).

Qeveritë mund të përdorin sigurimin shëndetësor komunitar për të zgjeruar mbulimin e financuar nga mekanizma shumë të mëdhenjë financiar, të tillë si sigurimi shëndetësor e shoqëror. Në këtë aspekt, një mënyrë shumë interesante po zhvillohet në Filipine, ku qeveria po shfrytëzon skemat ekzsituese komunitare për të zhvilluar sistemin e sigurimit shëndetësor nacional (kutia 6.8).

Studim i ILO/STEP i përmbledh këto elementë duke deklaruar se "prevalenca shumë e dukshme e organizatave shëndetësore me bazë komunitare si "pika hyrëse", me grumbullim të theksuar jashtë skemës dhe prani të rëndësishme të subvencioneve direkte dhe jodirekte, sugjeron se sa më shumë të kërkohet impakt nga këto organizata aq më të izoluara qëndrojnë marrëveshjet e tilla organizative, ndikimi dhe rëndësia e të cilave duhet të vlerësohet si një strategji potenciale që lidh komunitetin me marrëveshje të tjera alternative organizative për zgjerimin e mbrojtjes sociale në shëndet (ILO dhe STEP 2002).

Të metat e sigurimit shëndetësor me bazë komunitare

Mbrojtje të kufizuar për anëtarët. Kapaciteti i skemave të sigurimeve shëndetësore komunitare për të rritur në mënyrë të dukshme burimet, është i kufizuar nga të ardhurat e përgjithshme të ulëta të komunitetit. Prandaj, skema të tilla zakonisht duhet të plotësojnë burimet bazë të tyre me pagesat e përdoruesve, subvencionime qeveritare dhe ndihmë donatore.

Për më tepër, mbrojtja që ata mund të sigurojnë është, në pjesën më të madhe të kohës, e fshehur nga madhësia e vogël e bashkimit. Edhe pse madhësia ndryshon gjërësisht (nga disa dhjetëra anëtarë disa milionë), shumica e skemave janë të vogla. Bazuar në 85 raste, studimi i ILO/STEP tregon se 22 % e skemave kanë më pak se 100 anëtarë, pothuaj 70 % kanë më pak se 2000 anëtarë dhe 8 % kanë më pak se 10 000 anëtarë (ILO dhe STEP 2002).

Për më tepër, mbulimi efektiv i popullsisë brenda një komuniteti të dhënë është shumë i kufizuar: rreth 10 % e popullsisë së shënjuar mesatarisht, sipas Ekman (2004) dhe 8.2 % sipas Ëalkens dhe Criel (2004), bazuar në të dhëna të disponueshme për 103 skema në Afrikën Sub-Sahariane. Arsyet kryesore qe kaq shumë njerëz zgjedhin të mos marrin pjesë, janë se ata nuk e kuptojnë nevojën për sigurim shëndetësor ose ata nuk u besojnë manaxherëve të skemës. Hsiao (2001) tregon se, meqë anëtarësimi është vullnetar, njerëzit do të priren t'i bashkohen skemës nëse ata presin që përfitimet të jenë më të mëdha se shpenzimet dhe nëse komuniteti ka një nivel të lartë të kohezionit social. Ai gjithashtu

tregon se besimi në manaxherët e skemës është thelbësor për të shpjeguar gatishmërinë e anëtarëve të komunitetit për t'u bashkuar.
Si rezultat i burimeve të kufizuara, madhësisë së vogël dhe mbulimit të pamjaftueshëm, shumë skema të sigurimit shëndetësor komunitar nuk janë shumë efektive, siç paraqitet në analizën e përgjithshme të plotësuar së fundmi nga ILO (ILO dhe STEP 2002). Variabla të rezultateve për vlerësim janë statusi shëndetësor, shfrytëzimi dhe mbrojtja fiananciare. Autorët tregojnë se "nuk ka të dhëna nga dokumentat e analizuar që tregojnë se organizatat e sigurimit shëndetësor komunitar kanë ndikim pozitiv mbi statusin shëndetësor ose të paktën shfrytëzimin e shërbimeve dhe mbrojtjen financiare të anëtarëve të tyre ose për shoqërinë në tërësi, e në veçanti për të varfërit".
Qëndrueshmëria është e diskutueshme. Madhësia e vogël e grumbullimit e bën skemën e sigurimit shëndetësor komunitar lehtësisht të dështojë. Në të vërtetë, perceptimi i një rreziku të vetëm më të madh, mund t'i çojë ato drejt falimentimit. Për më tepër, shumica e skemave janë veçënarisht subjekt i rreziqeve bashkëvarura, sepse një një zonë të kufizuar gjeografikisht, shëndeti i një individi nuk është i pavaruar nga shëndeti i të afërmit të tij, veçënarisht kur ndodh një katastrofë epidemike apo natyrore (Tabor 2005). Kjo është arsyeja që hulumtuesit vazhdimisht përqëndrohen në risigurimin (Dror dhe Preker 2004). Risigurimi do të bashkojë rreziqet e disa skemave, duke krijuar kështu stabilitet më të madh financiar. Megjithatë, sot ka "eksperiencë shumë të kufizuar në lidhje me kapacitetin për të ndërmarrë risigurimin" (Bennett, Kelly dhe Silvers 2004).
Stabiliteti financiar i skemave të sigurimit shëndetësor komunitar ndikohet gjithashtu nga problemet e përzgjedhjes negative të qenësishme në skemat e parapagimit vullnetar. Bennet, Creese dhe Monash (1998) gjetën se paketa e përfitimeve ishte shumë rrallë e përcaktuar me saktësi. Prirja ishte të përfshinte të gjithë shërbimet që mund të ofroheshin nga institucione që merrnin pjesë në skemë. Kjo çasje e gjërë e bëri më të lehtë që njerëzit me kushte paraekzistuese t'i bashkohen, duke krijuar kështu disa çështje të përzgjedhjes negative.
Zbatueshmëria e sigurimit të kujdesit shëndetësor bazuar në komunitet shpesh është e rrezikuar nga aftësitë manaxheriale të kufizuara të disponueshme në nivelin komunitar. Duke konsideruar madhësinë e vogël, shumica e skemave të sigurimit komunitar janë të brishta "që në krijim". Megjithatë, është e nevojshme të qartësojmë këtë konkluzion, duke marrë në konsideratë që shumë skema nuk e bartin rrezikun financiar. Në studimin e ILO dhe STEP të 136 rasteve për të cilët kishte informacion të disponueshëm, rreziku financiar ishte mbështetur nga qeverisja qendrore dhe lokale (dhe në pak raste nga OJF) në 66 % të rasteve (ILO dhe STEP 2002).
Përfitim i kufizuar për pjesën më të varfër të popullsisë. Në lidhje me çështjen e mbrojtjes financiare Ekman (2004) gjeti se sigurimi shëndetësor komunitar funksionon për ato që rregjistrohen, por që rregjistruesit priren të jenë relativisht të pasur. Ai gjeti që "ka një evidencë të bazuar se të tillë programe sigurojnë mbrojtje efektive për pjesëtarët e skemës nëpërmjet reduktimit të dukshëm të nivelit të pagesës nga xhepi për kujdesin shëndetësor", por që "gjetjet sugjerojnë se shumica e skemave dështojnë të mbulojnë grupet e pasura në zonat e rregjistruara". Bennet, Creese dhe Monash (1998), bazuar në një analizë të 82 skemave jofitimpruesë të sigurimeve për njerëzit jashtë punësimit formal në vendet në zhvillim, gjithashtu gjetën se shumë pak skema ishin të afta të arrinin pjesën shumë të varfër pa mbështetje të subvencionimit nga qeveria dhe partnerë të tjerë.
Preker dhe të tjerë (2004) bien dakort se të varfërit nuk kanë akses ndaj projekteve të tilla. Ata ia atribuojnë këtë fenomen kryesisht mungesës së përballueshmërisë. Në të vërtetë,

edhe primet shumë të vogla të sigurimit mund të jenë shumë të shtrenjta për pjesën shumë të varfër. Për më tepër, pagesat në natyre janë rrallë të pranueshme, për shkak të vështirësimit të manaxhimit të tyre, e cila përfaqëson një pengesë për njerëzit e varfër që nuk kanë para kesh (Bennett, Kelly dhe Silvers 2004). Përfundimisht, orientimi drejt të varfërve i skemave të sigurimit shëndetësor komunitar, pengohet shpesh nga fakti se shumica financohen përmes kontributeve të normës regresive. Prandaj, raporti i Komisionit mbi Makroekonominë dhe Shëndetin apelon për mbështetje të madhe për sigurimet shëndetësore komunitare dhe për krijimin e një skeme financimi që do të plotësonte primet e sigurimit që paguajnë individët për sigurimin shëndetësor të tyre nga qeveria ose financime donatorësh (OBSH 2001).
Ka gjithashtu dhe arsye jofinanciare që shpjegojnë paaftësinë e të varfërve për të përfituar nga sigurimet shëndetësore komunitare. Këto përfshijnë sjelljet e ofruesve drejt të varfërve dhe mungesa e afërsisë gjeografike të shërbimeve (Bennett, Kelly dhe Silvers 2004).
Ndikim i kufizuar në shpërndarjen e kujdesit. Disa autorë theksojnë se sigurimi shëndetësor komunitare përmirëson cilësinë e shërbimeve shëndetësore nga kontraktimi me ofruesit shëndetësor, duke i nxitur ata të përmirësojnë shërbimet e tyre (Tabor 2005). Bazuar në një vlerësim të një numri skemash në Afrikë dhe Azi, Hsiao (2001) gjeti se sigurimi shëndetësor komunitar nuk ka ndikim të madh mbi nivelin e të ardhurave, por ai pajtohet me atë që ai është mënyra më e mirë e organizimit të shpenzimeve shëndetësore për të blerë shërbime dhe mallra më të lira dhe më të mira.
Megjithatë, shumë studime bazuar në një analizë të gjëra të literaturës mbi sigurimin shëndetësor komunitar priren të kundërshtojnë këtë të dhënë. Sipas Ekman (2004), ka të dhëna të pakta ose mungojnë fare që skemat kanë një efekt në cilësinë e kujdesit ose të efiçiencës së prodhimit të kujdesit. Kjo e dhënë është konfirmuar deri diku nga studimet e ILO dhe STEP, të cilat tregojnë se vetëm një pjesë e vogël e skemave (16 % nga 62 raste për të cilat disponohen të dhëna) negociojnë cilësinë dhe kostot e shërbimeve me ofruesit. Shumica thjesht blejnë shërbimet me çmimet e tregut (ILO dhe STEP 2002).
Në përfundim, skemat e sigurimit shëndetësor komunitar përballin shumë vështirësi, që ndikojnë si efektivitetin e tyre ashtu dhe qëndrueshmërinë e tyre. Zgjidhjet ndaj këtyre vështirësive nuk janë të lehta. Në shqyrtimin e plotë të literaturës mbi sigurimin shëndetësor komunitar, Jakab dhe Krishna (2004) identifikuan shumë kushte kumulative të domosdoshme për të siguruar suksesin e skemës: aftësia për të parandaluar përzgjedhjen negative, përshtatja e fluksit të parregullt të të ardhurave të anëtarsimit, parandalimi i abuzimeve dhe akomodimi i më të varfërve; manaxhim i mirë me përfshirje të fortë të komunitetit; lidhje organizative midis skemës dhe ofruesve (e cila i mundëson komunitetit të negociojë normat të preferueshme); dhe disponueshmëri e qëndrueshme e mbështtejes së donatorëve dhe financimit qeveritar. Hsiao (2001) gjithashtu vë theksin që një ndërhyrje e përshtatshme e qeverisë mund të jetë e domosdoshme për të siguruar suksesin e skemës. Në veçanti, qeveritë mund të subvencionojnë pagesat e primit të sigurimit për pjesën më të varfër të komunitetit, duke lehtësuar kështu pjesëmarrjen e tyre, njëkohësisht duke zvogluar koston e primit të sigurimit dhe duke shtuar pjesëmarrjen në skemë (si në rastin e Kartës Shëndetësore në Tailandë). Financimi qeveritar gjithashtu mund të përforcojë ndikimin e sigrurimit shëndetësor komunitar, ose nga financimi i disa ofruesve të kujdesit shëndetësor të kontraktuar nga skema ose nga subvencionimi i drejtpërdrejtë i skemës, si në Tanzani, ku kontributet e sigurimit barazpeshohen nga subvencionimet qeveritare.

SIGURIMI SHËNDETËSOR VULLNETAR

Sigurimi shëndetësor "vullnetar" ose "privat" është një model i financimit shëndetësor që është i përhapur në mënyrë të veçantë në vendet me të ardhura të larta, si shtesë e mbulimit të financuar nga shteti (kutia 6.9). Praktikisht, marrëveshjet e sigurimit shëndetësor privat ose vullnetar përfshijnë një spektër të gjërë të mekanizmave të financimit vullnetar (mekanizma jo të mandatuar nga qeveria) dhe marrëdhënie të ndryshme me prodhuesit e sektorit shëndetësor privat apo publik. Analizat e fundit në këtë fushë përfshijnë studime nga OECD (2004) dhe OBSH (Sekhri dhe Savedoff 2005), si dhe punime nga kërkuesë të shkollës ekonomike të Londrës (Mossialos dhe Thomson 2002). Ky seksion kërkon të përcaktojë dhe diferencojë sigurimin shëndetësor vullnetar dhe privat nga mekanizmat e tjerë dhe të shqyrtojë dëshirueshmërinë dhe realizueshmërinë në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare.

Kutia 7: Ç' janë sigurimet shëndetësore vullnetare?

"Sigurimi shëndetësor privat" ka qenë përcaktuar në mënyrë të ndryshme, duke përfshirë sigurimet shëndetësore që sigurojnë mallra në mënyrë private (shërbime shëndetësor personale më tepër se sa shërbime shëndetësor publike), sigurimi shëndetësor i ofruara nga organizata private (fitim-prurëse) dhe sigurim shëndetësor i karakterizuar nga prime sigurimesh jo të bazuara në të ardhurat, në dallim me kontribuesit e sigurimit social apo bazuar në taksa (OECD 2004). Sigurimet shëndetësore vullnetare përcaktohen si çdo sigurim shëndetësor që paguhen nga kontribues vullnetar. Sigurimi shëndetësor vullnetar mund të dallohet kështu nga sistemet kombëtare të shërbimeve shëndetësore dhe modelet e financimit të sigurimeve shendetësore e shoqërore, të cilët të dy karakterizohen nga pagesa të detyrueshme.

Niveli i detyrimit është i rëndësishëm, sepse ai shpesh përcakton gjërësinë e shpërndarjes së rrezikut dhe mund të tregojë rëndësinë e politikbërësve për të caktuar mbulimin. Analizat në këtë libër përqëndrohen në nivelin e detyrimit si një faktor kyç dallues dhe shyrton skemat e sigurimit shëndetësor vullnetar.

Në realitet, shumica e tregut të sigurimeve shëndetësore private janë vullnetare. P.sh., Zvicra është e vetme ndër vendet anëtare të OECD e detyruar për të blerë sigurimet shëndetësore private (nga individët). Uruguai u cakton personave sipas të ardhuarve të caktuara (nga 600 – 1800 $) të blejnë mbulim shëndetësor privat dhe Arabia Saudite është në proces të futjes së sigurimit shëndetësor privat të detyrueshëm për emigrantët (Skhri, Savedoff dhe Tripathi 2005).

Kur analizojmë dhe vlerësojmë sigurimin shëndetësor vullnetar, është e rëndësishme të identifikojmë funksionet ose rolet që luan një skemë e tillë në një kontekst vendor të veçantë – d.m.th., nëse skema vullnetare është një burim kryesor ose shtesë i financimit të kujdesit shëndetësor. Taksonomia e funksioneve të sigurimit shëndetësor privat e zhvilluar nga OECD, analizon funksionet e sigurimit shëndetësor vullnetar si më poshtë:

burim kryesor i mbulimit shëndetësor për popullsinë ose grupe kryesore të popullsisë;
mbulim i shërbimeve ose përfitimeve të njëjta si sistemi publik (të dublikuara) (megjithëse ofruesit, aksesi në kohë, cilësia dhe pajisjet e shërbimeve mund të ndryshojnë);
mbulim i pjesës së kostos nën sistemin publik (plotësues); ose
mbulim i shërbimeve të pambuluara nga sistemi publik (suplementare) (OECD 2004).

Kjo ndarje e funksioneve lehtëson krahasimet kuptimplote ndërmjet sistemeve.

Burimi: Autorët.

Kompentencat kryesore të zbatuesve

Bowie dhe Adams (2005) kanë identifikuar 11 kompetenca komerciale të përgjithshme që kërkojnë kompanitë e sigurimit shëndetësor vullnetar, nëse ata duhet të zhvillohen dhe të ruajnë një pozicion në treg: të përcaktojnë dhe zhvillojnë produktet, të vendosin çmimin e produkteve, të shesin produktet, të mbledhin primet e sigurimit, të administrojnë kërkesat, të menaxhojnë rreziqet, të menaxhojnë lidhjet e jashtme, të sigurojnë shërbime të përshtatshme dhe informacion për klientët dhe furnizuesit, të shfrytëzojnë teknologjinë e komunikimit dhe të informacionit, të menaxhojnë në mënyrë operative dhe qeverisin në mënyrë strategjike. Disa nga këto aftësi ndryshojnë nga ato që nevojiten për të menaxhuar një sistem sigurimi shëndetësor shoqëror ose publik – veçënarisht në zhvillimin, çmimin dhe shitjet e produkteve.

Përparësitë e sigurimit shëndetësor vullnetar

Edhe në vendet me të ardhura të larta, është e vështirë të nxjerrësh mësime të përgjithshme, empirike dhe politike nisur nga eksperienca e sigurimit shëndetësor vullnetar. Ndikimi i gjatë i sitemit të sigurimit shëndetësor vullnetar duket se është rezultat i shumë faktorëve, përfshirë funksionet e tij, natyrën dhe shkallën e financimit të detyruar dhe masën në të cilën gjenden kufizimet detyruese (dhe relativisht jo elastike) mbi inputet kryesore (të tilla si numri i mjekëve që punojnë në një vend).

Në analizimin e përparësive të tregjeve të sigurimit vullnetar, ky seksion merr në konsideratë si performancën potenciale ashtu dhe historike. Në sudimin e bërë nga OECD të tregjeve të sigurimit shëndetësor privat, arrihet në konkluzionin se, sigurimi privat pason atributet e mëposhtme (OECD 2004):

- Siguron mbrojtje financiare (krahasuar me shpenzimet nga xhepi)
- Rrit asksesin në shërbimet shëndetësore (kur financimi i detyruarështë i paplotë)
- Rrit kapacitetin e shërbimit dhe promovon inovacion
- Ndihmon financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor të pambulura nga shteti, në rastin e sigurimit shëndetësor privat suplementar.

Një çasje alternative e konsideron "potencialin" e sigurimit shëndetësor vullnetar në rendin e funsioneve financuese – mbledhja, alokimi, grumbullimi, administrimi i kërkesave dhe blerja (e përfitimeve) – që mund të jenë (sipas Kutzin 2008) "të integruar brenda ose të ndarë" ndërmjet organizatave private dhe publike. Në këto rrethana, performanca e sigurimit të kujdesit shëndetësor vullnetar nuk mund të konsiderohet vetëm në termat e kompetencës dhe efiçiencës, sipas të cilave funksionon çdo sistem financimi, por gjithashtu dhe në termat e sinergjisë që mund të përftohet nga "integrimi vertikal" (procesit ose zotërimit) midis siguruesve dhe ofruesve dhe nga "integrimi horizontal" me produktet e tjera të sigurimit, financiare ose të mbrojtjes sociale.

Gjatë dhjetëvjeçarit të fundit disa kompani të sigurimit shëndetësor, veçënarisht në Shtetet e Bashkuara, kanë qenë duke eksploruar modelet e integrimit vertikal, përfshirë "modelin e stafit" dhe organizatat "kontraktuese" për të menaxhuar institucionet e kujdesit dhe "institucionet e preferuara të ofruesve". Në mënyrë të ngjashme, në tregjet e vendeve të tjera janë krijuar kombinime të ndryshme të produkteve financiare, për të reduktuar shpenzimet administrative dhe të marketingut. Kështu, vlen të përmendet p.sh., se në Tajlandë një pjesë e madhe e sigurimit shëndetësor vullnetar shitet si shtesë e sigurimit të jetës (Pitayarangsarit dhe Tangcharoensathien 2002).

Kutzin ka theksuar përfitimet që mund të lindin nga zhvillimi i kompanisë së sigurimit shëndetësor nëpërmjet "funksionit aktiv të blerjes", në drejtim të sigurimit të cilësisë dhe përmirësimit së saj, si dhe kontrollit të kostove dhe reduktimit të tyre. Deri më sot përfitime të

tilla (në tregun e sigurimit shëndetësor privat/vullnetar) kanë qenë shumë të kufizuara për siguruesit vertikal të integruar jofitimprurës, të tillë si Kaiser Permanente në Shtetet e Bashkuara. Këto lloje marrëveshjesh shpesh përfshijnë ofruesit brenda projektit të tyre shëndetësor sipas pronësisë, marrëveshjeve të pagës ose kontratave dhe janë kështu në gjendje të ushtrojnë më shumë ndikim mbi cilësinë dhe sasinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor që ata mbulojnë dhe financojnë.

Një tjetër përfitim i sigurimit shëndetësor privat/vullnetar, shpesh i neglizhuar, është roli i tij në akumulimin e kapitalit dhe zhvillimin e tregjeve financiare. Kompanitë e sigurimit shëndetësor privat dhe vullnetar zakonisht mbajnë rezervë rreth 10 % deri në 30 % të primit vjetor të sigurimit (për kriza dhe detyrime të ardhshme) – në para, bono, aksione, dhe instrumenta të tjerë investues. Nga ky akumulim, tregjet e sigurimeve mund të japin një kontribut të madh në normën e përgjithshme të kursimeve të një vendi.

Dobësitë e sigurimit shëndetësor vullnetar

Vlerësimi i OECD arrin në përfundimin se tregjet e sigurimit shëndetësor privat paraqesin në përgjithësi këto pengesa:

- Ata nuk kanë reduktuar barrierat e caktuara financiare për të arritur akses (të tilla si papërballueshmëria dhe paqëndrueshmëria e çmimeve).
- Ata kanë akses diferencues të theksuar për kujdes shëndetësor në disa vende (por të ulur në disa të tjera).
- Atat nuk kanë shërbyer si një shtysë e përmirësimit të cilësisë, me ca përjashtime.
- Ata e kanë ulur shumë pak presionin e shpenzimeve për sistemet publike të financimit shëndetësor.
- Ata kanë rritur shpenzimet totale në disa vende të OECD.
- Ata nuk kanë qenë në gjendje të arrijnë konkurencë bazuar në vlera.
- Ata kanë sjellë në përgjithësi shpenzime të mëdha administrative.

OECD vëren se "ka një bashkëveprim kompleks midis konkurencës në sigurimin e kujdesit shëndetës dhe tregjeve të shpërndarjes.... Fuqia tregtare e ofruesve në kontekst të siguruesve konkurues, ndikon shkallën në të cilën tregu i sigurimit shëndetësor privat shpreson që të nxisë efiçiencën dhe të sigurojë kujdes me cilësi të lartë. Konkurencë e lartë midis të gjithë kompanive të sigurimit nuk çon domosdoshmërisht në ulje të kostos, nëse sigurimi shëndetësor privat/ vullnetar është i fragmentuar në marrëdhënie me ofruesit" (OECD 2004). Edhe pse një pjesë e mirë e tregut mund të rrisë ndikimin e pazarllëkut të një siguruesi me ofruesit, kjo ndarje e njëjtë mund të pengojë konkurencën. OECD citon gjithashtu hulumtimet e Nichols dhe të tjerë (2004) që sugjerojnë rëndësinë e një faktori kontekstual shtesë: "konkurenca e cilësisë dhe çmimit të përshtatshëm midis ofruesve identifikohet si një parakusht i domosdoshëm i tregjeve të sigurimeve shëndetësore konkurente".

Përzgjedhje negative, në dallim me "përzgjedhjen e ajkës", është:
Një situatë ku individët janë të aftë të blejnë sigurime në ato shkallë përfitimi, të cilat janë poshtë përqindjeve të ndershme,pasi informacioni që ata kanë nuk është i disponueshëm nga siguruesit.Informacioni në këtë rast quhet asimetrik. Është një proces i cili ndodh kur individe të cilët priten të kenë humbje të ndryshme, paguajnë të njëjtin premium për sigurimet shëndetësore, dhe ku ato që priten të kenë humbje më të vogla dalin nga skema e sigurimeve shëndetësore, duke lënë aty vetëm individë me humbje të pritshme të mëdha.

Disa të meta të tregjeve të sigurimit shëndetësor vullnetar burojnë nga rreziqet e lidhura me përzgjedhjen negative dhe përzgjedhjen e ajkës. Përzgjedhja negative përcaktohet si "një

gjendje", shpesh që rezulton nga informacioni asimetrik, në të cilin "individët janë në gjendje të blejnë sigurimin në normat që janë poshtë normës së përcaktuar të aktuarit" ose si "një proces që ndodh kur individët me humbje të ndryshme shpresash u caktohet i njëjti prim sigurimi, ku ato me humbjet më të pakta të shpresave braktisin bashkimin e sigurimit, duke ngelur vetëm individët me humbjet më të mëdha të shpresave (Observatori Europian për Sistemet dhe Politikat Shëndetësore 2005). Rreziku i një sjellje të tillë në tregun e sigurimit shëndetësor vullnetar është se ai do të priret të nxjerrë jashtë tregut klientët më potencialë. Zgjedhjet negative mund të përmirësohen nga "sigurimi i plotë" (d.m.th., ekzaminim klinik që më parë i statusit shëndetësor të personit të siguruar), përjashtime të përfitimeve të vendosura si objektiv dhe periudhat e pritjes përpara të drejtës përfituese. Megjithatë të gjithë këto mekanizma kanë ndërlikime të drejtësisë (akses të kufizuar ose kosto të larta për individët që i kërkojnë) dhe priren të ulin kërkesën.

Mbledhja e ajkes. ***Në dallim me "përzgjedhja negative" është n***një proces përmes së cilit një sigurues përpiqet të përzgjedhë individët më fitimprurës përsa i takon humbjeve të pritshme, në mënyrë që të rrisë përfitimet. Është e kundërta e "përzgjedhjes së keqe". Ajo është një zgjedhje që bëhet për të siguruar shërbimet më fitimprurëse ose për të siguruar personat më të shëndetshëm, duke shmangur në këtë mënyrë subvencionimin e mallrave publike dhe duke arritur përfitime ekstra. Për individët me humbje të pritshme të mëdha, mbledhja e ajkes mund të bëjë të vështirë ose

Kur përzgjedhja negative është e pranishme (ose e perceptuar si rrezik), bartësit e sigurimit shëndetësor mund të joshen për ajkën e procesit, d.m.th., të kërkojnë të rregjistrohen vetëm të ashtëquajturit rreziqe të mira dhe të shmangin rregjistrimin e klientëve, profili i të cilëve sugjeron që ata mund të paraqesin rrezik të përzgjedhjes negative. Përzgjedhja negative dhe mbledhja e ajkës janë që të dyja sjellje që kufizojnë fushën e sigurimit shëndetësor vullnetar dhe mund të ndërpresin potencialin për konkurencë të ndershme midis zbatuesve. Dispozita të caktuara rregullatore mund të shmangin një aktivitet të tillë. Këto përfshijnë rregjistrime të hapura të të siguruarve, u kërkojnë kompanive të sigurimit të pranojnë të gjithë aplikantët në kohë të veçanta të vitit ose gjatë gjithë vitit dhe ndalim ose kufizim të klasifikim të komunitetit në bazë të faktorëve të statusit shëndetësor për vendosjen e primeve të sigurimit. Megjithatë, kompanitë e sigurimit mund t'i rezistojnë këtyre rregulloreve me qëllim që të reduktojnë motivimin e konsumatorëve për të blerë sigurimin përpara se të kenë nevojë për shërbime shëndetësore, duke rritur për pasojë përzgjedhjen negative (të keqe). Për këtë arsye, qeveritë duhet të ballancojnë interesat rreth përzgjedhjes së ajkës me interesa ligjore për përzgjedhjen negative. Tabela 6.1 paraqet në mënyrë të datajuar disa nga rregullat e përdorura ne tregjet e sigurimit shëndetësor vullnetar dhe thekson disa nga problemet që ata kërkojnë të adresojnë (të zgjidhin).

Rëndësia e sigurimit shëndetësor në vendet në zhvillim

A është sigurimi shëndetësor vullnetar i përshtatshëm për vendet me të ardhura të ulëta apo mesatare? Përgjjigja mund të varet në gatishmërinë e liderëve politikë dhe hartuesve të politikave të një vendi për të vendosur synime të gjëra të drejtësisë për akses të kufizuar (por më të mirë) për disa shërbime shëndetësore personale në varësi të aftësisë dhe gadishmërisë për të paguar. Sigurimi shëndetësor, në përgjithësi mund të rrisë mbrojtjen financiare dhe aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore për ato që janë të gatshëm dhe kanë mundësi të paguajnë. Një nga kushtet e domosdoshme të kërkesës për sigurim shëndetësor vullnetar – nivelet më të larta të shpenzimeve nga xhepi – ekzistojnë në shumë vende me të ardhura të ulëta dhe mesatare (Xu

dhe të tjerë 2003). Megjithatë, siç kanë ilustruar Sekhri dhe Savedoff (2005), sigurimi shëndetësor vullnetar përfaqëson më shumë se 15 % të shpenzimeve private, në vetëm një pjesë të vogël të vendeve me të ardhura të ulëta dhe mesatare.
Janë të paktën disa faktorë që shpjegojnë arsyet për kontributin relativisht të vogël të sigurimit shëndetësor privat/vullnetar në shpenzimet nga xhepi në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare. Së pari, disa shpenzime nga xhepi shkojnë për pagesa "informale" (joligjore) për të siguruar akses në sistemet e shërbimeve shëndetësore të financuara nga shteti ose shërbimet e sigurimit shëndetësor shoqëror. Së dyti, disa shkojnë për bashkëpagesat ligjore të vendosura për të arritur akses për të njëjtat shërbime. Së treti, disa harxhohen për shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe farmaceutik nga ofruesit dhe furnizues me cilësi teknike të dyshimtë. Shoqëritë multinacionale të sigurimeve prandaj shpesh ngurrojnë të përfshihen në një treg të tillë. Së katërti, në disa vende me të ardhura të ulëta dhe mesatare, popullsia e gatshme dhe që ka mundësi të paguajë, nuk është gjeografikisht mjaft e përqëndruar për të bërë të mundur shitjen ose administrimin e sigurimit shëndetësor vullnetar. Së fundmi, në disa nga vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, sektorët e shërbimeve financiare formale në përgjithësi dhe tregjet e sigurimeve në veçanti janë ende në fillimet e tyre, dhe njerëzit hezitojnë të investojnë në një produkt me përfitime personale të pasigurta.
Në këtë kontekst, mund të jetë sfidë krijimi i një organizate me një sërë kompetencash që kërkon administrimin e një skemë të sigurimit shëndetësor vullnetar të zhvilluar plotësisht. Aftësitë aktuariale dhe të kontabilitetit janë kryesisht të pakta në treg. Për më tepër, shumë kompani sigurimi hezitojnë të futen në treg pa një sistem ligjor të krijuar, sepse regullat e lojës janë të paqarta. Prandaj qeveritë duhet të investojnë në krijimin e një kuadri ligjor për të inkurajuar zhvillimin e tregut dhe një tablo të drejtë konkuruese.
Në disa vende me të ardhura të ulëta dhe mesatare, hartuesit e politikave mund të kërkojnë të kufizojnë rolin ose realizimin e sigurimit shëndetësor vullnetar, për shak të problemeve që një mekanizëm i tillë financimi mund të zvoglojë mbështetjen e mekanizmave alternative (të mandatuar) të financimit shëndetësor ose që sigurimi shëndetësor vullnetar do të zerë një pjesë të madhe në raport të zhdrejtë të burimeve njerëzore të disponueshme (të tillë si mjekët dhe infermiret). Elasticiteti i furnizimit të personelit mjeksor do të ndikojë rrezikun potencial në këtë fushë.

Realizueshmëria e sigurimit shëndetësor vullnetar në vendet në zhvillim

A është sigurimi shëndetësor vullnetar një mekanizëm i mundshëm i financimit shëndetësor në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare? A duhet hartuesit e politikave që të inkurajohen për të zhvilluar rolin e sigurimit shëndetësor vullnetar në vendet ku ka boshllëqe të dukshme dhe të vështira në mbulimin efikas të popullsisë ose kapaciteteve teknike në skemat e mandatuara të financimit shëndetësor?
Në vendet me të ardhura të ulëta, vetëm një pakicë e popullsisë ka mundësi të jetë e gatshme dhe të jetë në gjendje të përballojë sigurim shëndetësor vullnetar të pasubvencionuar. Ky kufizim shpjegon të paktën pjesërisht shkakun pse kompanitë e sigurimit shëndetsor vullnetar të pasubvencionuar janë të kufizuar në shumë vende në zhvillim. Në Accra të Ganës, p.sh., ka vetëm një biznes të vogël të sigurimit vullnetar shëndetësor (të drejtuar nga një sipërmarrës mjeksor i kualifikuar) që ka për qëllim të punojë me profesionist të klasës së mesme në sektorin financiar të qytetit (Atim dhe të tjerë 2001). Megjithatë, edhe në vendet me të ardhura të ulëta ekzistojnë disa sigurime shëndetësore vullnetare. Një raporti i OBSH identifikon 38 vende ku sigurimi vullnetar shëndeëtsor kontribon më shumë se 5 % të shpenzimeve totale shëndetësore.

Afërsisht gjysma e tyre janë në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare (Sekhri, Savedoff dhe Tripathi 2005).
Në vendet me të ardhura mesatare me popullsi urbane të lëvizshme dhe të arsimuar, sigurimi shëndetësor vullnetar bëhet një instrument shumë i besueshëm ose një burim kryesor ose shtesë i financimit shëndetësor. Në fakt, në disa vende, si në Brazil, Kili, Namibi, Afrikë e Jugut dhe Zimbave, sigurimi shëndetësore private kontribon më shumë se 20 % të shpenzimeve shëndetësore totale (Sekhri, Savedoff dhe Tripathi 2005).
Skemat e sigurimit bazuar në lidhjet e grupeve ose të punëdhënësve kanë gjasa për më pak sfida (dhe janë më të qëndrueshëm financiarisht) se skemat e abonimit individual, të cilat priren të tërheqin një numër të pabarabartë të abonentëve me rrezik të lartë – problemi i përzgjedhjes negative. Primet e vlerësuara me rrezik, ekzaminimet dhe kontrollet mjeksore para kontraktimit dhe pritja ose periudhat kualifikuese, janë mekanizma të qëndrueshëm dhe të mirë-testuar të tregut për të kontrolluar përzgjedhjen e negative, por ata nuk adresojnë çështjet e aksesit dhe nuk mund të jenë zgjidhje shumë të përshtatshme për të gjitha rastet.
Ndërmjet dështimeve të dokumentuara të tregut për tregjet e sigurimeve vullnetare shëndetësore, disa nga më problematiket për hartuesit e politikave në vendet në zhvillim, janë ato që përkeqësojnë pabarazitë në kujdes dhe aksesin për të varfërit (Sekhri, Savedoff dhe Tripathi 2005). Problemet e ndikimeve të barazisë së sigurimit shëndetësor vullnetar mund të adresohen përmes disa instrumentave politikë, si subvencionimi i primeve nga financime publike, kufizime në funksionet ose rolet e lejuara për mbulim të tillë brenda sistemit shëndetësor, kontrolle mbi aksesin e ofruesve të shërbimit publik dhe rregullore e lëshimit të produkteve të siguruara, si dhe gjithashtu përmbajtjen dhe çmimin e tyre. Sigurimi shëndetësor privat është shpesh i lidhur me shpenzime të larta administrative, megjithëse shkalla dhe natyra e këtyre shpenzimeve variojnë sipas vendeve, llojit dhe kompanisësë sigurimit (OECD 2004). Këto shpenzime mund të përfshijnë faturimin, nënshkrimin mjeksor (kur lejohet), komisionet e agjentëve, shpërndarjen, marketingun dhe shpenzime të tjera. Mashtrimi dhe shpërdorimi mund të jenë shqetësuese, siç ndodh shpesh herë në programet e mbulimit publik dhe sistemet e rregulluara me ligj duhet të kenë gjithashtu dispozita që ndalojnë deklarimet (kërkesat) false. Prandaj, hartuesit e politikave që duan të krijojnë ose inkurajojnë tregun e sigurimit shëndetësor vullnetar, duhet të parashikojnë ndikimin e përgjithshëm të këtij sigurimi mbi kërkesën dhe ofertën e shërbimeve shëndetësore dhe të adresojnë çdo pengesë të parashikuar. Gjithashtu ata duhet të krijojnë mekanizma efektivë për rregullimin e sigurimit shëndetësor vullnetar dhe tregjeve që lidhen me të.

Struktura rregullatore për sigurimin shëndetësor vullnetar

Ky seksion siguron një paraqitje të kornizave të rregullimit të sigurimit shëndetësor kur sigurimi ofrohet nga organizma joqeveritarë konkurues. Ai identifikon çështjet kyçe ligjore dhe përshkruan disa eksperienca të rregullave në vendet e zhvilluara dhe ato në zhvillim.
Termi "rregullore" mund të përdoret ngushtësisht për të nënkuptuar instrumentat, nëpërmjet të cilëve qeveria implementon kërkesat ligjore. Ai mund të përdoret dhe në një kuptim më të gjërë "për të përfshirë të gjithë serinë e instrumentave ligjore nga të cilët drejtohen institucionet në të gjithë nivelet e qeverisjes, e që vendosin kufizime apo detyrime në sjelljen e sektorit privat. Kushtetutat, ligjet parlamentare, legjislacioni mbështetës, dekretet, rregullat, normat, liçencat, projektet, kodet dhe madje disa forma të udhëzimeve administrative, që të gjitha mund të konsiderohen "rregulla" (OECD 1995). Ky seksion diskuton rregulloren në kuptimin e tij më të gjërë.

Rregullorja e sigurimit shëndetësor vullnetar përfshin parime si të kujdesit shëndetësor ashtu dhe të rregullave financiarë. Roberts (2004) citon katër objektivat themelor të mëposhtëm të rregullores së kujdesit shëndetësor; këto objektiva të gjërë përfshijnë shumë nga synimet kyçe që qëndrojnë në bazën e rregullores së tregjeve të sigurimit shëndetësor vullnetar:

- Të sigurojnë që shkëmbimet dhe trasanksionet e tregut bëhen me ndershmëri dhe të hapura;
- Të korrigjojë dështimet e tregut;
- Të merret me shpërndarjen e pabarabartë të të ardhurave dhe llojeve të nevojave shëndetësore (diferencat në nevoja);
- Të kushtëzojë rezultatet e tregut mbi baza të etikës (si shitja e organeve).

Në terma të thjeshtë, objektivat 1 dhe 2 konsiderohen si objektiva financiarë dhe të lidhur me tregun, ndërsa 3 dhe 4 si objektiva të drejtësisë dhe rregullave të kujdesit shëndetësor. Megjithatë, në disa raste, dështimet e tregut në tregjet e sigurimeve shëndetësore vullnetare rezultojnë në akses të pabarabartë të mbulimit; kështu pasojat e dështimeve të tregut nuk janë të kufizuara vetëm te çështjet financiare. Disa rregulla të tregjeve të sigurimit shëndetësor vullnetar fokusohen në pjesët financiare të rregullores, por është e rekomandueshme që hartuesit e politikave të konsiderojnë dhe sfidat e kujdesit shëndetësor dhe të drejtësisë që mund të dalin në tregjet e sigurimit shëndetësor vullnetar dhe të marrin vendime të qarta në lidhje se deri në çfarë mase ata duan t'i zgjidhin ato përmes rregullores.
Fushat e adresuara nga kuadri rregullator i sigurimit shëndetësor privat të disa vendeve janë si më poshtë (OECD):

- Akses ndaj mbulimit
- Përzgjedhje e keqe
- Paketa e përfitimeve
- Rregullore të çmimeve dhe primeve të sigurimit
- Transparenca
- Taksa, stimuj ose subvencione të tjera fiskale për të realizuar blerjen
- Kërkesa financiare të kujdeshme
- Rregullore të ankesave apo kërkesave të konsumatorëve

Vendosja e kërkesave të aksesit dhe primit të sigurimeve ka qenë ndër më të diskutueshmet në tregjet ku produktet e sigurimeve shëndetësore tregëtohen më tepër nga individët se sa nga punëdhënësit, sepse potenciali për përzgjedhje negative, për "spiralet e primeve" (ku personat me rrezik të ulët largohen në përgjigje të çmimit të primit të sigurimit, duke iniciuar një spirale në rënie të rregjistrimit dhe një spirale në ngjitje të kostove të primit), dhe për personat që blejnë mbulimin (kur ata parashikojnë një nevojë për një shërbim mjeksor) janë veçënarisht të larta. Debate të ashpra janë zhvilluar në lidhje me shkallën në të cilën standartet e primeve dhe të aksesit mund të pengojnë blerjen e gjërë të mbulimit dhe të rrisin kostot në një treg vullnetar, ku standarte të tilla kanë tendencë t'i mbrojnë ato nga rreziku i lartë. Megjithatë në mungesë të standarteve të tilla ose praktikave të industrisë vullnetare që favorizojnë politikat jodiskriminizuese, është e vështirë të sigurohesh që produktet e sigurimit shëndetësor vullnetar mund të blihen nga individë me rrezik të lartë në një kosto të përshtatshme. Kjo çështje është një nga dilemat kryesore që përballin rregullatorët e tregjeve të sigurimit shëndetësor privat.
Megjithatë disa argumentojnë se shumë lloje të rregulloreve për kontratat e sigurimit shëndetësor privat zvoglojnë efikasitetin e tregjeve të tilla. Zëiefel, Krey, dhe Tagli, kanë gjetur se masat e përdorura në vendet e OECD, të tilla si primet e detyruara, detyrime për të siguruar produkte ose përfitime të caktuara dhe aprovim të produkteve, kanë ndikime që priren të shkojnë kundër inisiativave të përshtatshme të tregut dhe konkurencës. Këta autorë janë në

favor të përqëndrimit në kërkesat e kapitalit dhe likuiditetit, kërkesat e tarnsparencës së informacionit ndaj rregulloreve dhe konsumatorëve dhe bilance standarte dhe kërkesave të auditimit. Megjithatë ata tregojnë se një skemë e përshtatjes së rrezikut të mandatuar midis kompanive të sigurimit mund të plotësojë rregulloren e primit të sigurimit dhe të ndihmojë në shmangien e zgjedhjes së ajkës nga këta kompani sigurimi. Kjo çasje ka qenë e diskutueshme në tregje të caktuara, ku industria ka argumentuar se ajo është antikonkuruese. Meritat e efikasitetit dhe konkurencës relative të shumë rregulloreve të sigurimit shëndetësor vullnetar janë shpesh subjekt i pikëpamjeve të ndryshme dhe mund të varen nga tipare të veçanta të tregjeve të sigurimeve dhe kujdesit shëndetësor në të cilin ata janë zbatuar, si dhe nga synimet e politik-bërësve dhe rregullatorëve.

Një vendim themelor politik me ndikim të madh në fushën dhe natyrën e detyrës rregullatore është nëse duhet të imponojë synimet rishpërndarëse mbi sigurimin shëndetësor vullnetar dhe, nëse po, a kjo ndodh rishpërndarje midis individëve me rrezik të lartë të njohur dhe atyre me rrezik të ulët, midis të pasurve dhe të varfërve, ose midis popullsisë së aftë për punë dhe të paaftë për punë. Imponimi i standarteve të tilla – si standartet për akses ose primet e sigurimit – mund të ketë pasoja për profilin e blerësve të mundshëm, si dhe për shëndetin financiar të programeve. Këto pasoja duhet të merren në konsideratë dhe duhet bërë përpjekje për të llogaritur ndikimet e tyre negative potenciale përmes instrumentave të veçantë brenda skemës rregullatore.

Përfundimisht, balanca midis mekanizmave financues shëndetëso të mandatuar dhe vullnetar dhe gradës së rishpërndarjes (ose kufizimeve të tjera) në secilin segment, duhet të jetë një çështje e vendimeve sovrane të bërë nga qeveritë në bazë të aftësisë së tyre të të ardhuarve, gatishmërisë së popullsisë për të blerë sigurim shëndetësor vullnetar dhe kapacitetit rregullator të vendit, ndërmjet faktorëve të tjerë. Në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, shqetësime të spikatura përfshijnë nëse financimi i kufizuar publik për shëndetin duhet t'i kushtohet skemave të sigurimit shëndetësor vullnetar që shpesh mbulojnë të pasurit, ose këto burime shpenzohen më mirë në mbështetjen të drejpërdrejtë financiare për shërbimet për popullsinë më të varfër dhe më të rrezikuar.

TEMA 11

SISTEMET SHËNDETËSORE NË BASHKIMIN EUROPIAN

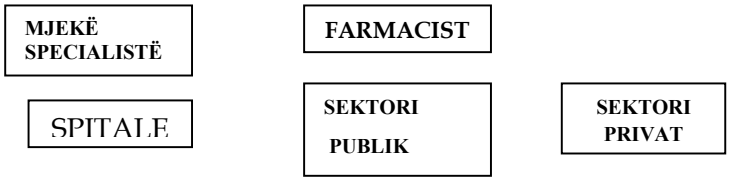
Duke qenë se çdo popullsi synon të ketë një shëndet të mirë, çdo vend vendos një mënyrë organizimi për t`iu përgjigjur kësaj kërkese. Ky organizim koordinion veprimtarinë e profesioneve të shëndetësisë me atë të partnerëve të ndryshëm që kontribuojnë për financimin e shërbimeve mjekësore.

Ky rregullim kompleks, quhet sistem "shëndetësor" i shëndetit dhe duhet të provojë të pajtojë lirinë dhe solidaritetin. Pra, çdo vend ka organizuar sistemin e vet të shëndetit sipas punimeve të veta historike, politike e morale. Meqenëse asnjë organizim nuk mund të jetë i përsosur, një studim krahasues i sistemeve është i çmueshëm në kuadrin e studimit paraprak të ekonomisë së shëndetit. Ai lejon në fakt një qasje transversale ndaj problemeve, ç'ka kultivon shpirtin kritik, krahas vizionit të sistemit të vet.

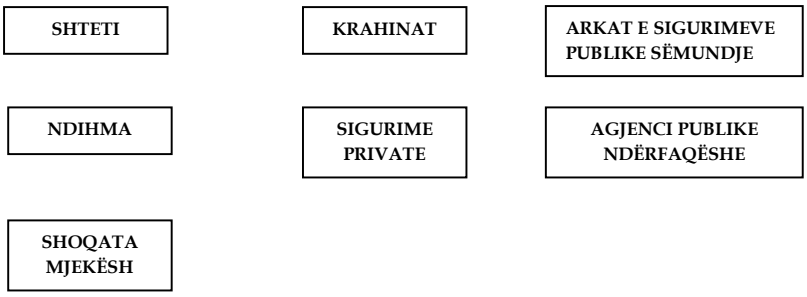
Për këtë arsye ky kapitull i kushtohet një paraqitjeje përshkruese të ngjeshur të sistemeve të shëndetit të dymbëdhjetë vendeve të Komunitetit Europian.

Duke e thjeshtësuar çështjen në maksimum, do të mund të thuhej se organizimi i një sistemi të shëndetit mund të përngjasohej me një lojë ndërtimi të tipit Lego që do të përmbante katër kuti pjesësh.

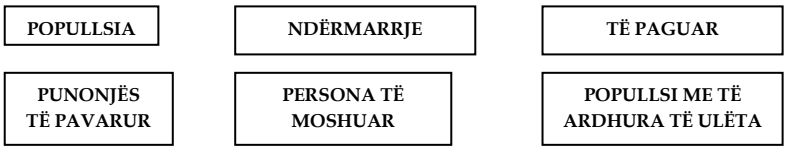
Do ta quajmë "*Ofertë përkujdesjesh*" kutinë e parë. Ajo përmban një numër pjesësh që mund të kombinohen midis tyre dhe që paraqiten në figurat e mëposhtme:



Kutia e dytë është kutia "Financimi". Edhe ajo përmban një numër pjesësh:



Kutia e tretë quhet "*Kërkesë për ndihma mjekësore*". Ajo përmban pjesët e mëposhtme.



Kutia e katërt dhe e fundit *Pjesët e lidhjes*, që lejojnë të lidhen pjesët e tri kutive të mëposhtme:

----Flukset e monedhës

KUOTIZACION → SHPËRBLIME → TATIMI → BORXHE TË KTHYERA

BILETË MODERUESE → SUBVENCION → PAGË → HONORARE

TAKSË për FRYMË → PAGESË E DREJTPËRDREJTË → BUXHET GLOBAL

---Flukset e personave drejt ofertës së ndihmës mjekësore, ose drejt strukturave të financimit.

ZGJEDHJE E LIRË → KALIM I DETYRUESHËM → RREGJISTRIM MBI LISTËN VJETORE

REGJISTRIM MBI LISTËN TREMUJORE %

---<u>Flukset e informacionit</u>

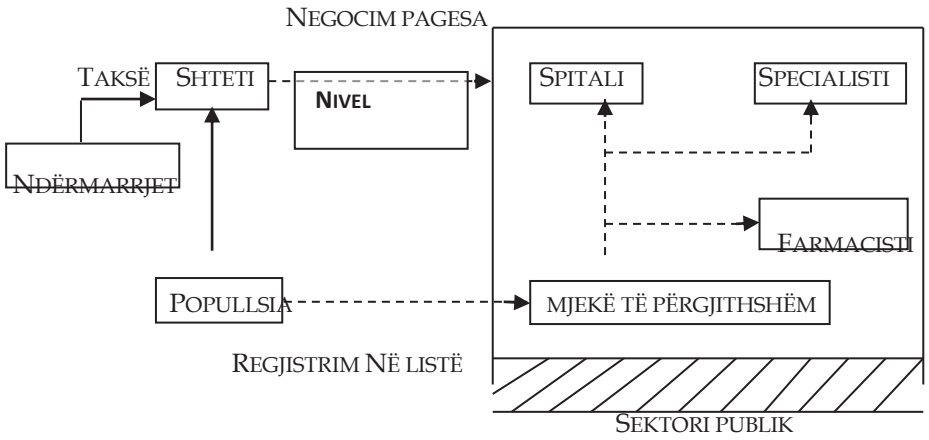
NEGOCIM NOMENKLATURE → PUBLICITET

NEGOCIM TARIFE → INFORMACIONE MBI SHËNDETIN E INDIVIDËVE

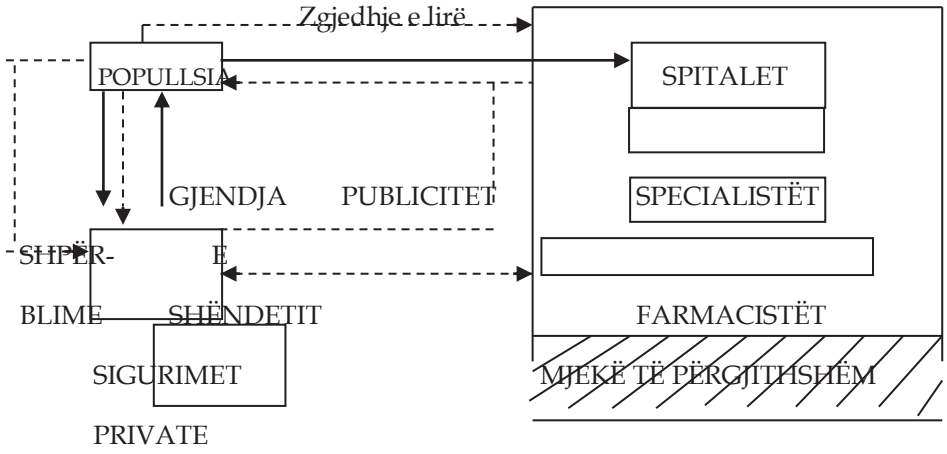
NIVEL VEPRIMTARISH → EPIDEMIOLOGJI

Të ndërtosh një sistem shëndeti do të thotë të realizosh një "montazh" me pjesët që përmbajnë këto kuti. Ky "montazh" duhet të respektojë një numër kushtesh të caktuara nga shoqëria: kënaqja e nevojave, lehtësia e një numri sa më të madh njerëzish për të marrë ndihmë mjekësore, solidariteti, respektimi i ekuilibreve financiare, paanësia, rregullat etike, etj. Pra, përcaktimi i një sistemi të shëndetit gjithmonë është një zgjedhje e shoqërisë.

Një skicë e një *sistemi shëndeti të planifikuar* paraqitet më poshtë:



Ajo e një sistemi të shëndetit tërësisht liberal do të ishte si më poshtë:



SHTETI

Përcakton SEKTORI PRIVAT

Rregullat

SISTEMI BELG

Belgjika në disa shifra

Belgjika ka një sipërfaqe prej 30514 km² dhe popullsia e saj më 1990 u bë 9.8 milionë banorë, pra ka një dendësi prej 322 banore për km².
Më 1984, 18.2 % e popullsise ishte mbi 60 vjeç dhe 19.3 % ishte nën 15 vjeç.
Më 1989, shkalla e lindjeve ishte 12‰ dhe e vdekshmërisë 11 ‰. Jetëgjatësia për meshkujt arrinte moshën mesatare 73 vjeç, kurse për femrat 80 vjeç.
Më vitin 1990, GDP për frymë ishte 18049 USD.
1.7 % të shpenzimeve për administratën qëndrore i jepeshin mjekësisë.
Më 1984, u inventarizuan 91638 shtretër spitalesh (1 për 105 banorë) dhe në vitin 1990 ishin 3.3 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor
Sistemi shëndetësor belg karakterizohet nga një sektor liberal dominues. Shërbimi i kujdesit ambulator i përket tërësisht sektorit privat, kurse sektori spitalor është i përzier.
Spitalet publike dhe klinikat private ndryshojnë në pak gjëra, që kanë të bëjnë me mënyrën e menaxhimit dhe të financimit.
Konkurenca është e ashpër midis mjekëve të praktikave të përgjithshme, specialistëve dhe spitaleve. Në fakt, në Belgjikë, pacienti është i lirë të zgjedhë mjekun e tij, qoftë ky i përgjithshëm apo specialist, që do të thotë se pacienti mund të shkojë direkt tek specialisti.
Shteti ndërhyn në këtë treg vetëm si rregullator nëpërmjet një zyre, RIZIV (Instituti Kombëtar i Sigurimit ndaj Sëmundjeve dhe Invaliditetit), ku paraqiten rrogat e të punësuarve dhe të vetëpunësuarve, profesionet e shëndetësisë, spitalet dhe shoqatat humanitare.
Ky organizëm ka dy detyra kryesore:

- E para ka të bëjë me shpërndarjen e fondeve të domosdoshme për aktivitetet e këtyre shoqatave humanitare që mbulojnë rrezikun shëndetësor. Këto fonde mblidhen nga Zyra Kombëtare e Sigurimeve Shoqërore (RSZ) nga rrogat dhe nga punëdhënësit e tyre, nga të vetëpunësuarit dhe nga shteti (për disa grupe të popullsisë).
- E dyta ka për qëllim survejimin e marrëveshjeve që bëhen ndërmjet organizatave humanitare dhe profesionistëve të shëndetit. Ajo luan rol të konsiderueshëm në vendosjen e emërtimit të aktiviteteve të këtyre të fundit dhe përcaktimin e një çmimi bazë për to. Ky çmim shërbente atëherë si referencë për shpërblimet e kryera nga shoqatat pjesëtarë të tyre. Megjithatë, nuk ka më çmime bazë dhe mjekët janë të lirë të vendosin rrogat e tyre më të larta se ai çmim, ndërsa, pacienti duhet të paguajë për ndryshimin.

Rregulli është ndryshe për spitalet, qofshin shtetërore apo private. Pacienti paguan një biletë me çmim të ulët dhe kostoja e shpenzimeve financohet nga shoqata ose shteti.
Shoqata mbulon shpenzimet që nevojiten për rrogat e specialistëve, shpenzimet laboratorike dhe radiologjike. Pjesa tjetër financohet nga shteti që ka zëvendësuar sistemin e çmimit ditor me sistemin e buxhetit parashikues. Ky buxhet është i bazuar nga përqindja e zënies së shtretërve dhe e kohëzgjatjes së qëndrimeve, e përcaktuar nga disa grupe "spitalesh homogjene". Investimet spitalore publike ose private janë gjërësisht të subvencionuara nga shteti. Ndryshimi i vetëm qëndron në intensitetin e subvencioneve. Shteti financon 70 % të investimeve spitalore publike dhe 60 % të investimeve spitalore private.

Në Belgjikë është e detyrueshme të sigurohesh për të mbuluar shpenzimet shëndetësore. Por popullsia ka të drejtë të zgjedhë organizmin e sigurimeve (kjo zgjedhje nuk është definitive). Ky organizëm mund të jetë ose privat (një që nuk është akoma shumë frekuente), ose një prej gjashtë shoqatave të mëdha që formojnë një union shoqatash që është e përfaqësuar në gjirin e RIZIV. Origjinaliteti historik i këtyre shoqatave qëndron në pikat që i bashkojnë me parti politike apo lëvizje fetare. Pra, konsumatori e bazon zgjedhjen e tij në disa raste mbi disa kritere të cilësisë së shërbimit të ofruar nga shoqata dhe nga konsiderata ideologjike. Krijohet kështu një konkurrencë midis shoqatave që ndikon në tregun ekonomik, por në të njëjtën mënyrë edhe në tregun politik edhe moral.
Sigurimi i detyrueshëm përbëhet nga një kontratë bazë. Kjo kontratë mund të nënshkruhet ose vetë nga konsumatori me një shoqatë ose një shoqëri sigurimesh private, ose nga firma për punëtorët e saj me një kontratë kolektive me një organizatë private.

SISTEMI BRITANIK

Mbretëria e Bashkuar në disa shifra
Mbretëria e Bashkuar e Britanisë së Madhe dhe të Irlandës së Veriut ka një sipërfaqe prej 244046 km² dhe popullsia e saj në vitin 1990 shkoi në shifrat 57.2 milionë banorë, pra një dendësi prej 234 banorë/km².
Më 1988, 20.7 % e popullsisë ishte më shumë se 60 vjeç dhe 18.8 % më e vogël se 15 vjeç.
Më 1989 shkalla e lindjeve ishte 14 ‰ dhe e vdekshmërisë 11 ‰.
Jetëgjatësia mesatare e matur atë vit ishte 73 vjeç për burrat dhe 79 vjeç për gratë.
Më 1990, GDP ishte 932.5 miliardë USD kurse GNP për banorë ishte 16290 USD; 14.3 % të shpenzimeve administrative qëndrore shkonin për mjekësinë.
Më 1986, u inventarizuan 410000 shtretër spitalesh (1 për 138 banorë) dhe më 1990, ishin 1.4 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor
Më 1948, sistemi shëndetësor britanik mbështetej në Shërbimin Kombëtar Shëndetësor (*National Health Service*) që zëvendësoi Sistemin Shoqëror të Sigurimeve (*Social Insurance System*) që ishte themeluar pas vitit 1911.
Ky organizëm i ri mbështetej në parimet e mëposhtme :
- -Shteti ofron kujdesje falas për të gjithë personat që kanë nevojë.
- -Autonomia respektohej për profesionistët mjekësorë dhe paramjekësore në nivel të lirisë së vendosjes, praktikat private, publike ose të përziera (mikse).

Shërbimi Shëndetësor Kombëtar ka bërë reformë më 1974 dhe 1982. Financimi i këtij sistemi kryesisht sigurohet nga Shteti nëpërmjet drejtimit të taksave; bilanci, duke qënë në ngarkim të Fondit Kombëtar të Solidaritetit, "ushqehet" nga kuotat e rrogave dhe ekonomia.
Më 1983, ndarja ka qënë si më poshtë : Shteti 84.5 %, Fondet e Solidaritetit 11.2 %, ekonomia 4.3 %. Në këtë vit, 75.6 % të shpenzimeve janë realizuar nga sektori spitalor dhe 24.4 % nga sektori ambulator në qytet.
Shërbimi Shëndetësor Kombëtar është bazuar në një decentralizim të gjërë rajonal dhe lokal të përgjegjësive. Ministria e Shëndetësisë dhe Sigurimet Shoqërore përcaktojnë politikën shëndetësore, fiksojnë objektivat dhe përparësitë shëndetësore.
Kompensimi i burimeve të sektorit rajonal është në ngarkim të autoriteteve Shëndetësore rajonale (*Regional Health Authorities*) të cilët janë njëlloj përgjegjëse në planifikimin në afate

mesatare. Administrimi i burimeve sigurohet nëpërmjet Autoritetit Shëndetësor të Distriktit (*District Health Authorities*).
Dhënia e kujdesit është e përzier, publike dhe private, por më tepër mbizotëron sektori publik.
Mjeku është i lirë të marrë pjesë në Shërbimin Shëndetësor Kombëtar ose jo. Në qoftë se vendos, ai bën një kontratë më këtë të fundit dhe specifikon tipin e kujdesit që ai do të japë, kohën që do t'i kushtojë Shërbimit Shëndetësor Kombëtar dhe pagesën (shpërblimin) e tij. Kjo përbëhet nga një kompensim (ndihmë) bazë që mbulon shpenzimet fikse, nga shpërblime të ndryshme (nxitje për t'u vendosur në rajone me përqëndrim të vogël mjekësor, nxitje për ingrupime, për formim të vazhdueshëm, etj.), subvencione (që përdoren nga personeli ndihmës ose administrativ) dhe një shumë fikse sipas çdo personi të regjistruar tek ai. Kjo shumë është e ndryshueshme në funksion të moshës së këtij personi, për pagesën nga veprimet për çdo lloj kujdesi: vaksinime, përshkrime të kontraceptivëve, vizita natën, etj.
Mesatarisht, regjistrimi i popullatës në këtë listë (sistemi "për kokë" korrespondon me një regjistrim për numër banorësh) përfaqëson 50 % të të ardhurave të mjekut. Ai ruan lirinë të praktikojë (të ushtrojë) profesonin e lirë të mjekut jashtë kohës që ai është i detyruar të japë në Shërbimin Shëndetësor Kombëtar.
Kjo tip kontratë përfshin mjekun e përgjithshëm. Shumica e specialistëve punojnë në spital dhe vetëm një numër i parëndësishëm ushtron në mjedis të lirë (profesion i lirë). Ata marrin një pagesë (rrogë mujore) që plotësohet nga të ardhura të ndryshme duke llogaritur famën e tyre dhe të ardhurat që vijnë nga një klientelë private. Kujdesi spitalor është publik, pra i financuar plotësisht nga shteti në formë të një buxheti global.
Konsumatori, kur përdor Shërbimin Shëndetësor Kombëtar, nuk jep asnjë shpenzim (me përjashtim të taksës së medikamenteve ku ai duhet të japë një shumë fiksë për çdo recetë, për oftalmologji dhe kirugjinë dentare). Në shkëmbim të kësaj dhënieje falas (pjesërisht), konsumatori duhet të regjistrohet në listën e nje mjeku të përgjithshëm (zgjedhja është e lirë, por ndërrimi është i vështirë). Aksesin për dhënien e kujdesit e kanë vetëm mjekët e përgjithëshëm.
Konsumatori mund të përdorë sektorin privat që përbëhet kryesisht nga mjekë që janë zgjedhur për një praktikë të përzier publike-private dhe japin trajtim spitalor me shtretër privatë të instaluar në spitale publike.

SISTEMI DANEZ

Danimarka në disa shifra

Danimarka ka një sipërfaqe prej 43070 km² dhe popullsia e saj ishte 5.1 milionë banorë më 1989, duke pasur një dendësi prej 119.3 banorë për kilometër katror.
Më 1988, 20.4 % e popullsisë kishte më shumë se 60 vjeç dhe 18.8 % e popullsisë ishte më pak se 15 vjeç.
Më 1989, niveli i lindjeve ishte 11‰ dhe mortaliteti 12 ‰.
Jetëgjatësia mesatare është vlerësuar këtë vit në 72 vjeç për meshkujt dhe 78 vjeç për femrat.
GDP në 1990 u rrit në 120.7 miliardë USD dhe GDP për banorë në 23482 USD. 1.2 % e shpenzimeve të administratës qëndrore janë për shëndetësinë.
Më 1986, numërohen 35006 shtretër spitalorë (1 për 144 banorë) dhe më 1990, 2.7 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Sistemi shëndetësor danez karakterizohet nga një sektor publik shumë i zhvilluar dhe nga mungesa e organizimit të Sigurimit Shoqëror.

Shëndeti i popullatës është çështje e shtetit dhe, në teori, çdo njëri duhet të marrë (përfitojë) kujdes kur ai ka nevojë, pa shpërblyer nga ana e tij profesonistët e shëndetit.
Danimarka është e ndarë në 16 provinca që qeverisen nga këshillat rajonale të zgjedhura çdo 4 vjet. Këto provinca kanë në ngarkim programet e shëndetit që i përkasin popullatës dhe financimit të tyre duke filluar nga taksat që ata marrin.
Për të zbutur pabarazitë që rrjedhin nga diferencat demografike ose ekonomike të rajoneve, bëhet një rishpërndarje ndërmjet provincave (shpenzimet për shëndetin përfaqësojnë rreth 65% të buxhetit të tyre). Çdo rajon ka spitalet e tij, një grupim të mjekëve të përgjithshëm, specialistë dhe infermierë që mund të shkojnë edhe në shtëpi. Medikamentet (çmimet e të cilëve janë të kontrolluara) shpërndahen nga një rrjet dyqanesh në të gjithë vendin.
Nuk është e ndaluar që një mjek të ushtrojë plotësisht aktivitetin e tij në sektorin privat, por, në përgjithësi, mjekët e përgjithëshëm bëjnë pjesë të gjithë në sistemin shëndetësor kombëtar ku ata marrin pagesën sipas sistemit "për capita" (shpërblim "për kokë"). Ata nuk mund të shpënzojnë veçse një pjesë të kohës së tyre në sistemin privat (me honorare).
Danezët kanë të drejtën të zgjedhin dy tipa të mbulesës shoqërore. Ata mund të zgjedhin të bëjnë pjesë në grupin I ose në grupin II.
Nëse ata kanë zgjedhur grupin I, shpenzimet e tyre për shëndetin (me përjashtim të kujdesjes dentare), medikamentet dhe disa proteza janë të gjitha falas. Në parim mosmarrëveshjet monetare gjithashtu janë respektuar. Për rrjedhojë, ata duhet të shkruhen (regjistrohen) në listën e një mjeku të përgjithshëm të rajonit të tyre dhe nuk kanë të drejtë ta ndërrojnë vetëm një herë në vit. Ata nuk mund të shkojnë drejtëpërdrejt tek mjeku specialist ose në spital (vetëm në rast urgjence). Në përgjithësi, ata shkojnë vetëm në spitalet e rajonit të tyre, por, në rast se gjendja e tyre shëndetësore kërkon kujdesje të specializuar mund të shkojnë në një spital që ndodhet në një rajon tjetër. Në këtë rast rajoni ku i sëmuri ka origjinën do të rimbursojë rajonin ku ndodhet spitali.
Nëse kanë zgjedhur grupin II (rreth 5 % e popullatës) ata janë pjesëmarrës pjesërisht në financimin për kujdes (shëndetësor) kur ata kanë nevojë, por kanë liri zgjedhje për mjekun e tyre dhe mund të shkojnë drejtëpërdrejt te specialisti.
Ekziston në Danimarkë një sektor i vogël i sigurimeve private aktiviteti i të cilëve është i dobët. Ky sektor i përket kryesisht fushës të shpenzimeve që nuk janë plotësisht të marra në ngarkim nga shërbimi kombëtar (shëndetësor).

SISTEMI SPANJOLL

Spanja në disa shifra

Spanja ka 17 komuna autonome që mbulojnë një territor prej 504782 km^2. Popullsia e saj më 1990 ishte 39.2 milionë banorë, pra me një dendësi prej 77.7 banorë/ km^2.
Më 1985, 15.7% e popullatës ishte më shumë se 60 vjeç dhe 24.6 % poshtë 15 vjeç.
Niveli i lindshmërise më 1989 ishte 12 ‰ dhe i vdekshmërisë 8‰. Jetëgjatësia atëherë ishte vlerësuar në 74 vjeç për meshkujt dhe 80 vjeç për femrat
GDP u rrit më 1990 në 431.9 miliardë USD, ndërkohë që GDP për banorë është 11020 USD.
12.5 % e shpenzimeve të administratës qëndrore i përkasin shëndetësisë.
Më 1986 numëroheshin 181794 shtretër spitalorë (1 për 213 banorë) dhe më 1990, 3.7 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Sistemi shëndetësor spanjoll është aktualisht në një zhvillim të plotë. Kjo bëhet sipas parimeve që përmbahen në "ligjin e përgjithshëm të shëndetësisë të votuar në prill 1986. Ky ligj ka për objektiv harmonizimin e sistemit shëndetësor në nivel të kompetencave institucionale, burimeve të financimit dhe mënyrave të shpërndarjes së kujdesit.

Në fakt, aktualisht, tri ministri kanë kompetenca mbi problemet shëndetësore :

- Ministria e Shëndetësisë dhe e Konsumit.
- Ministria e Edukimit (administrimi i spitaleve universitare)
- Ministria e Mbrojtjes.

Nganjëherë, qeverisjet (vendore) të provincave kanë kompetenca në sektorin psikiatrik dhe marrin në ngarkim personat pa përkrahje, ndërkohë që qeverisja vendore bashkiake ka në ngarkim programet e shëndetit publik dhe të parandalimit në nivel vendor (vaksinimi, higjiena, etj.).

Sistemi shëndetësor spanjoll karakterizohet nga ekzistenca e dy sektorëve: sektori publik dhe sektori privat.

Sektori publik financohet nga ndërhyrja e sigurimit shoqëror që i merr mjetet e tij nga shteti (80 %) nga rrogat dhe ndërmarrjet. Në këtë term, vetëm shteti nëpërmjet tërheqjes së taksave duhet të financojë sektorin publik.

Sektori publik

Finacimi i aktiviteteve të këtij sektori sigurohet nga *Insalud*, që mbulon tashmë rreth 96 % të popullsisë. Sektori shëndetsor publik në Spanjë përbëhet nga mjekët e përgjithshëm, specialistët dhe spitalet. Mjeku i përgjithshëm është pika e hyrjes e detyrueshme për pacientin në sistemin shëndetësor publik. Ai duhet të jetë regjistruar tek një mjek i përgjithshëm dhe nuk mund ta ndryshojë atë veçse nëpërmjet disa kushteve. Aktualisht, mjekët e përgjithshëm të sektorit publik punojnë në ekip me infermierë dhe pediatër në një sektor gjeografik të përcaktuar dhe për 6 orë në ditë. Ata paguhen në funksion të sipërfaqes gjeografike dhe karakteristikave të popullatës që i shërbehet. Ata mund të ushtrojnë aktivitetin privat jashtë kohës së punës së tyre në sektorin publik.

15 specialitete në mjekësi janë të njohura zyrtarisht. Çdo mjek i përgjithshëm ka korrespondencë me çdonjërin nga këto specialitete, të cilëve ai mund t'i adresojë pacientët e tij. Ai mund të vendosë për një shtrim të mundshëm në spital.

Farmacistët dhe dentistët mungojnë në sektorin publik spanjoll.

Insalud ka totalisht në ngarkim tërë shpenzimet e konsultimit dhe të shtrimit në spital të bëra nga mjekët e përgjithshëm. Kështu, sektori publik zë 35 % të tregut të kujdesit ambulator dhe 77 % të tregut të kujdesit spitalor.

Sektori privat

Sektori privat financohet qoftë drejtëpërdrejt nga pacienti, qoftë nga shoqatat e ndihmave, apo kompanitë e sigurimeve (ose *Insalud*).

Si në sektorin publik, ky sektor përfshin mjekët e përgjithshëm dhe specialistët. Gjithashtu, klinikat, farmacistët dhe dentistët bëjnë pjesë të gjithë në sektorin privat. *Insalud* rimburson 60 % të medikamenteve që përshkruhen nga mjekët e sektorit publik. Ai rimburson heqjet në rast të kujdesit dentar.

Nganjëherë, *Insalud* bie dakord me klinikat që kanë mundësi të respektojnë disa norma dhe financon kujdesin.
Liria e ushtrimit të mjekësisë së lirë garantohet nga "ligji i përgjithshëm i shëndetësisë" që autorizon njëkohësisht publicitetin e bërë nga profesionistët.
Më 1981, 73.1 % të shpenzimeve mbulohen vetëm nga *Insalud*, 3.8 % nga sigurimet private, 20.2 % nga *Insalud* dhe një sigurim privat; 2.4 % nuk kanë sigurim.
Në fakt, një pjesë e popullsisë ka tendencë të regjistrohet në sigurimet private ose shoqata ndihmash, një konstrast që lejon të mbulojnë kryesisht shpenzimet lidhur me kujdesin dentar dhe harxhimet në medikamente.
Megjithkëtë, tregu i sigurimeve është një treg i vështirë; kompanitë shpesh janë të vogla dhe mbeten të keqorganizuara, sepse ata nuk kanë në dispozicion një informacion të domosdoshëm për të vlerësuar rreziqet që ata duhet të mbulojnë.

SISTEMI FRANCEZ

Franca në disa shifra
Franca ka një siperfaqe prej 547026 km² dhe popullsia e saj më 1990 ishte 56.4 milionë banorë, pra një dendësi prej 103.1 banorë/ km².
Më 1988, 18.6 % e popullsisë ishte më shumë se 60 vjeç dhe 20.5 % me pak se 15 vjeç .
Më 1989, niveli i lindjeve ishte 14 ‰ dhe ai i vdekshmërisë 10 ‰. Jetëgjatësia vlerësohet në 73 vjeç për meshkujt dhe 81 vjeç për femrat.
GDP më 1990 ishte në 1102.6 miliardë USD dhe GDP për banorë ishte 19650 USD. 21 % e shpenzimeve të administratëss qëndrore janë dhënë shëndetësisë.
Më 1986 numëroheshin 722000 shtretër spitalorë (1 për 80 banorë) dhe më 1990, 2.6 mjekë për banorë.

Sistemi shëndetësor

Sistemi shëndetësor francez provon parimet e liberalizmit dhe solidaritetit nëpërmjet sistemit shoqëror të financimit. Financimi i sistemit shëndetësor sigurohet në pjesën më të madhe të tij nëpërmjet Sigurimit Shoqëror, organizëm "privat" i krijuar më 1945, por në realitet është pothuaj publik pasi drejtohet nga Ministria e Shëndetësisë. Marrin pjesë në financim edhe shoqatat, shteti, vetëpunësimi dhe sigurimet private.
Më 1987, sigurimet shoqërore mbulonin 74 % të shpenzimeve të shëndetësisë, shoqatat 5.1 %, Shteti 1.4 %, vetëpunësimi dhe sigurimet private 19.1 %.
Hyrjet (të ardhurat) e sigurimit shoqëror vijnë kryesisht nga punëdhënësit dhe të siguruarit dhe një pjesë e vogël (10 %) nga subvencioni nga shteti. Lidhja me sistemin e Sigurimit Shoqëror është e detyrueshme dhe mbulon të gjithë popullatën franceze (98 % në 1989) :

SËMUNDJA, FAMILJA, PLEQËRIA

Nga pikëpamja financiare nuk janë të ndara. Dega e sëmundjeve mbulon rreziqet me të njëjtin emër. Ajo përbëhet nga kasa (arka) të ndryshme që karakterizohen nga një aktivitet profesional i zyrave që i bashkohen: rrogat (Arka Kombëtare e Sigurimit të Sëmundjeve të Punëtorëve me rrogë ose me regjim të përgjithshëm), punëtor bujqësie (Organizata Shoqërore Bujqësore MSA) punëtorë të pavarur dhe artizanë, minatorë, funksionarë, etj.

Shërbimet ofrojnë një ndryshim nga një arkë tek tjetra. Më përpara parimi i kompensimit të burimeve ndërmjet kasave është kapërcyer (në përgjegjësinë e CNAMTS).
Ofrimi i kujdesit karakterizohet nga një bashkëkzistencë e sektorit publik dhe e sektorit privat.
Më 1988, 55 % e mjekëve kishin një aktivitet të pastër liberal, 30 % ishin kryesisht me rrogë dhe 15 % kryesisht liberal. Shumica e mjekëve me rrogë punonin në spital (80%) dhe 70 % ishin specialistë. Mjekësia në grup konsiderohet sot e zhvilluar.
Pagesa e prakticienëve të lirë bazohet në parimin e honorarit, që negociohet ndërmjet profesionistëve dhe sigurimeve shoqërore.
Dy mundësi u ofrohen mjekëve: të pranojnë një marrëveshje që përfshin dy sektorë, ose ta refuzojnë atë:

- Pranimi i marrëveshjes së sektorit 1 vendos praktikën e honorarit fiks rregullisht të negociuar nga sindikatat me Sigurimet Shoqërore. Në këmbim, mjeku ka ngarkesa shoqërore personale pak të rritura dhe klientela e tij i besohet nga fakti që ai dhuron një pjesë të rëndësishme të rimbursimit të kujdesit praktik (rreth 70 %).
- Bashkimi me sektorin 2 lejon përfitimin e një të drejtë që i kalon honorarët e zakonshme. Mjeku do të ketë atëherë në ngarkim të tij kontribute shoqërore shumë të larta dhe rimbursimi i kujdesit për klientelën e tij do të llogaritet duke rritur honoraret nga sektori 1.
- Më 1988, 21 % e mjekëve të lirë ushtronin në sektorin 2 dhe praktikonin honorare 20 % më të larta se mesatarja. Fluksi gjithmonë më i rëndësishëm drejt këtij sektori të quajtur "honorare të liberalizuara" pati kundërshtim mundësinë e publikut që çoi në "ngrirjen" e përfitimit të tij më 1990 (pranimi në sektorin 2 kërkonte nevojën teorike të disa titujve spitalorë ose një fare moshë-eksperincë).
- Mjekë të rrallë kanë zgjedhur ushtrimin e profesionit "jashtë marrëveshjes" të cilët kanë mundësinë të fiksojnë lirshëm honoraret e tyre. Më përpara, ata detyroheshin të paguanin një ngarkesë shoqërore shumë të lartë dhe klientët e tyre nuk mund të përfitonin veçse një rimbursim simbolik për kujdesin që ato praktikonin.

Mjekët janë të lirë të zgjedhin vendin e tyre të punës dhe recetat e tyre. Vetëm një informacion mbi këtë të fundit jepet nga arkat e sëmundjeve në formë të tabelave statistikore mbi aktivitetin e prakticienëve.
Më përpara, numri i mjekëve të formuar ishte jashtëzakonisht i kontrolluar (numër i mbyllur).
Më 1990 sektori spitalor përbëhej nga spitale publike (1077 godina ku përshihen 363115 shtretër, pa përfshirë vendet e shtrimit të pjesshëm dhe për trajtimin e personave të moshuar) dhe nga godina private (2390 godina që përshijnë 195578 shtretër, pa përfshirë vendet e shtrimit pjesshëm dhe shtëpitë për trajtimin e moshave të thyera). Këto të fundit ndahen në spitale private pa qëllim fitimi (rreth 1/3) dhe në spitale private me qëllim fitimi. Spitalet publike dhe private i nënshtroheshin si rregull buxhetit global
Deri më 1991, sektori farmakologjik ishte një nga sektorët më të kontrolluar, çmimet e specialiteteve ishin rreptësisht të kontrolluara dhe të fiksuara në nje nivel shumë të ulët. Një projekt i reformës është aktualisht në punë dhe ka të bëjë me liberalizimin e çmimeve për disa medikamente në brendësi të zhvillimit të përgjithshëm fiks për çdo ndërmarrje farmaceutike. Shpërndarja është vendosur në një kontroll të rreptë e të barabartë, përsa i përket mundësive të mbulimit të një farmacie aq sa marzhi i akorduar farmacistëve.
Përdoruesi zotëron të drejtën e aksesit të lirë në strukturat e kujdesit. Ai zgjedh me dëshirën e tij njëlloj një mjek të përgjithëshëm ose një mjek specialist dhe konsultohet aq shpesh sa dëshiron. Paguan drejtëpërdrejt mjekun e tij dhe rimbursohet nga arka në bazë të 70 % (ose 75 % sipas arkës) të honorarit të dhënë konvencional. Përveç kësaj, paratë ose një pjesë prej tyre atij i

rimbursohen nëse ai ka një sigurim plotësues nga një organizatë (shoqate) ose nje sigurim privat.
Medikamentet që atij i përshkruhen janë njëkohësisht objekt i rimbursimit nëse bëjnë pjesë në listën e specialiteteve të rimbursimit nga arka e sëmundjeve. Përqindja e rimbursimit varion (40 –70 – 100 %) në funksion të specialitetit dhe sëmundjes më të cilën është prekur i sëmuri (pacienti). Praktika e paradhënies aktualisht është: pacienti ka në këtë rast, mundësinë të paguajë tek farmacisti vetëm pjesën e tij, ndërsa pjesa tjetër paguhet drejtëpërdrejt nga arka.
Kjo praktikë e paradhënies është gjerësisht e përdorur për kujdesin spitalor.
Nëse pacienti përdor një strukturë publike, në ngarkim të tij mbetet vetëm një biletë dhe që nga viti 1983, një akord i shtrimit për kujdesje që është pjesëmarrja ditore për shpenzimet e fjetjes.
Nëse pacienti përdor një strukturë private dhe në qoftë se kjo nuk ka lidhje me sigurimet shoqërore, të gjitha shpenzimet do të jenë në ngarkim të tij.

SISTEMI GREK

Greqia në disa shifra

Greqia ka një sipërfaqe prej 131944 km² dhe një popullatë në 1990 prej 10 milionë banorë, me një dendësi prej 76.2 banorë/ km².
Më 1986, 18,4 % e popullsisë ishin më shumë se 60 vjeç dhe 20.5 % më pak se 15 vjeç.
Më 1989, niveli i lindjeve ishte 11 ‰ dhe i vdekshmërisë 9 ‰.
Jetëgjatësia mesatare është vlerësuar në 74 vjeç për meshkujt dhe 80 vjeç për femrat.
GDP më 1990 ishte 61.39 milionë USD, ndërkohë që GDP për frymë ishte 6099 USD.
Më 1985 ishin 52864 shtretër spitalorë (1 për 188 banorë), dhe më 1990, 3.3 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Në vitin 1983, Greqia vendosi Shërbimin Kombëtar të Shëndetësisë. Deri në këtë kohë sistemi shëndetësor grek karakterizohej nga një ekstremitet ndryshimesh në tipat që ofronin kujdes dhe mënyrat e mbulimit të shpenzimeve për shëndetin. Kjo ka çuar në një shpërndarje të ofrimit të kujdesit shumë të pabarabartë ndërmjet zonave urbane dhe rurale dhe një mbiprodhim të diplomave të mjekëve, një nënprodhim të diplomave të infermierëve dhe një çmim të rritur të hospitalizimit dhe medikamenteve.
Një sektor publik i dobët ndeshet me një sektor privat të fortë. Financimi i shpenzimeve për shëndetin sigurohej atëherë nga tre burime:

- Shteti nga zhvillimi dhe funksionimi i spitaleve publike, si dhe nga programet e shëndetit publik;
- Arkat e Sigurimit Shoqëror që janë rreth 380. Më të rëndësishmet janë INA (Arkat-sigurimi i punëtorëve dhe punëdhënësve privatë), OGA (Arka e Bujqve), si dhe Arka e Funksionarëve. Burimet e tyre vijnë nga kuotizacionet e anëtarëve dhe punëdhënësit.
- Nga popullata, që shlyen një pjesë të shpenzimeve të pambuluara nga sigurimet, si dhe nga integraliteti i tyre kur janë përdorur shërbimet e sektorit privat.

Sektori publik, duke qënë përpara të gjithëve, përbëhet nga spitalet publike që përfaqësonin në vitin 1980, 58 % të shtretërve.

Përsa i përket sektorit ambulator, vetëm sigurimet INA dhe OGA punësojnë mjekët me rrogë. Këto kanë mundësinë të ushtrojnë në tregun privat. Arkat e Sigurimeve Shoqërore negociojnë

me sektorin privat per kushtet e shërbimeve të tyre, më shpesh mbi bazën (nivel bazë) e honorareve, por gjithashtu edhe mbi bazën "për kapita". Numri i rritur i arkave (shoqëri sigurimi) shpjegon ndryshimin e madh në shërbimet e sigurimit që ato ofrojnë në të aderuarit e tyre (anëtarët); shumica janë shumë të vegjël për të ofruar shërbime me cilësi të madhe.
Pas vitit 1983, u vendos Shërbimi Kombëtar i Shëndetit.
Në nivel institucional, është krijuar Komiteti Qëndror i Shëndetësisë, i cili është ngarkuar të këshillojë qeverinë mbi politikat kombëtare për shëndetësinë. Ai asistohet nga komitete rajonale të shëndetësisë.
Objektivi i kësaj reforme është të krijojë një sektor publik të fortë për të përmirësuar pabarazitë gjeografike dhe financiare të aksesit të kujdesit për popullatën greke.
Reforma, aktualisht në zhvillim, propozon:

- Unifikimin e shërbimeve që merren (përftohen) nga shumë arkashërbimi të Sigurimit Shoqëror;
- Marrja nën kontroll e të gjithë sektorit spitalor;
- Krijimi i rrjetit të qendrave të shëndetit për kujdesin parësor (ku mund të zhvillohet mjekësia e përgjithshme). Në këto qëndra do të punësohen mjekë me rrogë me kohë të plotë (dhe që nuk mund t'a ushtrojnë profesionin privat).
- Krijimi i një ndërmarrjeje farmaceutike kombëtare që të prodhojë antibiotikët kryesorë;

Në kuadrin e sektorit privat, ligji ndalon krijimin, zhvillimin (në kuptimin e shtretërve), ose transfomimin e klinikave private.
Në vitin 1982, sektori privat zotëronte 42 % të shtretërve spitalorë; tashmë ai nuk zotëron më shumë se 34 %; gjatë 3 vjetëve kapaciteti ka rënë në 24 %.
Ligji nuk ndalon:

- Krijimin e ndërmarrjeve private që ofrojnë shërbime diagnostikimi që përdorin teknologji të lartë. Ai autorizon edhe publicitetin për këto qëndra;
- Mjekësinë e lirë;
- Prodhimin e barnave nga firmat private. Publiciteti për medikamentet është me autorizim, por çmimet janë të kontrolluara;
- Hapjen e sektorit privat të sigurimeve.

Ligji lejon që arkat e Sigurimeve Shoqërore, pas autorizimit shtetëror, të kalojnë kontratat me klinikat dhe mjekët private.
Në vitin 1987, pra 4 vjet pas fillimit te reformës, vëzhgimet e Institutit Kombëtar të Statistikave vlerësonin pjesën e shpenzimeve në 8.7 % të Produktit Kombëtar bruto të Greqisë, ku 5.6 % vinte nga sektori publik dhe 3.1 % nga sektori privat; kjo tregon rolin shumë të rëndësishëm të sektorit privat në sistemin shëndetësor grek në këtë epokë.

SISTEMI IRLANDEZ

Irlanda në disa shifra

Irlanda ka një sipërfaqe prej 70280 km² dhe një popullsi më 1990 prej 3.72 milionë banorë (d.m.th. një dendësi prej 52.9 banorë/ km²).
Në vitin 1985, 15 % e popullatës ishte më shumë se 60 dhe 30.5 % më pak se 15 vjeç.
Në vitin 1989, niveli i lindjeve ishte 16 ‰ dhe mortaliteti 9‰.
Jetëgjatësia mesatare vlerësohet në 71 vjeç për meshkujt dhe 77 vjeç për femrat.
Në vitin 1990, GDP u rrit në 39.42 miliard USD dhe GDP për banorë ishte 10597 USD.

12.4% e shpenzimeve të administratës qëndrore i përkasin shëndetësisë.
Në vitin 1982, numëroheshin 18147 shtretër spitalorë (1 për 181 banorë), dhe në vitin 1990, 1.5 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Sistemi shëndetësor irlandez është origjinal. Origjinaliteti qëndron në faktin që shteti ndërhyn shumë fort mbi modelet e financimit të kujdesit. Ai përcakton grupet e popullatës që kanë të drejtë në tipa të ndryshme të mbulimit të shpenzimeve të tyre për shëndetin dhe një agjenci publike ka monopolin e sigurimit vullnetar. Ky origjinalitet është njëkohësisht i shprehur nga ofrimi i kujdesit që është plotësisht privat.
Në Irlandë, shëndetësia administrohet nga Departamenti i Shëndetësisë (që varet nga Departamenti i Financës), që trajton parandalimin, kujdesin ambulator dhe spitalor si dhe kujdesin dentar. Ky departament është i organizuar në 8 zyra rajonale.
Dhënia e kujdesit ambulator bëhet nga mjekë të përgjithshëm që ushtrojne aktivitetin privat në këmbim të honorareve.
Tri forma organizimi bëjnë pjesë në dhënien e kujdesit spitalor:

- Spitale që kontrollohen dhe financohen plotësisht nga zyrat rajonale të departamentit të shëndetësisë;
- Spitale që bëjnë pjesë në shërbimin publik (spitale publike vullnetare) dhe që janë shpesh të administruara nga shoqata fetare dhe pjesërisht të financuara nga departamenti i shëndetësisë;
- Spitale private që mbahen vetëm nga fondet private.

Përsa i përket financimit të shpenzimeve për shëndetin, shteti vendos rregullat që lejojnë të përcaktojnë ndarjen në tre grupe të popullatës irlandeze. Këto rregulla kanë një përdorim të gjerë në nocionin e të ardhurave individuale:

- Grupi I përbëhet nga persona me të "ardhura të vogla". Shpenzimet e tyre për shëndetin merren integralisht në ngarkim nga Zyra Rajonale nga e cila ato varen. Ata duhet të përdorin strukturat publike për kujdesin spitalor dhe dentar. Honoraret tek mjeku i përgjithëshëm paguhen drejtëpërdrejtë nga zyra rajonale për kujdesin ambulator.
- Grupi II përbëhet nga persona me të "ardhura mesatare". Mbulimi i tyre është i njëjtë me grupin e parë, me përjashtim të shpenzimeve që i përkasin kujdesit ambulator dhe kujdesit dentar që ata duhet ta financojnë vetë.
- Grupi III është ai i personave me të "ardhura të larta". Zyrat rajonale financojnë vetëm kujdesin spitalor publik dhe kujdesin e dhënë për sëmundje infektive ose për disa sëmundje kronike.

38 % e popullatës bëjnë pjesë në grupin I, 47 % në grupin II dhe 15 % në grupin III.
Individë të grupeve II dhe III mund të regjistrohen në një sigurim vetëm në agjenci të shtetit për të mbuluar shpenzimet shëndetësore që janë në ngarkim të tyre.

SISTEMI ITALIAN

Italia në disa shifra

Italia ka një sipërfaqe prej 301225 km^2 dhe popullsia e në vitin 1990 ishte 57.1 milionë banorë (me një dendësi prej 189.6 banorë/ km^2).

Në vitin 1985, 18.8 % e popullatës ishte më shumë se 60 vjeç dhe 19.9 % më pak se 15 vjeç.
Në vitin 1989, niveli i lindjeve ishte 10 ‰ dhe mortaliteti 10 ‰.
Jetëgjatësia mesatare vlerësohet në 73 vjeç për meshkuj dhe 80 vjeç për femrat.
GDP në vitin 1990 ishte 984. 8 miliard USD, dhe GDP për frymë ishte 17250 USD.
11.3 % e shpenzimeve të administratës qëndrore i jepen shëndetësisë.
Në vitin 1985 numëroheshin 470579 shtretër spitalorë (1 shtrat për 121 banorë) dhe në vitin 1990, 4,25 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Që nga vitit 1978, Italia ka Shërbimin Kombëtar të Shëndetësisë të përbërë nga "Njësitë Shëndetësore Lokale", të cilat kanë një autonomi të gjërë për të organizuar dhe administruar shërbime të ndryshme të shëndetit që mbulohen në rajonin (territorin) që ato i përkasin (20 rajone). Paralelisht me këtë shërbim ekziston një shërbim privat i rëndësishëm.
Shërbimi Kombëtar i Shëndetit ka për qëllim t'i ofrojë popullatës italiane të gjitha kujdesjet për të cilën ata kanë nevojë. Ai financohet nga:

- Pjesëmarrja nëpërmjet rrogave, punëdhënësit dhe punëtorë të pavarur;
- Taksa speciale të përftuara nga punëtorë të pavarur;
- Një shumë e ndryshueshme që derdhet nga Shteti.

Arka Kombëtare ë Shendetit merr këto financime të ndryshme dhe i ndan ndërmjet rajoneve. Kjo e fundit u'a shpërndan njësive shëndetësore lokale mbi bazën e shpenzimeve të kryera më parë.
Popullata ka të drejtë të zgjedhë për problemet e saj shëndetësore ndërmjet Shërbimit Kombëtar të Shëndetit dhe sektorit privat.
Nëse Shërbimi Kombëtar i Shëndetit është përshtatur, shpenzimet për kujdesin parësor dhe dytësor do të merren plotësisht në ngarkim nga ky Shërbim; Bileta (fatura) (atje ku ajo ekziston) është shumë e vogël vetëm për medikamentet, çmimet e të cilëve janë të kontrolluara dhe që variojnë ndërmjet 9 % dhe 25 % sipas qeverisjeve lokale.
Ekziston një mundësi e përjashtimit të kësaj bilete moderuese për rastet "me të ardhura të vogla". Vetëm medikamentet e përshkruara në listën e përcaktuar në planin kombëtar mund të përfitojnë rimbursim.
Ofrimi i kujdesit në sektorin publik përbëhet nga një rrjet i mjekëve të përgjithëshëm të cilët kane zgjedhur bashkimin me Shërbimin Kombëtar të Shëndetit; spitalet publike zotërojnë sektorë të specializuar dhe spitalet private të miratuara nga Shërbimi Kombëtar i Shëndetit. Mjekët e përgjithshëm të Shërbimit Kombëtar të Shëndetit e marrin pagesën sipas sistemit "per capita" dhe nuk mund të kenë në listën e tyre më shumë se 1500 pacientë. Këta të fundit janë të lirë të zgjedhin mjekun e tyre në njësinë e tyre shëndetësore.
Pacienti duhet më përpara të përdorë shërbimet publike për kujdesin spitalor. Ai nuk mund të paraqitet në spitale private të miratuara veçse pas një marrëveshje të mëparshme me Shërbimin Kombëtar të Shëndetit; ky autorizim jepet vetëm për një numër të kufizuar ditësh. Më përpara, nëse brenda 4 ditësh, shërbimi publik nuk i është përgjigjur kërkesës së pacientit (probleme të radhës së pritjes), ky përdor shërbimet private që rimbursohen nga Shërbimi Kombëtar i Shëndetit. Pacienti ka mundësinë të kërkojë të trajtohet në një spital publik të vendosur jashtë njësisë së tij shëndetsore lokale; kjo e fundit duhet t'i rimbursojë shpenzimet për kujdesin ndaj pacientit njësisë ku është përfituar (shpenzuar).

Nëse pacienti zgjedh të drejtohet drejtëpërdrejt në sektorin privat ai duhet të shlyeje të gjitha shpenzimet relative qe janë kryer ndaj tij, ose të paktën nëse ai është regjistruar në një sigurim të një organizmi privat që i mbulon ato. Sektori privat zë një vend jo të neglizhueshëm në Itali. Në vitin 1990, kishte 8008 struktura nën kontroll të Shërbimit Kombëtar të Shëndetit, 7995 struktura private, 365761 shtretër të spitaleve publike dhe 69319 shtretër të klinikave private.
Në fakt, spitalet publike kanë mundësi të zhvillojnë sektorin privat dhe mjekët që punojnë aty mund të zgjedhin (ushtrojnë profesionin) për një kohë të pjesshme në sektorin publik.

SISTEMI I LUKSEMBURGUT

Luksemburgu në disa shifra
Luksemburgu ka një siperfaqe prej 2586 km² dhe popullsia e tij në vitin 1989 ishte 377000 banorë, me një dendësi prej 143,1 banorë/km².
Në vitin 1985, 18,2 % e popullatës ishte më shumë se 60 vjeç dhe 17,3 më e vogël se 15 vjeç. Në vitin 1989, niveli i lindshmërisë ishte 11 ‰ dhe mortaliteti 11 ‰. Jetëgjatësia mesatare është vlerësuar këtë vit 72 vjeç për meshkujt dhe 78 vjeç për femrat. GDP në vitin 1990 ishte 8,08 miliardë USD, dhe GDP për frymë ishte 21838 USD.
11 % e shpenzimeve të administratës qëndrore i jepen shëndetësisë.
Në vitin 1986, numëroheshin 4587 shtretër spitalorë (1 për 80 banorë), dhe në vitin 1990, 1.89 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Sistemi shëndetësor i Luksemburgut karakterizohet nga:
- Pothuajse monopol mbulimi i shpenzimeve shëndetësore të popullatës nga sigurimet shoqërore,
- 12 arka të sigurimit të sëmundjes nga të cilat ata varen,
- Ofrimi i kujdesit i organizuar sipas modelit liberal.

Në fakt, sigurimi i sëmundjes është i detyrueshëm dhe ajo administrohet nga sigurimet shoqërore që ka në ngarkim shpenzimet.
Çdo individ është i regjistruar në një nga 12 arkat e sigurimit të sëmundjes në funksion të natyrës së aktivitetit te tij.
Financimi i tyre sigurohet nga kontributet të fiksuara nga shteti që derdhen në pjesë të barabartë nga punëtorët dhe punëdhënësit e tyre (punëtorët e pavarur e derdhin atë në total). Shteti merr në ngarkim të tij kontributin për disa kategori personash dhe shpenzimesh që u përkasin disa sëmundjeve të gjata (tuberkuloz, kancer, poliomielit, etj.). Sigurimet private bëjnë vetëm disa mbulime plotësuese që u përkasin kryesisht rreziqeve për sëmundje tek të huajt.
Kujdesi ambulator sigurohet nga mjekë të përgjithshëm ose specialistë, aktiviteti i të cilëve është privat. Reklama është e ndaluar. Liria e zgjedhjes së çdo mjeku bëhet përgjithësisht përpara dhe nuk ekziston një numër i mbyllur. Honoraret që praktikohen negociohen me sigurimet shoqërore dhe instancat përfaqësuese të mjekëve; ato janë detyrimisht të respektueshme nga mjekët.
Në 26 spitalet që ekzistojnë aktualisht vetëm 1 është privat me qëllim përfitimi, më shumë se gjysma e të tjerëve janë privat por jo me përfitim (institucione fetare), mbetja administrohet nga komunat. Tarifat e tyre negociohen me sigurimet shoqërore dhe shteti mund të marrë pjesë në

investimet që ato bëjnë. Pacientët e shtruar në spital paguajnë një shumë fikse ditore, ndërsa mbetja e shpenzimeve është në ngarkim të sigurimeve shoqërore.
Shpërndarja e medikamenteve sigurohet nga farmacite private, hapja e të cilave është me autorizimin e shtetit. Bëhet një biletë shtesë prej 20% të çmimit të medikamenteve. Në fakt, disa specialitete rimbursohen 100 %, ndërkohë që të tjerat që janë objekt i reklamës në publik janë plotësisht të përjashtuara nga rimbursimi.
Popullata bën zgjedhje të lirë të mjekut ose të spitalit të saj. Shteti kontrollon drejtpërdrejt ofrimin e kujdesit. Pas vitit 1982, Ministria e Shëndetësisë ka në ngarkim planifikimin spitalor në bashkëpunim me spitalet. Çdo krijim i godinave ose zhvillim i atyre ekzistuese duhet të marrë miratimin e saj (njëlloj është edhe për farmacitë).
Përsa i përket kujdesit ambulator, shteti ushtron një kontroll mbi mjekët e përgjithshëm dhe specialistët përsa i përket pajisjes në listën e aparateve mjekësorë që nuk janë te autorizuara për mjekët e përgjithshëm, por lejohen vetëm për specialistët.

SISTEMI HOLANDEZ

Sistemi shëndetësor holandez është akoma në rrugën e transformimit që ka filluar në vitin 1991. Ne do të përshkruajmë në fillim atë që ka qënë në vitin 1988, pastaj do të japim linjat kryesore të reformës të propozuara nga komisioni i quajtur Dekker, që është formuar në mars 1987 nga qeveria holandeze.

Hollanda në disa shifra

Mbretëria e Holandës ka një sipërfaqe prej 40844 km² ku në vitin 1990 banoninë 14,9 milion banorë, me një dendësi prej 366 banorë për km².
17 % e popullatës është më shumë se 60 vjeç dhe 18,8 % më pak se 15 vjeç.
Në vitin 1986, niveli i lindjeve ishte 12,7 ‰ dhe i vdekjeve 8,6 ‰. Jetëgjatësia vlerësohet këtë vit me 73,1 vjet për meshkujt dhe 79,6 vjeç për femrat.
Në vitin 1990, GDP ishte 259,2 miliardë USD, dhe GDP për frymë 17338 USD.
Në vitin 1987, buxheti i shtetit ishte 144107 milionë Florinta. Shpenzimet për sigurimet shoqërore dhe shëndetësore përfaqësojnë 17,3 % të shpenzimeve publike.
Në vitin 1987, kishte 67545 shtretër spitalorë (1 për 217 banorë), dhe në vitin 1990 kishte 2,4 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor në vitin 1988

Ky sistem është një pjesë e kushtëzuar nga organizata për mbrojtjen shoqërore në Holandë. Këto janë përcaktuar nga një numër dekretesh, katër nga të cilët përshkruhen më poshtë:

- 3 të parat garantojnë një përfitim minimal për personat e vjetër (AOW), të verbërit dhe jetimët (AWW), si dhe të varfrit (ABW);
- Dekreti i katërt (AWBZ) u garanton të gjithë holandezëve mbulimin e shpenzimeve mjekësore që ato marrin.

Tre dekretet e tjera i përkasin popullatës që është me rrogë:

- Dy të parat (ZW dhe WOA) janë të destinuara të mbrojnë punonjësit me rrogë, në rast të humbjes të aftësisë për punë, me afat të shkurtër ose të gjatë;

- I treti (ZFW) siguron mbulimin e çmimit të kujdesjeve mjekësore, spitalore dhe të farmacive për të gjithë punonjësit me rrogë (dhe familjeve të tyre) për të cilët të ardhurat janë më poshtë se 50150 florinta.

Duke u nisur nga këto dekrete, është e mundur të dallohen mënyrat e ndryshme nga merren në ngarkim shpenzimet për shëndetin në Holandë.
Shpenzimet të quajtura të mëdha për të gjithë holandezët (qëndrimi në spital që kalon një kohë prej një viti, qëndrimi në spital psikiatrik, në institucione për të vonuar mendorë ose handikapë, mbajtja në shtëpi, etj.) paguhen nga Sigurimet Shoqërore nëpërmjet "Arkës së Sigurimit te Sëmundjeve Publike" që varet nga "Arka Nacionale".
Shpenzimet e tjera për kujdes dhe në farmaci paguhen, qoftë nga arka për sigurimin publik të sëmundjeve, qoftë nga sigurimet private, ose nga vetë pacienti. Në fakt, punonjësit që kanë të ardhura vjetore më pak se 50150 florinta janë të detyruar të regjistrohen në një Arkë të sigurimit publik të sëmundjeve.
Mbetja e popullatës mund të zgjedhë:
- Të aderojë në një arkë të sigurimit publik të sëmundjeve;
- Të nënshkruajë një kontrate sigurimi sëmundjeje me një kompani private sigurimi;
- Të financojë vetë shpenzimet.

Sigurimet publike dhe sigurimet private janë në konkurrencë në një pjesë të mirë të tregut. Kjo konkurrencë është pjesërisht e pabarabartë nga mundësitë që kanë sigurimet private të seleksionojnë rreziqet duke zgjedhur të siguruarit, gjë që nuk mund të praktikohet nga arkat publike.
Arkat e sigurimit publik të sëmundjeve financohen nga shteti dhe të tjerë që i bashkohen, ndërkohë që arkat private janë kryesisht nga pagesat që bëjnë klientët e tyre. Aktiviteti i arkave publike të sëmundjeve kontrollohet nga një organizëm që kontrollon fondet për sigurimet e detyrueshme dhe ato që janë të destinuara për mbulimin e shpenzimeve të tepërta.
Për të përcaktuar politikën në çështjet e shëndetit, Shteti vjel mendime nga komitete të ndryshme.
Sistemi që ofron kujdes është kryesisht i organizuar me mjekë të përgjithshëm. Në fakt, çdo holandez regjistrohet në listën e një mjeku të përgjithshëm, i cili merr honoraret drejtëpërdrejt nga arka që i përket pacientit.
Aksesi për mjekun specialist dhe në spital bëhet i mundur vetëm pas konsultimit dhe pranimit nga mjeku i përgjithëshëm.
Paralelisht me këtë sistem, funksionon sektori i mjekësisë alternative dhe disa prej tyre rimbursohen nga kontratat e nënshkruara me sigurimet private.
Shperndarja e medikamenteve sigurohet nga farmacitë. Farmacistët paguhen sipas akteve dhe kanë të drejtën e zëvendësimit. Ata janë të prirur për produkte më pak të shtrenjta sesa receta e dhënë.

Plani dekker

Plani i propozuar nga komisioni Dekker tenton të përmirësojë efiçiencën e sistemit holandez duke homogjenizuar sistemin e financimit dhe duke vënë në vend një sistem ku konkurrenca ndërmjet aktorëve të mund të zhvillohet e gjitha duke i garantuar të gjithëve një akses në kujdesje. Roli i shtetit kufizohet në kontrollin e respektimit të rregullave të sistemit dhe cilësisë së kujdesit që jepet.

Plani i propozuar skematikisht është si më poshtë:

- E gjithë popullata është e detyruar të regjistrohet në një arkë sigurimi sëmundjeje publike ose private nëpërmjet një sigurimi që mbulon 85% të shpenzimeve mjekësorë (mbulim bazë).
- Çmimi i sigurimit bazë përfshin dy pjesë:
  1. I pari që është më i rëndësishmi llogaritet në funksion të të ardhurave që derdhen në një Fond Qëndror Sigurimi;
  2. Pjesa tjetër, që është rreth 20 % më e lartë se e para, derdhet drejtëpërdrejt në arkën e sigurimit të zgjedhur.
- Çdo arkë negocion me profesionistët e shëndetit për kushtet në të cilën do t'u jepet kujdesi anëtarëve të saj dhe niveli i tarifave që do të aplikohen.
- Fondet qëndrore të sigurimit që derdhen në çdo arkë sëmundjeje, që mund të jenë publike ose private. Kjo llogaritet në funksion të rreziqeve për karakterisitkat e tyre që mund të vlerësohen (mosha, seksi, gjendja shëndetësore, etj.).
- Të siguruarit mund të regjistrohen në sigurime plotësuese drejtëpërdrejt në arka.
- Shteti ka për detyrë që të respektohen ligjet "antikartel" ndërmjet arkave ose prodhuesve të kujdesit dhe të kontrollojë cilësinë.

Avantazhet që shpresohen nga një plan i tillë janë sa më poshtë:

Të respektohen parimet e solidaritetit nëpërmjet:

- Fiksimit të çmimit në funksion të një kriteri të të "ardhurave", si dhe rishpërndarjes së shumave të mbledhua nga Fondi Qëndror i Sigurimit në funksion të rreziqeve që mbulohen nga arkat.
- Vendosjes në konkurrencë të arkave publike dhe private mbi bazën e cilësisë së "produktit" që i propozohen klientit për marrjen në ngarkim të shëndetit të tij dhe çmimit të këtij produkti.
- Vendosjes në konkurrencë nga arkat e sigurimeve të profesionistëve të shëndetit për përcaktimin e pagesës së tyre dhe pagesave që rrjedhin.
- Çlirimit të shtetit që gjen tashmë rolin e arbitrit.
-

Ky plan, i bazuar në mirësinë e konkurrencës për të siguruar efikasitet të ekonomisë, vë në vend dy tregje:

- Tregu i parë bën ndërhyrjen e siguruesve dhe të konsumatorëve. Konsumatori është i lirë të zgjedhë arkën që ai pëlqen. Preferencat e tij varen nga mënyra se si problemet e tij shëndetësore do të trajtohen në funksion të mjeteve që ka arka e sigurimit të sëmundjes. Siguruesit nuk mund të refuzojnë përfshirjen e një individi. Për më tepër, një konsumator është i lirë të ndërrojë arkë, në qoftë se ai nuk është i kënaqur.

- Tregu i dyte ka të bëjë me siguruesit dhe profesionistët e shëndetit që takohen për të përcaktuar kushtet në të cilat ato marrin në ngarkim problemet shëndetësore të anëtarëve. Ky treg ka të gjitha shanset të jetë më shumë konkurrues sesa tjetri ku takohen drejtëpërdrejt konsumatorët me prodhuesit e shëndetit.

SISTEMI PORTUGEZ

Portugalia në disa shifra

Portugalia ka një sipërfaqe prej 92080 km^2 dhe një populsi prej 10.3 milionë banorë (viti 1989), me një dendësi prej 111,6 banorë/km^2.
Në vitin 1987, 17.4 % e popullsisë ishte më shumë se 60 vjeç dhe 22.7 % më pak se 15 vjeç. Në vitin 1989, niveli i lindjeve ishte 12 ‰ dhe i vdekshmërisë 9 ‰. Jetëgjatësia mesatare vlerësohet në 72 vjeç për meshkujt dhe 78 vjeç për femrat.
Në vitin 1990, GDP ishte 52,15 miliardë USD, dhe GDP për frymë ishte 5073 USD.
8.2 % e shpenzimeve të administratës qëndrore i përkasin shëndetësisë.
Më 1987 numëroheshin 43511 shtretër spitalorë (1 për 235 banorë), dhe në vitin 1989 kishte 2.8 mjekë për 1000 banorë.

Sistemi shëndetësor

Shteti portugez, ka një sistem kombëtar të shëndetësisë ku shpenzimet janë shoqerizuar, duke i garantuar të gjithë popullatës të njëjtën përkujdesje, cilado qoftë gjendja e saj ekonomike dhe gjeografike. Ai mbështetet edhe në një sektor privat të cilit i kontrollon çmimet. Ky sektor zotëron një rol plotësues dhe në vitin 1984, mbulonte 8% të kujdesit spitalor dhe 80 % të kujdesit ambulator. Sistemi Shëndetësor Kombëtar siguron kryesisht kujdes parësor dhe kujdes spitalor. Mjekët e specializuar janë kryesisht në pjesën më të madhe në sektorin privat.
Mjekët e ushtrojnë profesionin edhe në sektorin publik edhe në sektorin privat. Në këtë të fundit, ata paguhen mbi bazën e honorareve të fituara nga pacientët. Këta të fundit, në disa raste dhe në disa modalitete, rimbursohen nga shërbimi kombëtar shëndetësor. Ato kanë mundësi të regjistrohen në një sigurim në kompani private.
Financimi i rrjetit të kujdesit parësor dhe sistemit spitalor publik sigurohet nga një buxhet global për secilin prej tyre.

Mbeshtetja ekonomike e sektorit te shendetesise
(Burimet e financimit ne sektorin e shendetesise)

Burimet e financimit te shendetesise

Burimet e financimit te sistemeve shendetesore jane te ndryshme dhe secili vend ka zgjedhur menyra financimi te ndryshme, ne varesi te rrethanave historike dhe shoqerore. Nuk mund te thuhet se nje menyre financimi eshte me e mira se tjetra, pasi menyra te ndryshme funksionojne me mire ose me keq ne shoqeri te ndryshme. Cdo menyre financimi ka te mirat dhe te metat e veta. Ketu do te trajtohen burimet dhe menyrat kryesore te financimit te shendetesise, te cilat per lehtesi shpjegimi, jane klasifikuar ndofta edhe ne menyre pak arbitrare. Ne te vertete, eshte veshtire qe ne nje sistem shendetesor te gjesh nje kategori te paster financimi, sipas klasifikimit te meposhtem; kjo, pasi sistemet e ndryshme shendetesore permbajne burime dhe metoda te perzjera te financimit. Ne fund te kesaj paraqitje jepet edhe nje klasifikim i vendeve te zhvilluara, ne baze te skemave te financimit te sistemeve te tyre shendetesore.

1. Financimi nepermjet taksave

Financimi i shendetesise nepermjet taksave eshte organizuar historikisht ne ate vende kur qeverite kishin marre pergjegjesine si per ofrimin e drejperdrejte te sherbimeve shendetesore, ashtu edhe per financimin e tyre. Kjo menyre financimi ndeshet edhe sot ne shume vende te botes. Ajo varet shume nga *aftesia e qytetareve per te paguar taksa si edhe nga aftesia e organeve te administrates per t'i grumbulluar taksat*. Ne vendet ne zhvillim, ku ka ne pergjithesi vetem ndermarrje te vogla, bujq te pavarur apo nje aktivitet ekonomik "te nendheshem", dhe ku administrata publike eshte e dobet, taksat kryesore qe sherbejne si burim te ardhurash perbehen nga *taksat e import/eksportit* (doganat), pasi ato jane me te lehta per t'u mbledhur. Ndersa ne vendet e zhvilluara, burimet kryesore te te ardhurave perbehen nga taksat e shitjeve, taksat mbi te ardhurat si edhe nga TVSH. Nganjehere, keto vende kane edhe taksa te posacme, si psh, taksat mbi duhanin dhe cigaret.

Taksat mund te mblidhen nga pushteti qendror dhe nga pushteti lokal dhe financimi i shendetesise mund te behet nepermjet nje sistemi te perzjere taksash. Ne keto raste, qeveria qendrore mund te financoje programe apo sherbime te percaktuara qarte, ose te transferoje grante drejt pushtetit vendor, i cili i ndan ato sipas nevojave. Kjo *menyre financimi me shume nivele* mund te sjelle probleme lidhur me barazi/drejtesine ne sherbimet shendetesore. Zonat me te pasura apo me te zhvilluara, mund te grumbullojne me shume taksa, pra mund t'i financojne me mire sherbimet e tyre. Ne kete rast, edhe profili i sherbimeve shendetesore ne rajone te ndryshme do te ishte i ndryshem, pasi zonat e pasura do te kishin mundesi te ngrinin sherbime te reja dhe te pajisura me mire. Sidoqofte, ne nje sistem te decentralizuar, mungesa e barazi/drejtesise midis rajoneve eshte e veshtire te shmanget. Taksat mund te perdoren per te financuar aktivitete, institucione ose grupe te vecanta, qe veshtire se mund te financohen ndryshe, si psh, programet e imunizimit apo spitalet e bamiresise etj. Ne disa vende taksat perbejne financimin kryesor te sistemit te shendetesise.

Llojet e ndryshme te taksave rendojne ne menyre te pabarabarte tek grupet e ndryshme shoqerore. Taksat e shitjes dhe TVSH rendojne me teper mbi te varferit. Ndersa taksat mbi te ardhurat, nese jane progresive dhe mblidhen sic duhet, rendojne me teper mbi te pasurit.

Ekzistojne nje sere problemesh lidhur me financimin e shendetesise permes taksave:

- Se pari, meqenese ndarja e fondeve kalon nga qeveria, shendetesia duhet te *konkuroje* me sektore te tjere, shpesh here me te fuqishem.
- Se dyti, eshte menyre financimi qe varet shume nga *situata ekonomike e vendit*. Ne kushte veshtiresie ekonomike, pakesimi i buxhetit behet akoma me i theksuar.
- Se fundi, kjo menyre financimi varet se tepermi nga *aftesia e grumbullimit te taksave* si edhe pergjigja e qytetareve ne pagimin e taksave.

2. Sigurimet shendetesore

Kjo menyre financimi u krijua ne fundin e shekullit te kaluar, me qellim qe ne rast semundjeje, te sigurohej nje nivel i arsyeshem sherbimesh shendetesore, te cilat nuk do te mund te perballoheshin me pagesa te drejtperdrejta. Pra, sigurimet shendetesore *ulin rrezikun e mosperballimit te pagesave katastrofike*. Njekohesisht, ate funksionojne shpesh ne baze te ***parimit te solidaritetit***, qe nenkupton kontributin ne skeme te shumices, me qellim qe te *perfitoje ajo pakice qe ka me shume nevoje, ne momente te caktuara*. Se fundi, duhet thene se njerezit parapelqejne te paguajne per te siguruar shendetin e tyre vecmas dhe pa u perzjere me sistemin e pergjithshem te taksave, kundrejt te cilit qytetaret jane alergjike.

Ne rastin e *sigurimeve shendetesore publike ose shoqerore*, pagesat kryhen ne forme ***kontributi***, *qe mbahet nga pagat*. Ndersa shteti jep nje suplement pagesash, sidomos per te varferit. Ky kontribut eshte ne te vertete nje lloj taksimi, por ai shkon vetem per sherbimet shendetesore. Madhesia e kontributeve zakonisht percaktohet me ligj. Sistemet e sigurimeve shoqerore, historikisht kane mbuluar grupe te vecanta profesionale apo shoqerore dhe kjo forme ndeshet edhe sot e kesaj dite ne vende te ndryshme. Keshtu ekzistojne sigurime te vecanta per punonjesit e sektorit publik, per ushtaraket, per punetoret e industrive te vecanta, per studentet etj. Por ka edhe shembuj te shkrirjes se ketyre sigurimeve ne nje grup te vetem, megjithese vazhdojne te mbeten disa dallime, si persa i perket sasise se kontributeve, ashtu edhe lidhur me sherbimet qe perfitohen.

Modelet e organizimit te sigurimeve shendetesore perfshijne edhe menyren e organizimit te sherbimeve shendetesore. Per te ilustruar kete ide, duhet thene se skema e sigurimit konsiderohet si "***bleres i sherbimeve***". Ndersa sherbimet shendetesore mund te jepen nga nje ose disa entitete dhe keto quhen "***ofrues te sherbimeve shendetesore***". Keshtu, mund te ekzistoje nje skeme e vetme sigurimesh, qe blen sherbime shendetesore nga nje ofrues i vetem sherbimesh (Spanje, Hungari).
Ne kete rast, skema e sigurimeve zakonisht eshte nje organizem publik, ndersa sherbimet shendetesore ofrohen nga qeveria. Por ka edhe raste kur nje organizem i vetem sigurimesh blen sherbime nga shume ofrues sherbimesh. Keshtu skema e sigurimeve Medicare ne SHBA, eshte nje skeme e qeverise, qe blen sherbime shendetesore nga shume ofrues ne sektorin privat.

Ne disa vende mund te bashkekzistojne shume skema sigurimesh, qe blejne sherbime nga nje ofrues i vetem. Ne Republiken Ceke, shume kompani sigurimesh blejne sherbime shendetesore spitalore vetem nga spitalet shteterore. Dhe se fundi, ekziston nje forme krejtesisht e lire, ku shume kompani sigurimesh blejne sherbime shendetesore nga shume ofrues, qofshin keta publike apo private (psh, ne Gjermani apo disa vende te Amerikes Latine - Kili, Argjentine, Kolumbi). Ne kete rast, keto kompani mund te jene ne konkurence te plote ose jo (kur kane monopole territoriale ose mbi grupe te vecanta te popullsise), ne varesi te organizimit te ketyre skemave brenda nje vendi.

Kur skema e sigurimeve eshte e vetme, ajo ua imponon me lehte kushtet e saj ofruesve te sherbimeve shendetesore. Gjithashtu, edhe kur ofruesi i sherbimeve eshte i vetem, ai arrin te perfitoje cmime me te larta per sherbimet e tij nga skema te ndryshme, te paorganizuara midis tyre.

Suksesi i skemave publike apo shoqerore te sigurimeve shendetesore varen nga aftesia e tyre per te mbledhur kontributet, nga aftesia per te ndryshuar sasine e kontributeve, nga nderhyrjet ose jo te qeverise per te mbuluar deficitet e mundshme te skemes se sigurimeve apo perdorur ne menyre transparente dhe sipas nevojave tepricat e fondeve te mbledhura etj. Me qellim qe te arrihet njefare kontrolli mbi rritjen e shpenzimeve per sherbime shendetesore, do te ishte e keshillueshme qe:

- kontributet te mbahen te fiksuara,
- qeveria te mos angazhohet ne mbulimin e deficiteve te skemes se sigurimeve,
- te ekzistoje nje fond i vetem sigurimesh shendetesore ne rang vendi.

Prania e shume planeve apo kompanive te sigurimeve sjell rritje automatike te shpenzimeve per sherbime shendetesore. ***Sigurimet shendetesore private*** kane si vecori qe *madhesia e pagesave apo kontributeve nuk eshte e lidhur me te ardhurat e individeve dhe kjo sjell automatikisht perjashtimin e me te varferve nga skemat*. Kjo forme sigurimesh eshte teper e perhapur ne SHBA. Ne nje treg krejt te lire sigurimesh shendetesore, sigurimi mund te behet ne forme kolektive (psh, nepermjet ndermarrjes apo punedhenesit) si dhe ne forme individuale. Sigurimi individual sjell probleme te medha qe lidhen me dy dukuri:

- perzgjedhjen e mbrapshte (*adverse selection*, angl) nga ana e klienteve, qe do te thote se individet e semure kerkojne me cdo kusht te sigurohen. Kjo shton mundesine e rritjes se pakontrolluar te shpenzimeve nga kompanite e sigurimeve dhe i ve ne rrezik falimentimi.
- perzgjedhjen sipas riskut (*risk selection*, angl), qe do te thote se kompanite e sigurimeve preferojne te sigurojne kliente te rinj dhe pa rreziqe dhe bejne c'eshte e mundur qe te mos fusin ne planet e sigurimeve njerez te semure ose me risqe per shendetin.

Kompanite private te sigurimeve jane te organizuara ne menyra te ndryshme: disa kane qellime fitimi, te tjera jane ne formen e kompanive gjysem/shteterore, si dhe te OJF-ve. Nje pjese e kompanive i blejne sherbimet shendetesore nga ofrues te ndryshem, nepermjet negocimeve dhe kontraktimeve teper te koklavitura. Te tjera kompani sigurimesh i ofrojne vete sherbimet shendetesore. Ekzistenca e shume kompanive blerese te sherbimeve, si dhe e shume planeve te sigurimeve e shton se tepermi koston administrative te ketyre kompanive, qe ne SHBA arrin deri ne 35% te te ardhurave te tyre.

3. Pagesat e drejtperdrejta (Out of pocket)

Pagesat e drejtperdrejta jane burim tjeter financimi i sistemit te shendetesise dhe ekzistojne ne cdo vend te botes. Nese individet nuk jane te siguruar dhe duhet te paguajne 100% te sherbimeve shendetesore kur ju duhen, rreziku i pamundesise per ti perballuar shpenzimet eshte shume i madh.

Ne shumicen e rasteve, pagesat e drejperdrejta te qytetareve ne sistemin shendetesor, lejohen me qellim qe pacientet te mendohen dy here para se te vendosin te kerkojne nje sherbim te caktuar. Kjo sjell *shmangien e konsumit te panevojshem te disa sherbimeve shendetesore*. Njekohesisht, pagesat e drejtperdrejta perbejne nje burim shtese te ardhurash per sektorin e shendetesise.

Pagesat e drejtperdrejta kundershtohen per dy arsye:

- se pari, ate *ndeshkojne shtresat me te varfera te populllsise*, te cilat shpesh kane me shume nevoje se te tjeret per sherbime shendetesore, por kane me pak mundesi qe t'i blejne ato;
- se dyti, pagesat shpesh jane te organizuara ne formen e "pageses per sherbim", qe sjell automatikisht *rritje te ofertes nga personeli i shendetesise dhe nje konsum te panevojshem te sherbimeve mjekesore*, e per pasoje nje shtim te shpenzimeve totale te shendetesise.

Ne vende te varfera ndodh shpesh qe kryefamiljaret te marrin hua shuma te medha parash, te shesin ndonje prone a mall, apo te heqin nje femije nga shkolla, per te perballuar trajtimet e shtrenjta mjekesore, per ndonje nga anetaret e familjes se tyre. Ballafaqimi me korrupsionin i detyron shpesh njerezit e varfer qe te drejtohen ne klinika apo spitale, vetem ne rastet teper urgjente.

Ne vende te ndryshme te botes ndeshet shpesh edhe dukuria e ***pagesave te paligjshme*** apo sic quhen ndryshe "pagesat nen dore", dhe kjo po vihet re shpesh e me shpesh ne vendet ish-socialiste. Meqenese keto pagesa shkojne te gjitha ne xhepat e mjekeve dhe te personelit tjeter te shendetesise, ne shkembim te sherbimeve me cilesi me te mire, te barnave, te sherbimeve ndihmese etj, ata konsiderohen thjesht si nje shtese ne te ardhurat e personelit. Pagesat nen dore i shtojne ne menyre te ndjeshme shpenzimet e shendetesise. Sipas nje raporti te Bankes Boterore te botuar ne vitin 1993, pagesat nen dore ne Rumani dhe Hungari perbenin respektivisht 20% dhe 25% te shpenzimeve te pergjithshme te shendetesise.

Nje burim tjeter i financimit te shendetesise, sidomos per vendet ne zhvillim, jane edhe ***financimet nga donatoret e ndryshem***, te cilat mund te jene ***grante*** (fonde te dhena falas) ose kredi te llojeve te ndryshme, qe shkojne ne ndihme te sektorit te shendetesise.

Sistemet shendetesore te vendeve te zhvilluara perendimore

Ne baze te burimeve dhe menyrave te financimit, qe qendrojne ne themel te sistemeve shendetesore, vendet Europiane mund te ndahen si me poshte:

A. Vende me sisteme shendetesore te tipit Beverixh. Sistemi shendetesor Beverixh (Beveridge) u krijua ne Suedi ne vitet '30 dhe u pershkrua zyrtarisht me 1942, ne raportin Beverixh. Quhet ndryshe edhe "*sistem shendetesor kombetar*". Ne kete lloj sistemi, kujdesi shendetesor *financohet nga taksat, kontrollohet nga parlamenti dhe qeveria*; aksesi ndaj sherbimeve eshte ne pergjithesi pa pagese per cdo qytetar apo banor te atij vendi, megjithese mund te ekzistojne disa forma bashke-pagesash. Menaxhimi i sistemit behet ne pergjithesi nga punonjesit e shtetit. Mjeket jane nepunes qe paguhen "me rroge" ose "per fryme", ndersa spitalet marrin nje buxhet te pergjithshem. Ne kete grup perfshihen sistemet shendetesore te te gjitha vendeve skandinave, Italise, Greqise, Spanjes, Portugalise, Britanise se Madhe si dhe Kanadase.

Tabela 1. Burimet e financimit te sherbimeve shendetesore te vendeve te ndryshme (OECD)

Burimi i fondeve	Shtetet			
	Norvegji Suedi Britani (%)	RFGJ (%)	Belgjike France (%)	SHBA (%)
Taksat	**85**	**15**	**10**	**35**
Sigurime shendetesore publike ose shoqerore	**-**	**60**	**60**	**-**
Sigurimet private	**5**	**10**	**10**	**30**
Pagesat e pacienteve	**10**	**15**	**20**	**35**

B. Vende me sisteme shendetesore te tipit Bismarck (sisteme me sigurime shendetesore) u frymezuan nga modeli gjerman, i cili u krijua me 1883. Ne keto sisteme, kujdesi shendetesor financohet nga *kontribute te detyruara, te cilat u paguhen fondeve te sigurimeve shendetesore nga punedhenesit si dhe punemarresit*. Keto fonde sigurimesh, ne shumicen e rasteve organizohen ne baza profesionesh dhe menaxhohet nga perfaqesues te te siguruarve. Nje pjese e kujdesit shendetesohet financohet edhe nepermjet taksave. Qytetaret qe nuk mbulohen nga keto sigurime te tipit shoqeror, mbulohen nepermjet taksave ose sigurimeve private. Kujdesi mjekesor ofrohet nga mjeke te vete-punesuar, te cilet paguhen sipas formes "per sherbim". Spitalet paguhen me buxhete globale. Ne kete grup vendesh hyjne Gjermania, Austria, Belgjika, Hollanda dhe Franca.

SHENDETI I POPULLATES DHE SISTEMET SHËNDETËSORE

- **Burimet e Financimit / Mënyrat e pagesave**
- **Deçentralizimi**

BURIMET E FINANCIMIT SHËNDETËSOR

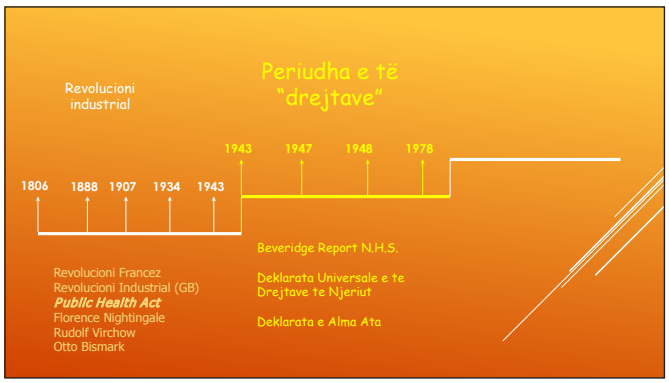
- **Burimet e financimit të sistemeve shëndetësore janë të ndryshme** dhe secili vend ka zgjedhur menyra financimi të ndryshme, në varësi të rrethanave historike dhe shoqërore. Nuk mund të thuhet se një mënyrë financimi është më e mirë se tjetra, pasi mënyra të ndryshme funksionojnë më mirë ose më keq në shoqëri të ndryshme.

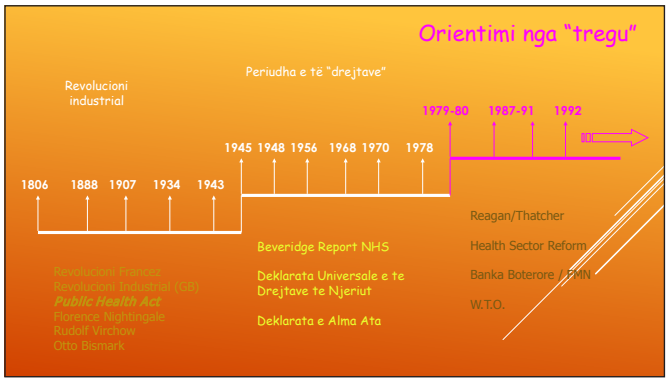
- **Çdo mënyrë financimi ka të mirat dhe të metat e veta**. Është vështirë që në një sistem shëndetësor të gjesh kategori të pastra financimi; kjo, pasi sisteme të ndryshme shëndetësore, përmbajnë burime dhe metoda të perzjera të financimit.

Revolucioni Industrial

1806 1848 1883 1888

Revolucioni Francez
Revolucioni Industrial (GB)
Public Health Act
Florence Nightingale
Rudolf Virchow
Otto Bismark


Revolucioni industrial
Periudha e të "drejtave"
1806
1888
1907
1934
1943
1943
1947
1948
1978
Revolucioni Francez
Revolucioni Industrial (GB)
Public Health Act
Florence Nightingale
Rudolf Virchow
Otto Bismark
Beveridge Report N.H.S.
Deklarata Universale e te Drejtave te Njeriut
Deklarata e Alma Ata


Orientimi nga "tregu"
Revolucioni industrial
Periudha e të "drejtave"
1806
1888
1907
1934
1943
1945
1948
1956
1968
1970
1978
1979-80
1987-91
1992
Revolucioni Francez
Revolucioni Industrial (GB)
Public Health Act
Florence Nightingale
Rudolf Virchow
Otto Bismark
Beveridge Report NHS
Deklarata Universale e te Drejtave te Njeriut
Deklarata e Alma Ata
Reagan/Thatcher
Health Sector Reform
Banka Boterore / FMN
W.T.O.


1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE
HERO APO HAJDUT?
WHO WAS ROBIN HOOD?
Robin Hood
1200 - 1300

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

E vërteta reale është se të pasurit nuk paguajnë taksa, pasi është klasa e mesme ajo që paguan për të varfrit sidomos klasa e mesme e shkolluar me të ardhura të larta.

Historiku i taksave:

- *1800 – 1865: Integrohet fillimisht ideja e mbledhjes së parave për të paguar shpenzimet luftarake në Angli & Amerikë;*
- *1874 – 1913: Bëhet e përhershme taska mbi të ardhurat (duke rënduar me shume tek të pasurit);*

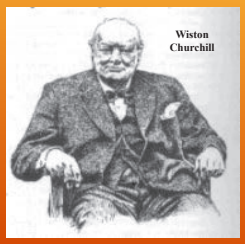
"Kur i shijoi paratë, shtetit iu rrit oreksi"

- *Në momentin kur shteti taksoi klasat e mesme dhe të varfera, të pasurit kishin avantazhin e eksperiencës, duke manovruar për fshehjen e tyre, në krijimin e korporatave (**ku taskat e korporatave ishin më të vogla se taksat mbi individin**).*

Ideja e "marrjes nga të pasurit" iu kthye vetë njerëzve të cilet e votuan atë.

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

THE BEVERIDGE REPORT (1942)



- Health Care
- Education
- Social Security

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

Financimi i shëndetësisë nëpërmjet taksave është organizuar në vende ku qeveria ka përgjegjësi për:

- *Ofrimin direkt të shërbimeve shëndetësore (shumica Inst. Publike),*
- *Financimin e shërbimeve nga të ardhurat e përgjithshme,*
- ***MBULIMIN UNIVERSAL**.*

Kjo mënyrë financimi varet shumë nga:

- *Vullneti i qytetarëve për të paguar taksat;*
- *Aftësia e administratës për t'i mbledhur dhe menaxhuar taksat.*

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

Në vendet në zhvillim, ku ka më shumë ndërmarrje të vogla, bujq të pavarur apo aktivitet ekonomik informal, dhe ku administrata publike është e dobët, taksat kryesore, që shërbejnë si burim të ardhurash janë taksat e import/eksportit (dogana), pasi ato janë më të lehta për t'u mbledhur.

Në vendet e zhvilluara, burim kryesor i të ardhurave janë taksat e shitjeve - taksat mbi të ardhurat dhe TVSH. Ndonjëherë, këto vende kanë edhe taksa të posaçme, si psh, taksat mbi duhanin dhe alkoolin (*akciza*).

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

Taksat mund të mblidhen nga:

- pushteti qëndror *dhe/ose*
- nga pushteti lokal

Financimi i shëndetesisë mund të bëhet nëpërmjet një sistemi të përzjerë taksash. Në këto raste, qeveria qëndrore mund të:

- financojë programe apo shërbime të mirë percaktuara, *ose*
- transferojë grante drejt pushtetit vendor, i cili i ndan ato sipas nevojave.

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

Kjo mënyrë sjell ***probleme me barazinë dhe drejtësinë*** në shërbimet shëndetësore. Zonat më të pasura e të zhvilluara, mbledhin më shumë taksa dhe financojnë më mirë shërbimet.

Në këtë rast, edhe profili i shërbimeve shëndetësore ndryshon, pasi zonat e pasura mund të ngrenë shërbime të reja dhe të pajisura mirë. Sidoqoftë, në një sistem të deçentralizuar, mungesa e barazisë / drejtesisë midis rajoneve është e vështirë të shmanget.

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

***Përparesitë*:**

- Mbulim i plotë i popullatës (*universal*) ;
- Mundësia e rritjes së burimeve (*shtrirja e bazës së burimeve nga taksat dhe burimet e tjera*) ;
- Qeverisje e thjeshtë dhe potencial për efiçiencë administrative në kontrollin e kostove.

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

Problemet:

- **Paqëndrueshmëri**: Meqënëse ndarja e fondeve kalon nga qeveria, shëndetësia duhet të konkurojë me sektorë të tjerë, shpesh herë më të fuqishëm.
- Kjo mënyrë financimi varet nga situata ekonomike e vendit. Në vështirësi ekonomike, pakësimi i buxhetit bëhet akoma më i theksuar.
- Varet gjithashtu së tepërmi nga aftësia e grumbullimit të taksave si edhe përgjigja e qytetarëve në pagimin e tyre.

- **Përfitime të shpërpjesshme për të pasurit**:
  - Për shkak të prirjes së të varferve për të perdorur më pak shërbim gjatë sëmundjeve,
  - Infrastruktura dhe aksesi në zonat lokale,
  - Mos përballimi nga pagesat "informale" kundrejt stafit spitalor.

- **Inefiçiencë në shpërndarjen e kujdesit shëndetësor**: infrastruktura, stafi, abuzimet, teknologjia etj. .

1. FINANCIMI NËPËRMJET TAKSAVE

***Mundësitë e realizimit të sistemit në vendet në zhvillim*:**

- Kapaciteti i rritjes së burimeve;
- Cilësia e qeverisjes dhe institucioneve;
- Aftësia për të patur si objekt të varfërit, por duke ruajtur Universalitetin;

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE



Rudolf VIRCHOW
(1821-1902)

Otto Bismark

« Mjekësia është një shkencë sociale dhe politika është mjekësi në shkallë më të gjerë»

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

The government is not the solution.
It is the problem.

1979



1980

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

Kjo mënyrë financimi siguron, në rast nevoje, një nivel të arsyeshëm shërbimi shendetesor, që nuk përballohet me pagesa të drejtperdrejta.

- Sigurimet shëndetësore ulin rrezikun e mospërballimit të pagesave katastrofike;
- Kanë në bazë *parimin e solidaritetit* - kontribut në skemë i shumicës, me qëllim që të përfitojë pakica, e cila ka më shumë nevojë në momente të caktuara;
- Njerëzit preferojnë të paguajnë për sigurimin e shëndetit të tyre veçmas dhe pa u përzjerë me sistemin e përgjithshëm të taksave, kundrejt të cilit qytetarët janë "alergjikë".

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

- Në rastin e sigurimeve shëndetësore publike ose shoqërore, pagesat kryhen në formë ***kontributi***, që mbahet nga pagat; ndërsa shteti jep një suplement pagesash, sidomos për të varfërit. Ky kontribut është në fakt një "taksë", por ai shkon vetëm për shërbimet shëndetësore. Madhësia e kontributeve zakonisht përcaktohet me ligj.
- Sistemet e sigurimeve shoqërore mund të mbulojnë grupe të veçanta profesionale apo shoqërore – psh. sigurime të veçanta për punonjës të sektorit publik, ushtarakë, punetorë të industrive të veçanta, studentë etj.
- Por këto sigurime mund të shkrihen edhe në një grup të vetëm, megjithëse mbeten disa dallime, si përsa i përket sasisë së kontributeve, ashtu edhe lidhur me shërbimet, që përfitohen.

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

- Modelet e organizimit të sigurimeve shëndetësore përfshijnë edhe mënyrën e organizimit të shërbimeve shëndetësore – në fakt skema e sigurimit konsiderohet si **"blerës i shërbimeve"**.
- Shërbimet shëndetësore mund të jepen nga një ose disa entitete, që quhen "**ofrues të shërbimeve shëndetësore**":
- Mund të ekzistojë **një skemë e vetme sigurimesh**, që blen shërbime shëndetësore nga **një ofrues i vetëm shërbimesh**. Skema e sigurimeve zakonisht është organizëm publik, ndërsa shërbimet ofrohen nga qeveria.
- Mundet që **një organizëm i vetëm sigurimesh** të blejë shërbime nga **shumë ofrues shërbimesh**. *Kështu skema e sigurimeve Medicare ne SHBA, blen shërbime shëndetësore nga shumë ofrues në sektorin privat*.

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

- Në disa vende bashkëkzistojnë **shume skema sigurimesh, që blejnë shërbime nga një ofrues** i vetëm (më shpesh Q.SH. apo spitale shtetërore).
- Ekziston edhe një formë krejt e lirë, ku **shumë kompani sigurimesh blejnë shërbime** nga shumë ofrues publikë apo privatë. Kompanitë mund të jenë në konkurencë ose jo (kur kanë monopol territorial ose mbi grupe të veçanta të popullsisë), në varësi të organizimit të skemave në këtë vend.
- **Kur skema e sigurimeve është e vetme**, ajo ua imponon më lehtë kushtet e saj ofruesve të shërbimeve shëndetësore.
- **Kur ofruesi i shërbimeve është i vetëm**, ai arrin të përfitojë çmime më të larta për shërbimet e tij nga skema të ndryshme, të paorganizuara midis tyre.

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

Suksesi i skemave shoqërore të sigurimeve shëndetësore varen nga**:**

- Aftësia për të mbledhur kontributet,
- Aftësia për të ndryshuar sasinë e kontributeve,
- Ndërhyrjet ose jo të qeverisë për të mbuluar defiçitet e mundshme të skemës së sigurimeve apo përdorur në mënyrë transparente dhe sipas nevojave tepricat e fondeve të mbledhura, etj.

2 – 3 . SIGURIMET SHËNDETËSORE

Kompanitë private të sigurimeve organizohen në mënyra të ndryshme:

- Disa kanë **qellime fitimi**,
- Disa janë në formë kompanish **gjysëm/shtetërore**,
- Disa janë në formën e **OJF**.
- Disa kompani **blejnë shërbime shëndetësore nga ofrues** të ndryshëm, nëpërmjet negocimeve dhe kontraktimeve të nderlikuara.
- Disa të tjera, **ofrojnë vetë shërbime** shëndetësore.

Ekzistenca e shumë kompanive blerëse të shërbimeve, si dhe e shumë planeve të sigurimeve e shton koston administrative të këtyre kompanive (*në SHBA arrin në 35% të të ardhurave të tyre*).

A. SIGURIMET SHËNDETËSORE *SOCIALE (BISMARK)*

- Financim kryesisht nga ***kontributet e pagave*** *(anetarësim publik i detyruar)*,
- Menaxhimi nga fonde të sigurimeve jofitimprurese (*autonomi nga qeveria*),
- Ekzistenca e një pakete përfitimesh:
  - *Fond i vetëm për tërë popullsinë,*
  - *Fond i vetëm për zona gjeografike të veçanta,*
  - *Fonde të shumëfishta jo konkuruese për një zonë gjeografike,*
  - *Fonde të shumëfishta konkuruese.*

Përparësitë e Sigurimit Shëndetësor Social:

- *Më shumë burime për sistemin e kujdesit shëndetësor,*
- *Varësi më e vogël karshi buxhetit të shtetit,*
- *Dimension i lartë rishpërndarës,*
- *Mbështetje e lartë nga popullsia.*

Dobësitë e Sigurimit Shëndetësor Social:

- *Përjashtim i mundshëm i të varfërve,*
- *Ndikim negativ ekonomik i kontributeve të listpagesave,*
- *Natyrë komplekse dhe e kushtueshme menaxhimi,*
- *Mbulim i mangët për sëmundje kronike dhe kujdes parandalues*

A. SIGURIMET SHËNDETËSORE *SOCIALE (BISMARK)*

***Mundesitë e realizimit të sistemit në vendet në zhvillim*:**

- Niveli i të ardhurave (*pa mundesi per te mobilizuar burime shtese*)
- Madhësia e sektorit informal;
- Shpërndarja e popullsisë;
- Kufij për të rritur kostot e punës;
- Kapaciteti administrativ;
- Infrastrukturë e një cilësie të mirë të kujdesit shëndetësor;
- Ekzistenca e një konsensusi në favor të sigurimit shëndetësor social;
- Stabiliteti dhe të drejtat politike.
- Kapaciteti i qeverisë për të zgjeruar sig. shënd. Shoqëror (*informaliteti*)

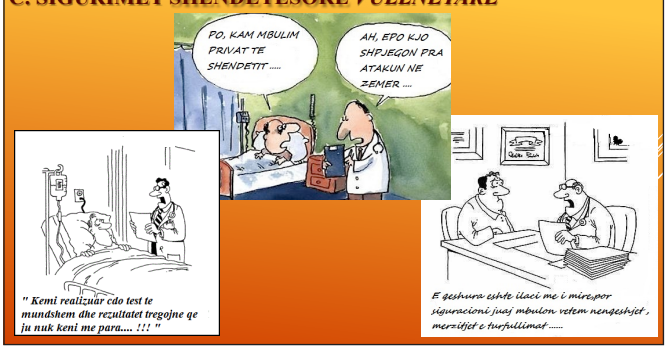
B. SIGURIMET SHËNDETËSORE *KOMUNITARE*

- Mbulim mjeksor i një popullate homogjene (karakteristika të perbashketa) që nuk kanë akses në format e tjera të mbrojtjes formale mjeksore (kryesisht vendet e varfëra),
- Komuniteti është fuqimisht i përfshirë në menaxhimin e sistemit., dhe ndajnë një rend vlerash sociale.
- Ekzistenca e formave të ndryshme sipas:
  - *Pronesise se tyre (skema te klanit tradicional, rrjeteve etnike, levizjeve shoqerore etj).*
  - *Kriterit gjeografik dhe socioprofesional,*
  - *Rreziku tipi 1 – ngjarje me kosto te larte dhe frekuence te ulet,*
  - *Rreziku tipi 2 – ngjarje me kosto te ulet dhe frekuence te larte.*

Përparësite:
- *Mbulim dhe akses i mire per njerezit me te ardhura te uleta,*
- *Mbulon boshllekun e skemave te tjera te financimit.*

Dobësitë:
- *Mbrojtje te kufizuar per anetaret,*
- *Qendrueshmeria eshte e shume e diskutueshme,*
- *Perfitim i kufizuar per pjesen tjeter me te varfer,*
- *Ndikim i kufizuar ne shperndarjen e kujdesit.*

C. SIGURIMET SHËNDETËSORE *VULLNETARE*



C. SIGURIMET SHËNDETËSORE *VULLNETARE*

- Sigurimi privat (vendet me të ardhura të larta),
- Ekzistenca e formave te ndryshme:
  - *Sig. shëndetësore që sigurojnë mallra private (shërbime shëndetësore më tepër personale),*
  - *Sig. shëndetësore e siguruar nga org. private (fitim prurëse),*
  - *Sig. shëndetësore i karakterizuar nga prime sigurimesh jo të bazuara nga të ardhurat.*

- **Përparësitë e sigurimit shëndetësor vullnetarë**:
  - *Siguron mbrojtje financiare (krahas shpenzimeve nga xhepi),*
  - *Rrit aksesin në shërbimet shëndetësore,*
  - *Rrit kapacitetin e shërbimit dhe promovon inovacion,*
  - *Ndihmon financ. e shërbimeve të pambuluara nga shteti.*

- **Dobësitë e sigurimit shëndetësor vullnetarë**:
  - *Barriera financiare për të arritur aksesueshmërinë (paqëndrueshmëria e çmimeve)*
  - *Akses të diferencuar të theksuar për kujdes shëndetësor,*
  - *Lënë mënjanë pjesën e popullsisë në nevojë (cream screaming, përzgjedhje e keqe),*
  - *Shpenzime të mëdha administrative.*

4. PAGESAT E DREJTPËRDREJTA

Pagesat direkte janë burim tjetër financimi i sistemit të shëndetësisë. Nëse individët nuk janë të siguruar dhe duhet të paguajnë 100% të shërbimit, pamundësia për t'i përballuar shpenzimet është shume e madhe.

Në shumicën e rasteve, lejimi i pagesave direkte të qytetareve, synon **shmangien e konsumit të panevojshëm** të disa shërbimeve - *që pacientet të mendohen dy herë para se të kërkojnë një shërbim.*

Pagesat direkte kundershtohen per dy arsye:

- **ndëshkojnë shtresat më të varfëra** të popullsisë, që shpesh kanë më shumë nevojë se të tjerët për shërbime, por kanë më pak mundësi t'i blejnë ato;
- pagesat shpesh organizohen si "pagesë për shërbim", që sjell **rritje të ofertës nga personeli i shëndetësisë** dhe konsum të panevojshëm të shërbimeve, pra shtim të shpenzimeve totale të shëndetësisë.

4. PAGESAT E DREJTPËRDREJTA

Në shumë vende ndeshen edhe '**pagesa nën dorë**'. Meqënëse këto pagesa shkojnë të gjitha neë xhepat e personelit shëndetësor, në shkëmbim të shërbimeve me cilësi më të mirë, ato konsiderohen thjesht si një shtesë në të ardhurat e personelit. Pagesat nën dorë shtojnë në menyrë të ndjeshme shpenzimet e shëndetësisë.

Një burim tjetër financimi i shëndetësisë, sidomos për vendet në zhvillim, janë financimet nga **donatoret**, të cilat mund të jenë në formën e:

- **kredive** për mbeshtetjen e projekteve të ndryshme;
- **granteve** në ndihmë të sektorit shëndetësor.

Efiçienca e Shpenzimeve Qeveritare

Deçentralizimi

DEÇENTRALIZIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR

"E vetmja alternative ndaj burokracisë ... është një kthim të organizatat e një madhësie më të vogël..."

Max Weber (1947)

DEÇENTRALIZIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR

Argumenti i përgjithshëm për deçentralizimin është që rritja e pjesëmarrjes së komunitetit në veprimtaritë lokale të shëndetësisë, shoqërohet me përmirësim të cilësisë dhe rritje të sasisë së shërbimeve.

- **Disa veçori të shërbimit shëndetësor (natyra tradicionale e disa shërbimeve, rëndesia e trainimit dhe mbikqyrjes së personelit) e bëjnë decentralizimin në shëndetësi me kompleks e të vështirë se në fushat e tjera të shërbimeve.**
- **Meqë deçentralizmi i shërbimit shëndetësor është shpesh zgjedhje politike, përfitmet teorike e largojnë vëmëndjen nga përvojat dhe përfundimet konkrete aktuale (që janë mjaft të përziera).**
- **Pa planifikim të përshtatshëm dhe njohje të pervojave të vendeve të tjera, deçentralizimi në shëndetësi është zhgenjyes dhe, ndonjëherë, edhe shkatërrimtar.**

ÇFARË ËSHTË DEÇENTRALIZIMI?

Termi "deçentralizim" përdoret për të përshkruar një tërësi marrëveshjesh të transferimit të pushtetit dhe sistemeve të përgjegjëshmërisë.

Në përgjithësi, kuptohet **zhvendosja e autoritetit** apo **shpërndarja e pushtetit** lidhur me **planifikimin, manaxhimin dhe vendim-marrjen** në sektorin publik, nga qendra në periferi apo nga niveli kombëtar në nivele nën-kombetare.

Parametrat e deçentralizimit - *shpejtësia, presioni dhe hapësira e problemeve, që merren në konsideratë* - ndryshojnë në mënyrë të ndjeshme nga njëri vend në tjetrin.

Deçentralizimi në sistemin e shëndetësisë merr **forma të ndryshme**, që varen nga objektivat dhe strukturat politike/administrative të qeverisë, si dhe nga menyra e organizimit të sistemit shëndetësor.

Ka katër **forma kryesore të deçentralizimit administrativ**:

- ***Dekonçentrimi***
- ***Devoluimi***
- ***Delegimi***
- ***Privatizimi***

1. DEKONÇENTRIMI

Dekonçentrimi (*transferimi*) është **kalim i autoritetit administrativ** nga M.SH. në zyrat e saj lokale. Kjo është **shkalla më e ulët** e deçentralizimit, pasi autoriteti më i lartë delegon njëfarë pushteti, por jo ***përgjegjësi***. Kështu, ky delegim mund të terhiqet, në varësi të rrethanave.

Dekonçentrimi mund të marrë **dy forma**:

- **Vertikal** - dhënia e autoritetit një zyre lokale të MSH, që i jep llogari MSH. Kështu lejohet kryerja e detyrave të caktuara administrative dhe u jepen disa kompetenca zyrtarëve lokale, duke mundësuar manaxhimin e shëndetësisë, pa iu drejtuar gjithnjë MSH.
- **I integruar** - nënkupton emërimin e një përfaqësuesi rajonal të qeverisë (psh, ***prefekti***), që i jep llogari një instance qeveritare (Ministrisë) dhe përgjigjet për funksionet/sektorët e qeverisë në nivel lokal. Administrata lokale e shëndetësise i jep llogari prefektit për problemet dhe manaxhimin e përditshëm, ndersa MSH ushtron supervizim teknik mbi stafin lokal.

2. DEVOLUCIONI / DEVOLUIMI

Devolucioni nënkupton **kalimin e kompetencave drejt pushtetit lokal, që ka status ligjor të veçantë** dhe është i pavarur nga pushteti qëndror, për një numër funksionesh.

Organet lokale **mbledhin taksa** (por marrin edhe grante) dhe **kryjnë shpenzime në mënyrë tepër autonome**, pra pa marre leje nga pushteti qëndror. Devoluimi i kompetencave në shëndetësi sjell dy probleme:

- **Pushteti lokal nuk përballon dot me taksat lokale shpenzimet operative** të sherbimeve shëndetësore, që janë të mëdha, pra autoritetet vendore do të varen nga grantet e pushtetit qëndror (ulje e autonomisë). Kohët e fundit, ka prirje për mostransferim të financimit të shërbimeve shëndetësore drejt pushtetit lokal.
- Devoluimi e **veshtirëson krijimin e piramidës së integruar të shërbimeve shëndetësore** mbi baza lokale. Përvoja e vendeve të zhvilluara tregon se mund të devoluohen drejt pushtetit vendor kompetencat mbi shërbimet e shëndetësisë, por kjo kërkon mbajtjen e një roli të rëndesishëm nga shteti për financimin e këtyre shërbimeve dhe krijimin e kapaciteteve për manaxhimin efikas të këtyre shërbimeve në nivel lokal.

3. DELEGIMI

Delegimi nënkupton transferimin e përgjegjësisë për manaxhimin e funksioneve të caktuara, drejt **organizatave, që janë jashtë strukturave të qeverisë** dhe që kontrollohen vetëm në mënyrë indirekte nga qeveria qëndrore *(pra transferim i pergjegjesive drejt niveleve me te uleta organizative).*

Kjo bëhet me qëllim që të **mënjanohet mungesa e efikasitetit të manaxhimit** që ndeshet shpesh në sektorin publik, si edhe për të zgjidhur problemet nëpërmjet strukturave më elastike dhe me një kosto të arsyeshme.

Shpesh herë, përgjegjësia përfundimtare mbetet mbi qeverinë, por organizmi gjysëm-shtetëror, të cilit i janë deleguar kompetencat, ka **autonomi të mjaftueshme për të vepruar**. Një shembull i delegimit janë *bordet e manaxhimit të spitaleve universitare apo transferimi i manaxhimit të shërbimeve shëndetësore drejt shoqërive të sigurimeve shëndetësore.*

4. PRIVATIZIMI

Privatizimi nënkupton kryerjen e funksioneve të qeverisë nga **organizma vullnetare**, të cilat mund të kenë ose jo qëllime fitimi, por që i nënshtrohen në shkallë të ndryshme rregullimit nga qeveria.

Privatizimi bëhet për **shumë arsye**:

- Pamundësia e qeverisë për të përballuar të gjitha shërbimet shëndetësore, që i nevojiten popullsisë, ç'ka sjell edhe shfrytëzimin e burimeve alternative të financimit (*pagesat direkte nga pacientët*);
- Mungesa e dëshirës/vullnetit për të ofruar shërbime, që shoqeria heziton t'i pranojë hapur apo tërësisht (si, *planifikimi familjar apo abortet*);
- Disa shërbime tradicionalisht janë ofruar nga sektori privat, *psh, shërbimi infermieristik në shtëpi*.
- Kohët e fundit, dominojnë pirjet ideologjike, të cilët i japin rëndësi shoqërisë së tregut të lirë.

PËRFITIMET E DEÇENTRALIZIMIT

- *Përmirëson efiçencën teknike nëpërmjet bërjes së qeverisjes lokale të **vetëdijshme kundrejt kostove** dhe duke dhënë më shumë liri në kontraktimin me ofruesit.*
- *Përmirëson efiçencën alokuese pasi komuniteti lokal **rendit më mirë në linje listën e shpenzimeve** dhe sherbimeve ne nivel lokal.*
- *Përmirëson drejtesinë, pasi autoritetet lokale **njohin më mirë realitetin e grupeve në nëvoje**, duke i përshtatur shpenzimet dhe shërbimet përkatëse.*
- *Nxit inovacionin e ofrimit të shërbimeve përmes **eksperimentimit dhe përshtatjes së modeleve** të ndryshme.*
- *Përmirëson cilësinë, transparencën, llogaridhënien dhe ligjshmërinë, pasi **komuniteti përfshihet në përmirësimin e vendimeve**.*

KRITIKAT E DEÇENTRALIZIMIT

- *Çrregullime të mundshme të ekonomisë së shkallës dhe pakësim në të mirat kryesore publike (si psh. kërkimi dhe zhvillimi).*
- *Dublikime dhe mungesë efiçience për shkak të ndarjes të strukturave administrative në menaxhimin e furnizimit dhe financimit të kujdesit shëndetësor.*
- *Shpërndarje më e vështirë e rrezikut, pasi popullsitë e vogla kanë mekanizma të veçantë financimi.*
- *Shpesh herë mbetet e diskutueshme fakti që qeverisja lokale është më mirë në vendosjen e objektivit të grupeve margjinale krahas asaj qëndrore.*
- *Rrezik që elitat (të pasurit) të "uzurpuojnë" autoritetet deçentralizuese dhe të pengojnë marrjen e shërbimeve nga ata që kanë më shumë nevojë.*

TEMA 12

Evolucioni historik i shkencës së ekonomiksit të shëndetit

Mjedisi ideologjik orienton në të gjitha nivelet zhvillimin e sistemeve të shëndetit në botë duke kushtëzuar alternativat (opsionet) dhe vendimet politike.
Megjithatë, ashtu sikurse çdo ideologji nuk mund të jetë një çelës magjik, asnjë lloj sistemi shëndeti nuk mund të jetë i përsosur.
Kështu, shtrohen shumë probleme të karakterit etik, nga të cilat kryesori është vetë koncepti i ekonomisë së shëndetit.

Rëndësia e ideologjive në evoluimin e sistemeve të shendetit

Studimi i shkencave shoqërore dhe ekonomike ndihmon për të bërë krahasime pasi objekti i tij është kërkimi i të shpjeguarit se si shoqëritë e ndryshme kanë interpretuar dhe aplikuar organizimin e tyre. Interesi i tij është pra i përqendruar në dallimet dhe diversitetet e këtyre shoqërive.
Koncepti i ideologjisë mund të konsiderohet si tërësia e përfaqësimeve mendore që dalin në pah sapo njerëzit hyjnë në marrëdhënie me njëri tjetrin. Mitet, fetë, parimet etike, zakonet dhe programet politike janë ideologji, të para në këtë perspektivë. Por popujt kanë përdorur gjithnjë ideologjitë pasi ata kanë pasur nevojë të pozicionohen në një përfaqësim koherent të botës, d.m.th. të propozojnë përgjigje për pyetjet që shtrojnë.
Kështu, bëhet fjalë në një farë mënyre për një nevojë interpretimi të botës, një lloj çmimi për t'u paguar nga njerëzit për të ndërtuar të ardhmen e tyre në mes të pasigurive dhe konflikteve. Këto dallime të perceptimit të botës influencojnë kështu në mënyrë direkte mbi organizimin e shërbimeve të shëndetit. Në këtë perspektivë përvijohet një konflikt midis popullsisë aktive dhe tërësisë së popullatave inaktive (personave të moshuar, të sëmurë, invalidë, fëmijë, apo të papunë) që synojnë të përfitojnë të njëjtat kushte jetese si edhe popullata aktive.
Ky konflikt është i pranishëm në të gjitha luftërat shoqërore dhe ushqen një frikë kolektive në fusha të ndryshme:

- Fundi i kapitalizmit, nëse kërkesat e njerëzve joproduktivë janë shumë të mëdha.
- Mosbesim ndaj popullsive fatkeqe (të varfërve) që mund të abuzojnë duke kërkuar shërbime që s'u takojnë.

- Tema e prishjes (shkatërrimit) mjedisor, aq shumë e dashur për ekologjistët.

Ja për shembull sesi tentojnë të evoluojnë sistemet e shëndetit në funskion të dy tipave të mëdha të kolektivitetit që bashkekzistojnë aktualisht në botë: shoqëritë e quajtura "në zhvillim e sipër" dhe shoqëritë e quajtura "të zhvilluara".

Shoqëritë e quajtura "në zhvillim e sipër"

Në bashkësitë primitive, ideologjitë janë të bazuara në një pjesë të madhe në parimin e autoritetit (kryefamiliari, kryeplaku, apo kryetari i fisit).
Zhvillimi i këtyre shoqërive është ngurtësuar pasi parimi i autoritetit ka të bëjë me riprodhimin e sjelljeve, dhe jo të prodhimit të diçkaje të re. Meqë e "vërteta" është thënë tashmë, progresi konsiderohet si një kërcënim në integritetin e grupit. Nocionet e sëmundjeve por edhe të vdekjes konsiderohen si të natyrshme dhe si të pashmangshme, ç'ka shpjegon mundësinë e sistemit të vërtetë të shëndetit si dhe këmbënguljen e një mjekësie në të shumtën e rasteve soditëse.
Përsa i përket organizimit shoqëror të shoqërive në zhvillim e sipër, të moshuarit kanë një funskion të rëndësishëm në transmetimin e ideologjisë, ndërsa gratë shpesh nuk vlerësohen dhe merren kryesisht me detyrat e të ushqyerit. Të rinjtë, përkundrazi, konsiderohen si një forcë e vërtetë e grupit sepse janë ata që kanë detyrën e riprodhimit të së shkuarës në një të tashme të përjetshme.
Në Afrikën subsahariane, për shembull, fillimet e kolonizimit kanë lejuar lindjen e një embrioni të sistemit të shëndetit duke pasuar kështu mijëvjeçarët e mjekësisë tradicionale. Kështu, pak nga pak u krijuan qendra mjekësore në anglomeracionet e mëdha si dhe disa dispanceri të rralla dhe të shpërndara nëpër territore. Dendësia e këtyre institucioneve të ndryshme zovgëlohej nga bregdeti drejt territorit të brendshëm në funksion të disa rrugëdaljeve. Vetëm një përqindje shumë e paktë e popullsisë, që banonte në afërsi të këtyre strukturave ku mund të kryhej transporti, mund të shpresonte të përfitonte nga këto shërbime sanitare.
Megjithë përmirësimet në kohë, funksionimi i shërbimeve shëndetësore në Afrikë ende nuk është efikas. Kjo lidhet, në pjesën më të madhe, me faktin se ky model organizimi shëndetësor është ndikim perëndimor dhe nuk transplantohet lehtësisht në një mjedis tradicional.
Problemi i bashkësisë ndërkombëtare me dëshirën për të përmirësuar nivelin e shëndetit të këtyre popullsive është pra të dihet aktualisht nëse konceptohet të bëhet një lloj "drejtimi sanitar", apo të rekomandohet një ideologji e ruajtjes së organizimeve lokale. Është pra, një zgjedhje shumë e vështirë që ngre probleme të shumta ideologjike dhe politike: pavarësia, mosndërhyrja, neokolonializmi, etj.

Shoqëritë e quajtura "të zhvilluara"

Bashkësitë e tipit perëndimor janë zhvilluar sepse infrastrukturat ekonomike kanë qenë të bazuara gjithnjë në shkëmbime komplekse. Ideologjitë e ndryshme që vijnë njera pas tjetrës nuk i'a kanë dalë asnjëherë mbanë të vendosin në shoqëri të tashmen e të përjetshmen dhe progresi konsiderohet më tepër si një premtim sesa një kërcënim.
Kjo shpresë e një bote "më të mirë" ka lejuar mjekësinë të zhvillohet për të luftuar sëmundjet në vend që t'i pësojë ato.
Në fakt, këto shoqëri nuk janë zhvilluar në mënyrë të rregullt. Periudha stanjacioni pak a shumë të zgjatura (Mesjeta) janë alternuar me periudha të evolucionit të shpejtë (Rilindja Italiane, periudha moderne) si dhe periudha regresioni (totalitarizmat). Këto periudha regresioni karakterizohen nga një kthim në një ideologji arkaike e bazuar në frikën ndaj së ardhmes si dhe në zgjedhjen e një regjimi politik të tipit diktatorial (fashizmi, komunizmi i tipit sovietik ose kinez). Ideologjia zyrtare, që nga momenti që ajo është e detyrueshme, i kompromenton vlerat njerëzore.
Ashtu si në shoqëritë në zhvillim e sipër, nocionet e përsëritjes janë futur, por të aplikuara në këtë rast në një shoqëri komplekse. Parimi i autoritetit bëhet normë për një kohë dhe qetëson edhe popullsitë.
Në këto rrethana totalitare, sistemi shëndetësor është refleksi i ideologjisë dominuese:

- Programet e shëndetit që favorizojnë fëmijërinë janë të privilegjuara, pasi fëmija edukohet në mënyrë konservative dhe përfaqëson të ardhmen përsëritëse.
- Nocioni i familjes idealizohet dhe inserohet në nocionin e atdheut, ndërsa të gjitha sjelljet në kontradiktë me politikën "nataliste" luftohen (lufta kundër abortit, apo kontracepsionit).
- Personat e konsideruar të padëshirueshëm, si të moshuarit ose të sëmurët joautonomë, nuk favorizohen pasi individi duhet të mbetet i dobishëm në grup.
- Personat në kontradiktë me ideologjinë dominuese konsiderohen ose si të padëshirueshëm, ose si të sëmurë mendorë (ç'ka mund të favorizojë zhvillimin e enteve "psikiatrike").
- Profesionistët e shëndetit kalojnë në shërbim të shtetit dhe nuk i shërbejnë më individit.

Këto shembuj skematikë ilustrojnë rolin themeltar të historisë ideologjike të një bashkësie në zhvillimin e sistemit të tij shëndetësor.
Aktualisht, në fakt, shoqërive demokratike u bëhet apel të orientohen drejt një politike "sociale" të shëndetit.
Sipas historisë së tyre, shumë vende i menaxhojnë këto dy orientime sipas një përzierjeje "subtile":

- Sistemi shëndetësor francez tenton të pajtojë një mjekësi liberale me një mbrojtje sociale të shtrirë (regjime të ndryshme të sigurimit social).
- Sistemi shëndetësor anglez lejon bashkëjetesën e një sistemi tërësisht social (NHS) pranë një sistemi tërësisht liberal.
- Sistemi amerikan u rezervon mbrojtjen e tij sociale publike vetëm të moshuarve dhe personave pa trashëgimi (të varfërve) (*Medicare* dhe *Medicaid*); pjesa tjetër e popullsisë duhet t'u bëjë apel shërbimeve shëndetësore tërësisht "të lira".

Megjithatë, të gjitha këto sisteme njohin vështirësi të mëdha ekonomike me progresionin konstant të shpenzimeve të tyre për shëndetin.
Ata janë kështu të detyruar të bëjnë gjithnjë zgjedhje dhe të privilegjojnë në mënyrë direkte ose indirekte një kategori të caktuar të popullsisë në kurriz të një tjetre, gjë që në fushën e shëndetit shkakton probleme shumë të rënda të karakterit etik.

Evolucioni historik i shkences se ekonomiksit te shendetit



1

2

- *Mjedisi ideologjik orienton në të gjitha nivelet zhvillimin e sistemeve të shëndetit në botë duke kushtëzuar alternativat dhe vendimet politike*

Rëndësia e ideologjive në evoluimin e sistemeve të shëndetit

- Studimi i shkencave shoqërore dhe ekonomike ndihmon për të bërë krahasime pasi objekti i tij është kërkimi i të shpjeguarit se si shoqëritë e ndryshme kanë aplikuar dhe interpretuar organizimin e tyre
- Interesi i tij është i përqëndruar në dallimet dhe diversitetet e këtyre shoqërive
- Koncepti i ideologjisë mund të konsiderohet si tërësia e përfaqësimeve mendore që dalin në pah sapo njerëzit hyjnë në marrëdhënie me njëri –tjetrin
- Mitet, fetë, parimet etike, zakonet dhe programet politike janë ideologji, të para në këtë prespektivë.
- Prespektivë në të cilën krijohet një konflikt midis popullatës aktive

Ky konflikt është i pranishëm në të gjitha luftërat shoqërore dhe ushqen një frikë kolektive në fusha të ndryshme:

4

- Fundi i kapitalizmit, nëse kërkesat e njerëzve joproduktivë janë shumë të mëdha
- Mosbesim ndaj popullsive fatkeqe (të varfërve) që mund të abuzojnë duke kërkuar shërbime që s'u takojnë
- Tema e shkatërrimit mjedisor, e dashur për ekologjistët

Shoqëritë e quajtura "në zhvillim e sipër"

- Ideologjitë janë të bazuara në një pjesë të madhe në parimin e autoritetit (kryefamiliari, kryeplaku etj)
- Parimi i autoritetit ka të bëjë me riprodhimin e sjelljeve dhe jo të prodhimit të diçkaje të re
- Nocionet e sëmundjes dhe të vdekjes konsiderohen si të natyrshme dhe të pashmangshme
- Përsa i përket organizimit shoqëror të shoqërive në zhvillim e sipër, të moshuarit kanë një funksion të rëndësishëm në transmetimin e ideologjisë, ndërsa gratë shpesh nuk vlerësohen dhe merren me detyrat e të ushqyerit
- Të rinjtë konsiderohen si një forcë e vërtetë e grupit sepse janë ata që kanë detyrën e riprodhimit

5

Shoqëritë e quajtura "të zhvilluara"

6

- Bashkësitë e tipit perëndimor janë zhvilluar sepse infrastrukturat ekonomike kanë qenë të bazuara gjithnjë në shkëmbime komplekse
- Shpresa e një botë "më të mirë" ka lejuar mjekësinë të zhvillohet për të luftuar sëmundjet në vend që ti pësojë ato
- Periudha stanacjoni pak a shumë të zgjatura (Mesjeta) janë alternuar me periudha të evolucionit të shpejtë (Rilindja Italiane) si dhe periudha regresioni (totalitarizmat). Këto periudha regresioni karakterizohen nga një kthim në një ideologji e bazuar në frikën ndaj së ardhmes si dhe në

Në këto rrethana totalitare, sistemi shëndetësor është refleksi i ideologjisë dominuese:

❖Programet e shëndetit që favorizojnë fëmijërinë janë të privilegjuara
❖Nocioni i familjes idealizohet në nocionin e atdheut
❖Personat e konsideruar të padëshirueshëm, si të moshuarit ose të sëmurët nuk favorizohen pasi individi duhet të mbetet i dobishëm në grup
❖Personat në kontraditë me ideologjinë dominuese konsiderohen ose të padëshirueshëm, ose si të sëmurë mendorë
❖Profesionistët e shëndetit kalojnë në shërbim të shtetit dhe nuk i shërbejnë më individit

7

Sipas historisë së tyre shumë vende nuk i menaxhojnë këto dy orientime sipas një përzjerje "subtile"

8

■Sistemi shëndetësor francez tenton të pajtojë një mjekësi liberale me një mbrojtje sociale të shtrirë
■Sistemi shëndetësor angelez lejon bashkëjetesën e një sistemi tërësisht social pranë një sistemi tërësisht liberal
■Sistemi amerikan u rezervon mbrojtjen e tij sociale publike vetëm të moshuarve dhe personave pa trashëgimi (të varfërve)
■*(Medicare dhe Medicaid);* pjesa tjetër e popullsisë duhet t'u bëjë apel shërbimeve shëndetësore tërësisht "të lira"

FALEMINDERIT

9

TEMA 13

KËNAQËSIA E KLIENTIT SI MODEL PËR MATJEN E EFIKASITETIT TË MARRËDHËNIEVE

METODAT DHE TEKNIKAT E VLERËSIMIT TË EFIKASITETIT RELACIONAL NË ISTITUCIONET SHËNDETËSORE

1. Një model analize i marrëdhënieve midis istitucioneve shëndetësore dhe përdoruesit: Matrica e përfitimeve shëndetësore

Analiza e kontekstit në të cilin zhvillohen marrëdhëniet mes istitucionit dhe përdoruesit të risjell në fushën e proçeseve të ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Në atë që vijon, ofrohet një përshkrueshmëri reflektimi dhe, duke pasur si temë kryesore evoluimin e konceptit të shëndetit dhe rregullat që përcaktojnë të drejtën shendetesore, ilustrohet si kanë ndryshuar qëllimet, strukturat dhe performanca në shëndetësi dhe se si këto ndryshime janë pasqyruar në marrëdhëniet mes istitucionit shëndetsor dhe përdoruesit. Evidentohen, përgjatë kësaj rruge evolutive, hapat bazë që çojnë në karakterizimin e tanishëm të marrëdhënieve istitucion - klient në fushën e sistemit shëndetësor.
"Rruga e reflektimit arrin kulmin në përpjekjen e modelimit të një matrice të përfitimeve shëndetësore duke u nisur nga të ashtuquajturit ***nivelet e asistencës***, të dobishme për të shprehur, në një kendveshtrim relacional, pikëpamjet e istitucioneve shëndetësore dhe përdoruesve.

1.1. *Nga marrëdhënia mjek-pacient ne atë kompani - klient*

Evolucioni i shëndetësisë, nga format origjinale të ndihmës në kohën moderne, është e lidhur ngushtë me zhvillimin e mjekësisë, nga njëra anë, dhe të shërbimeve sociale publike, në anën tjetër. Në mesjetë, etika bamirëse karakterizon zhvillimin e qendrave të para spitalore dhe rolin e mjekut si një person i caktuar ne sherbim të sëmurit. Më vonë, në kohët moderne, arrihet në një vizion që vë theksin në aspektin tekniko - shkencore të sherbimit mjekësor te sherimit dhe prezanton idenë e parandalimit të sëmundjes, me organizimin e masave igjenike-shendetesore.
Midis shekullit të tetëmbëdhjetë dhe njëzetë realizohet rruga drejt kujdesit shëndetësor bashkëkohor, nëpërmjet transformimeve radikale që parashikojnë dallimin midis asistencës sociale dhe asistencës mjekësore. Miratohen ligjet e para mbi shëndetin, duke krijuar sistemin shëndetësor piramidal dhe duke filluar rrugen e të drejtës për shëndet.

Një nga ndryshimet më të rëndësishme që kanë karakterizuar proçesin evolutiv të shëndetit janë:
- Koncepti liberal i shekullit të XIX, që konsideronte shëndetin si një e mirë private, mbrojtja e të cilit i është caktuar interesit individual;

- Koncepti i shëndetit si një detyrë parësore për mirëqenien e shtetit, pasues në afirmimin e shtetit social, deri ne vizionin aktual, ne te cilen riforcohet dimensioni social i shëndetit, bazuar në njohjen dhe lidhjen e dukshme midis shëndetit individual dhe atij social.

Ndryshimi në perspektivë të çon në afirmimin e të drejtës për shëndet si një e drejtë themelore e qytetarit në interes të komunitetit: qendrave shëndetësore dhe organeve të saj periferike, i është caktuar qëllimi përfundimtar i mbrojtjes së shëndetit, interpretuar, me kalimin e kohës, jo vetëm në optikën e kurimit, por gjithnjë e me shumë në optikën e parandalimit.

Në vitin 1948, OBSH përcaktoi shëndetin si "*gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesë sëmundjesh.*" "Kuptime të ndryshme të termit konfigurojne skenarë të ndryshëm. Ai tradicional i "mungeses se sëmundjes", -është i lidhur ngushtë – edhe pse tashme e vjetëruar – me konceptin e profesionit mjekësor te reduktuar në kufijtë e ngushtë të nje profesioni te lire. Nga koha e Hipokratit deri në shekullit e XIX, kjo pikëpamje ka kufizuar në të njëjtën kohë angazhimin social të mjekëve dhe fenomenin natyror multidimensional të shëndet - sëmundje"[1].

Paralelisht, strukturat e qendrave shëndetësore kanë ndryshuar, për tju përgjigjur më mirë nevojave të reja, përmes një proçesi të ngadalshëm por të qëndrueshëm reformash, me zhdukjen e mëvonshme të njësive të ndersjella dhe transferimin progresiv të kompetencave tek rajonet, deri në riorganizimin e shëndetësisë.

Dinamika e evolucionit nxjerr në pah disa elemente themelore që ndeshen në mënyrë të konsiderueshme në konfigurimin e marrëdhënieve mes istitucioneve shëndetësore dhe pacientit:

- Përcaktimi i Niveleve Esenciale të Asistencës (NEA);
- Ristrukturimi i strukturave të shërbimeve shëndetësore;
- Konkurrenca;
- Pjesëmarrja e qytetarëve.

Rreth figurës origjinale të mjekut, strukturohet një sistem kompleks i ofrimit të shërbimeve shëndetësore, qe çon në konfigurimin e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (SSK), brënda të cilin strukturat operacionale modernizohen progresivisht, duke pasur të drejtë të miratojnë metoda drejtimi tipike të istitucioneve bazuar në *kriterin e efikasitetit*[2]. Të gjitha në një mjedis konkurrues, ku logjika e asistences i hapë rrugë rregullave të tregut, duke pohuar rëndësinë e qytetarit, marrësit te shërbimit, dhe kënaqësisë së tij[3]. Përcaktohet si një qender e shërbimit shëndetësor, ai grup burimesh njerëzore, materiale dhe financiare të organizuar për të ofruar shërbime me qëllim ruajtjen ose përmirësimin e statusit shëndetësor: një sistem i strukturuar, pra, *për të punuar në mënyrë sistematike me qëllim përfundimtar mbrojtjen e shëndetit.*

Me të ashtuquajturën *reforma shëndetësore*, përparon proçesi i riorganizimit, përmes pjesëmarrjes se qytetarit dhe *integrimit social shëndetësor*[4]. Ky i fundit, forcon vizionin social të konceptit të

---

[1] Cfr. FIC.ARRA M.G., Bocci, *Il Diritto Alla Salute. La risposta europea alla luce del Trattato di Nizza e il ruolo dell'educazione sanitaria,* Numero 7, Anno I, 17 Luglio 2004.; ANSELMI L., VOLPATO O., *Azienda «Salute»,* Università degli Studi di Genova e di Pisa, Milano,1990.

[2] GENCO P. (a cura di), *Problemi e politiche di razionalizzazione del settore sanitario,* CNR, Napoli, 2002. ; ADINOLFI P., MELE R., *Le aziende in sanità: le trasformazioni progettate e quelle da realizzare,* in AA.VV., *Scritti di Economia Aziendale in memoria di Raffaele D'Oriano,* Ceda.m, Padova, 1997; AD/NOLF/ P., MELE R., *L'evoluzione reticolare delle aziende sanitarie pubbliche,* in ANSELMI L., SAITA M., (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie — L'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale,* Il Sole24 0re, Milano, 2002; ANDRIUOLO V., *I principi della organizzazione aziendale e le Aziende Sanitarie,* Eugbenos ed., Salerno, 2003.

[3] METALLO G., Cuomo M.T., La customer satisfaction come strumento relazionale e di ascolto per una nuova pubblica amministrazione» in «Micro&Macro Marketing», n. 1/2000.

[4] BRUZZI S., *La gestione dell'azienda sanitaria,* in «Collana di Diritto ed Economia», Università degli Studi di Pavia, n. 50, Giuffrè Editore, 2006.

shëndetit, ndihmon të ndryshojë natyrën dhe artikulimin e performancës së shërbimit shëndetësor, identifikon një kategori nevojash që kërkojnë shërbime shëndetësore të unifikuara dhe masa mbrojtje sociale: pra, një integrim të kujdesit mes shërbimeve shëndetësore dhe sociale.[5]

Dinamikat e përshkruara përkthehen në një transformim gradual të shërbimit shëndetësor, i cili përfshin përmbajtje të reja dhe absolutisht më të gjera kundrejt shërbimit mjekësor origjinal të kurimit të sëmurit. Vjen natyrshëm ne këtë prizëm identifikimi i shërbimit shëndetësor mjekësor në ato që përfshihen në *"**Nivelet Esenciale të Asistencës Shëndetësore (NEA)***[6], të cilat janë *shërbimet që Shërbimi Shëndetësor Kombëtar (SSK) është përgjegjës për ti siguruar të gjithë qytetarëve, falas ose në partneritet, me burimet e mbledhura nëpërmjet sistemit fiskal*.

Performancat e përfshira në Nivelet Esenciale te Asistencës janë ato që duhet, pra, të garantohen nga SSK në të gjithë territorin e shtetit. Nivelet janë të ndara në funksion të objektivave shëndetësore të përcaktuara në Planin Shëndetësor Kombëtar, bazuar në kriteret e efektivitetit dhe të përshtatshmërisë. Ka tri fusha kryesore të veprimtarisë të përfshirë në NEA:

1. *kujdesi shëndetësor kolektiv në ambientin e jetesës dhe të punës;*
2. *shërbimi i qarkut (rajonal);*
3. *kujdesi spitalor.*

Në nivel lokal, komunat mund të parashikojnë financime per nivele shtesë kujdesi. Istitucionet shëndetësore me pas mund të marrin përsipër shperndarjen dhe menaxhimin e shërbimeve social-asistenciale, të financuara nga njesite lokale, në kuadër të projektit të integrimit social-shendetesor. Keto shërbime kualifikohen për praninë e përmbajtjeve me natyre sociale, në objektivin e mbrojtjes shëndetësore, madje edhe në optikën e parandalimit. Evolucioni i shërbimit shëndetësor është, pra, pasues i shumë procesesh: nga njëra anë, një pasurim i analizës së proceseve të ofrimit të shërbimeve shëndetësore, qe thekson praninë në rritje të shërbimeve të shumta, duke shoqëruar dhe ndjekur pjesën *core* (thelbësore) te sherbimit; nga ana tjeter, një shtrirje e shërbimit, për shkak të integrimit asistencial social-shëndetësor të lartpërmendur.

Kompleksiteti i dinamikës të përshkruar, paraqitur skematikisht në figurën 1, shpreh vizionet gjithnjë e në rritje te problemit shëndetësor, që të çojnë:

- nga ana e ofertës, në një strukturë te artikuluar të sistemit shëndetësor dhe, brenda saj, në njësitë operative;
- nga ana e kërkesës, një artikulim simetrik të nevojave të kujdesit, efekti i parë (faza asistenciale) dhe pastaj konkausa (faza e tregut) të evoluimit të ofertës.

Shërbimi shëndetësor, si objekt i marrëdhënieve midis kërkesës dhe ofertës së ndihmës, mishëron ne vetvete të gjitha këto ndryshime, duke u artikuluar në mënyrë progresive si proces kompleks në të cilat në mënyra të ndryshme kombinohen shumë aktivitete te zhvilluara brenda, dhe në bashkëpunim me jashtë, nga operatorët e sistemit social-shëndetësor të përgjithshëm[7].

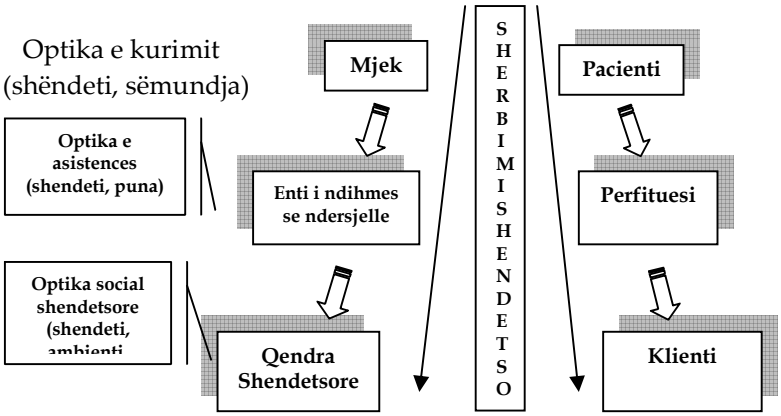
---

[5] Cfr. FANARI R., *Scritti sull'integrazione socio-sanitaria*, ATS MPARE; FERRERA M., *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, Bologna, 1993.

[6] BORGONOVI E., *Dai livelli essenziali ai livelli effettivi di assistenza*, in «Mecosan», n. 52/2004.

[7] CAFFERATA R., Il cambiamento e le difficoltà del cambiamento nelle imprese, in RULLANI E., VICARI S., (a cura di), Sistemi ed evoluzione nel management, Etas Libri, , 1999. Sulla gestione per processi si vedano GOLINELLI C.M., PASTORE A., La gestione dei processi nel governo dell'impresa, in Le risorse nell'economia della conoscC1T, in Sinergie — «Rivista di Studi e Ricerche», n. 50 settembre-dicembre, 1999 e BARILE S., BASSANO C., MAGLIOCC.A P., Il sistema impresa orientato alla gestione per processi- Il Business Process Re-engineering, in BARILE S. (a cura di), Contributi sul penskro sistemico in economia d'impresa, in «Collana Arnia» n. 18, 2000. Sul settore sanitario in particolare, si vedano, inoltre, CAPPUCCI A., La configurazione delle aziende sanitarie locali e loro profili autonomistici, in Sanità Pubblica, n. 11/12, 2001, FRAssErro G.F.,, Il network sanitario, Cedarn, Padova, 1996, Barri A., Governo e Gestione dell'Azienda Sanitaria Locale, «Collana di Studi Aziendali e di Marketing» — Sezione Imprese di Servizi e Aziende Pubbliche n. 11, Cedam, Padova, 2003.

Fig 1. - *Nga marrëdhëniet mjek – pacient në marredheniet istitucion - konsumator: rruga e pasurimit dhe zgjerimit të shërbimit shëndetësor*



Si rezultat i zhvillimeve të përshkruara, përkufizimi i shërbimit shëndetësor, përtej përmbajtjeve te qarta te standardit, nuk është shumë i lehtë. Në fakt, shërbimi shëndetësor kualifikon "sherbime në nivel bashkimi dhe kompleksiteti jashtëzakonisht të ndryshme". *Range* i shërbimeve mund të shkojë nga detyra e vetme ose proçedura qe i jepet pacientit (sh. testi i glukozës) deri ne shërbimin e ofruar për të trajtuar një problem klinik specifik (sh. nje shtrim ne spital), për të përfshirë ne fund një episod të tërë kujdesi (aktivitetet e nevojshme për të zgjidhur një episod të sëmundjes, si të shtrimit në spital dhe ambulatore)[8]. Shërbimi shëndetësor është, pra, paraqitja me përmbajtje teknike të veçantë të marrëdhënieve të shërbimit dhe është karakterizuar nga nivele të ndryshme kompleksiteti në varësi të kërkesës.

I semuri, qoftë punonjës, person apo qytetar, bëhet kështu përfitues i një shërbimi kompleks shëndetësor[9], i artikuluar në një shumëllojshmëri proçesesh, që janë të përbërë nga shumë aktivitete, të cilat, duke u nisur nga komponenti kryesor, kanë përmbajtje të ndryshme, nga ato te natyrës mjekësore deri ne të tjerët që kanë pak të bëjnë me të.

Proçesi i ristrukturimit të sistemit shëndetësor, me përballjen e re konkurruese në treg nga njëra anë, dhe proçesi i socializimit të problemit shëndetësor në anën tjetër, kanë pasuruar ofrimin e shërbimit me komponente të reja që nuk përmbahen në mënyrë rigoroze vetëm në marrëdhënien mjek- pacient, duke e siguruar më të artikuluar dhe ndoshta më të komplikuar marrëdhënien me përdoruesin, por duke ofruar në të njëjtën kohë, elementë të tjera për kënaqësinë e tij dhe rrjedhimisht, me shumë leva diferencimi. Tri objektivat kryesore të një shërbimi shëndetësor duhet të jenë: kosto i mesëm-i ulët, cilesi e mesëm-i lartë, kënaqësia e pacientit.[10]

Në këtë kontekst, përmbushja e nevojave të "klientit" si marrës i kujdesit shëndetësor kuptohet, natyrisht, si më e përshtatshmja për të shprehur dhe përfshirë ndryshimet e mundshme të roleve

---

[8] www.ausl.mo.it/sist_qualita.

[9] FALCON G., *La pubblica amministrazione e i cittadini,* in AA.Vv., *Riformare la Pubblica Amministrazione,* Edizioni della Fondazione Agnelli, Torino, 1995.

[10] Cfr. Medicasa - Area Sanitaria Centrale Operativa, Catanzaro, M. Cipolla, G. Scalera, L. Gentile, W. Vivino, A. Pugliese, A.S.L. N. 7 D.S.B. N. 2 — Servizio A.D.I., Catanzaro Lido, L. Manfredi, L. Tripolino, G. Guerrieri, M. Miceli, M.C. Zaccanelli, A. Pascuzzi, A.S.L. N. 7 D.S.B. N. 3 — Servizio A.D.I., Noverato D. Tucci, T. Leone, I. Giglio, I. Abbate, M.P. Vandini, P. Multar', Il *rapporto costo/beneficio delle medicazioni avanzate nel trattamento delle ulcere cutanee maggiormente presenti nei pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata,* in *International Forum* on *Wouncl Care,* Ed. It., n. 2/2003, p. 3.

në nivel individual (pacienti, klienti, përdoruesi, qytetari) dhe kolektiv (familjet, organizatat shoqërore, komuniteti, shoqëritë civile, etj.).
Kërkohet, në këtë pikë, për hir të modelimit të marrëdhënieve midis istitucioneve shëndetësore dhe përdoruesit në lidhje me ofrimin e shërbimeve shëndetësore, të interpretohen karakteristikat e përshkruara dhe, në veçanti, të merren parasysh shumëllojshmëritë e përmbajtjeve të furnizimit, shkalla e kompleksitetit të proceseve të shpërndarjes dhe efektiviteti i tyre në arritjen e qëllimit përfundimtar të mbrojtjes së shëndetit, përmes plotësimit të nevojave të veçanta të asistencës të individit dhe të komunitetit.
Evidentohet në këtë mënyrë përdorimi i një kuadri referimi, i cili, duke pasur parasysh logjikën e pikëpamjeve të ndryshme të marrëdhënies, do të udhëzojë metodologjinë e hetimit të efektivitetit të marrëdhënieve mes përdoruesve dhe istitucionit, duke dalluar nevojën për asistencë, nga njëra anë, dhe artikulimin e shërbimit shëndetësor, në anën tjetër.

1.2. *Prespektiva e përdoruesit: lakorja e intensitetit të nevojës për asistencë*

Kërkesa për asistencë shëndetësore është karakterizuar nga një sërë kërkesash specifike në lidhje me një gamë të gjerë nevojash parandaluese, kurimi dhe rehabilitimi.
Bazuar në analizën e nevojave të përdoruesit, është e mundur të interpretohen nevojat e ndryshme asistenciale, në mënyrë që të shprehen nyjet kryesore të kërkesës për shërbim shëndetësor në funksion të kërkesave për asistencë të përdoruesit.
Përdoruesit e shërbimeve shëndetësore tregojne qartë një nevojë të përgjithshme per shëndet, me te cilat janë lidhur nevojat specifike (nevojat derivate apo të veçanta)[11]:

1. shërimin nga një gjendje e sëmurë (aspekti biologjik);
2. rimëkëmbjen e funksionit (aspekti funksionale);
3. mirëmbajtjen/ruajtjen e statusit të shëndetit (aspekti psiko-social).

Përgjigjet relative të çojnë në tri-ndarje të ndërhyrjeve të asistencës:

1. ndërhyrjeve parandaluese;
2. ndërhyrjeve kurative;
3. ndërhyrjet rehabilituese.

Duke marrë parasysh, pastaj, variablen "kohëzgjatje" e ndërhyrjes asistenciale, dallohen:

1. ndërhyrjet intensive;
2. ndërhyrjet në shkallë të gjerë;
3. ndërhyrjet e zgjatura në kohë.

Kemi, pra, artikulimin e nevojës se mjaftueshme për të shprehur shkallën e intensitetit, e cila ndryshon në varësi të natyrës së problemit (biologjike, funksionale, psiko-social), të nevojes qe lidhet me të (parandalimin, trajtimin, rehabilitimin), llojit të ndërhyrjeve të kërkuara dhe kohëzgjatjes; është i kualifikuar në këtë mënyrë intensiteti i nevojës për asistence, ndryshimi i të cilës me kalimin e kohës, përshkruan një kurbë ku rezultojnë të identifikueshme, si ndërhyrje asistence (Fig. 2):

– Faza e parandalimit, me intensitet pak a shumë të qëndrueshme në kohë;

11 KOTLER P., ARMSTRONG G., *Principi di marketing,* Pearson, Milano, 2006 e LAMBIN J.J., *Marketing strategico e operativo,* Me Graw-Hill, 2004.

- Një fazë e kujdesit intensiv, pas një "problemi shëndetësor" me masë / ashpërsi të ndryshme, gjatë së cilës nevoja për përkujdesje është intensive dhe në rritje si në fazën diagnostike ashtu dhe në atë terapeutike;
- Një fazë të trajtimit të gjerë, gjatë së cilës intensiteti i nevojes për asistence është gradualisht në rënie, në funksion të shpejtësise së shërimit;
- Një fazë e mundur rehabilitimi, të tipit asistence e zgjatur, pak a shumë me kohë të gjatë.

Atëherë kur ndërhyrja shfaqet jo efektive (acarim) për çfarëdo lloj arsye, mund jetë e nevojshme nje ri-ndërhyrje kuruese, me një rritje të re të ndihmës së nevojshme.

Në bazë të përfaqësimit te propozuar është, pra, e mundur të merret në konsideratë intensiteti i nevojes per asistencë (Tabela 1):

- I ulët, kur lind nevoja per nje aktivitetet normal parandalimi;
- I mesëm, për aktivitet rehabilitimi pak a shumë intensiv/të zgjatur;
- I lartë, për një veprimtari kurimi pak a shumë intensive/të zgjatur.

Fig 2. - Lakorja e intensitetit të nevojës për asistencë

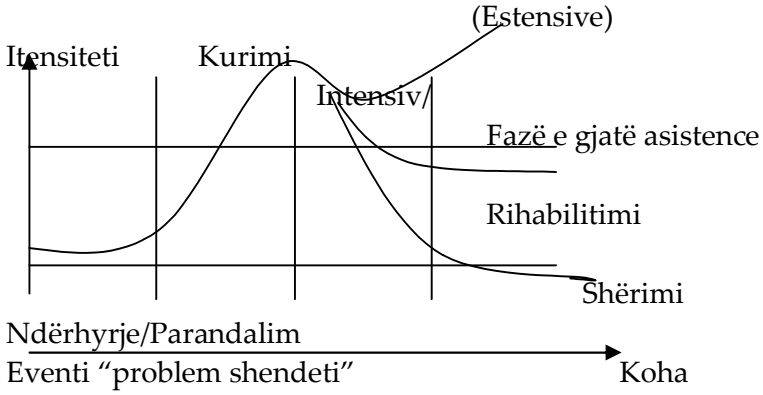


Tabela 1. - Intensiteti i nevojës për ndihmë dhe llojet e ndërhyrjeve

Intensiteti i nevojës për ndihmë	Tipologjia e ndërhyrjeve
I ulët	Parandalim
Mesatar	Rehabilitim
I lartë	Kurimi

Është kështu e mundur të dallohen ndërhyrjet e kujdesit që kërkohen nga përdoruesi në varësi të shkallës së nevojës.

1.3. *Pikëpamja e istitucioneve shëndetsore: përshtatshmëria, vështirësia (në terma ekonomik) dhe kompleksiteti i shërbimit*

Duke kaluar në analizën e shërbimeve shëndetësore, është vërejtur se evolucioni i konceptit të shëndetit ka çuar, siç u tha më lart, në zgjerimin e zonës të nderhyrjeve asistenciale, nëpërmjet futjes dhe rritjes graduale te komponentëve të shërbimeve jo të lidhur ngushtë vetëm me "kurimin e sëmundjes" (faza intensive dhe / ose estensive), por më përpara kësaj me fazat e parandalimit dhe

më pas me fazat e rehabilitimit. Duke njohur, në thelb, barrën e përgjithshme (financiare, sociale, etj.) të ndërhyrjeve kuruese, i atribuohet më shumë rëndësi zgjidhjeve:

- Nga njëra anë, për të parandaluar rrezikun e shpërthimit dhe përhapjes se sëmundjeve (parandalimi);
- Nga ana tjetër, për të parandaluar rrezikun e inefikasitetit te nderhyerjes kuruese (në këtë kuptim, rehabilitimi mund të shihet si një aktivitet që synon forcimin e efektivitetit te nderhyrjeve kuruese, pasi ndihmon për të reduktuar rrezikun e rikthimit, perseritjes, acarimit).

Megjithatë, pavarësisht nga aktivitetet parandaluese në rritje, gjithmonë do të ketë një aktivitet asistencial masiv të tipit diagnostikues / kuruese; istitucioni shëndetësor, në përputhje me kriteret e efektivitetit dhe përshtatshmërisë, per kufizimin e burimeve në dispozicion, gjithmonë do të kërkoje zgjidhje strukturore dhe organizuese të reja qe të përmbajë nivelin e kostove, duke rritur shumëllojshmërinë e alternativave të mundshme.

Në lidhje me nevojat e ndryshme dhe zgjidhjet relative, aktivitetet asistenciale paraqesin intensitet dhe kanë kosto shumë të ndryshme, duke u ndarë në procese qe i atribuohen jo lehtësisht dhe saktësisht protokolleve te përcaktuar[12]. Ofrimi i shërbimeve shëndetësore leviz, pra, në fushen e një sërë shërbimesh per te cilat shperndarja është në krye të strukturave të ndryshme të SSK. Kategoritë e NEA mbledhin, për pasojë, një shumëllojshmëri shërbimesh që paraqesin karakteristika dhe çështje të ndryshme si nga pikëpamja e llojit të nevojave që ata përmbushin, ashtu edhe në aspektin e detyrimit të strukturave, burimeve, etj.

Pra, ashtu siç është artikuluar kërkesa për shërbim shëndetësor duke marrë parasysh nevojën për ndihmë, duhet të artikulohet *oferta e shërbimit shëndetësore* duke pasur parasysh llogjikën e istitucioneve shëndetësore. Është e nevojshme, identifikimi i një variable që mund të shprehi logjikën organizative të ofertës të istitucioneve shëndetësore. Istitucioni shëndetësore, si nensistem i SSK, vazhdon te ndjekë, me anë të objektivave specifike, qëllimin përfundimtar të mbrojtjes së shëndetit, duke lëvizur brenda një sistemi kufizimesh dhe rregullash të përcaktuara nga mbisistemi nga i cili raportohet. Pikërisht, këto kufizime, qe vijne nga disponueshmëria e limituar e burimeve, te fiksuara nga kufizimet e shpenzimeve për istitucionin shëndetësore, e bëjnë urgjente nevojën për të pajtuar objektivat e efikasitetit me ato te eficences[13].

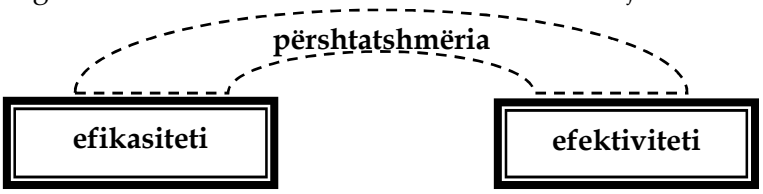
Ura midis efikasitetit dhe kontrollit të çmimit të shërbimit shëndetësor është dhënë nga përputhshmeria (Figura 3), e cila konsiderohet si "*ajo gjendje që realizohet kur përdoruesit, në lidhje me nevojën e tij, i jepet shërbimi në fushën e duhur te kujdesit (territori), me mënyrën / llojin e përshtatshëm (në shtëpi, banim ose tjetër), në kohën e duhur dhe në madhësinë/ sasinë e duhur*".

---

[12] DRG *(Diagnostic Related Group).* TARONI R., CURGIO RUBERTINI B., *I diagnostic related groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera,* Bologna, Clueb, 1991. ; BORGONOVI E., MENEGUZZO M., *Processi di cambiamento e di programmazione nelle unità sanitarie locali,* Giuffrè Editore, Milano, 1985 e GASATI G. (a cura di), *Programmazione e controllo nelle aziende sanitarie,* Mc Graw111, Milano, 2000. SANGUIGNI V, COLELLA M.T., COPPA G., *BSC e controllo strategico: implementazione in un'azienda ospedaliera,* in «Amministrazione e Finanza», n. 11/2003.

[13] BORGONOVI E. (a cura di), Il controllo della spesa pubblica, EGEA, Milano, 1995 e CRAVEDI B., DIRINDIN N., Spesa sanitaria e qualità dei servizi, Pubblico e Privato a confronto. Vantaggi e limiti delle scelte a favore di una prevalenza del settore pubblico e dell'intervento privato nel servizio sanitario. Sistemi sanitari a confronto, in «Salute e territorio», n. 90, 1994. ZANGRANDI A., Il management nelle aziende sanitarie, in «Economia & Management», n. 3, 2000 e BRUZZI S., op. cit. Sulla realtà delle aziende pubbliche in generale, si veda SARACENO P., L'impresa pubblica nell'esperienza italiana», in AA.Vv., Il controllo dell'impresa pubblica, Giuffrè Editore, Milano, 1960; sui modelli gestionali, PARENTE R., Modelli gestionali nelle imprese di servizi pubblici, in «Azienda Pubblica», n. 5, 1999, PELLICANO M., L'evoluzione della logica gestionale dell'azienda pubblica: il differente orientamento alla misurazione dei risultati di gestione tra pubblico e privato, in MELE R., SICCA L., (a cura di), Gli studi di economia d'impresa in Italia. Contributo ad un dibattito in corso, Cedam, Padova, 1995.

Fig 3. - *Përshtatshmëria e shërbimit shëndetësor si një urë midis efikasitetit dhe efektivitetit*



Në këtë drejtim, vërtetohet se: "Koncepti i përshtatshmërisë së shërbimeve mjekësore apo të të shtruarve është, si shumë koncepte të tjera që lidhen me botën e kujdesit shëndetësor, në zhvillim të shpejtë. Në 1994, Karlo Schweiger[14] përcaktoi, në një editorial të Kardiologjisë, ***shërbimet e përshtatshme*** si "*ato shërbime për të cilat të mirat për pacientin tejkalojnë rrezikun në një masë të tillë që justifikojnë shperndarjen e shërbimit.*" Në të njëjtin artikull autori tha se "*përshtatshmëria është kriteri i vetëm klinik që nuk varet nga ndonjë motiv ekonomik*". Rezulton intuitive se ky interpretim ishte i bazuar eskluzivisht në respektimin e raportit rrezik / dobi të sherbimit pa marrë parasysh aspektin e natyrshëm të raportit kosto /dobi. Megjithatë, siç dihet, gjërat ndryshojnë. Në 1995 përshtatshmëria e kujdesit u shoqërua edhe me konceptin e *përdorimit efikas të burimeve* [...]. Vijon që e kundërta e saj (shërbimi i gabuar) nuk do të thotë vetëm kurim i padobishëm, ose klinikisht i pasaktë, por sherbim i ofruar vend tjeter (një nivel tjetër shërbimi) dhe / ose me modalitete të tjera".[15] Kështu e interpretuar, përshtatshmëria është ura e profilit kosto-përfitim, dhe jo e profilit rrezik-perfitim, të procesit te ofrimit të shërbimit shëndetësor, duke u kualifikuar si kriter për të identifikuar nivelin e duhur të kujdesit drejt një kërkese të veçantë në aspektin e burimeve / aftësive të përdorura (pra, kostove)[16].

Përqëndrimi në kostot e kësaj logjike, ne vazhdim të vlerësimit të përshtatshmërisë, shpjegon menaxhimin e istitucioneve shëndetësore, që, rrjedhimisht, i ndan shërbimet në "nivele" të kujdesit, të cilave i korrespondojnë zgjidhje strukturore dhe organizative me shpenzime të strukturës dhe përdorim të saj me njësi të ndryshme. "Siç thuhet me sipër, shpërndarja e NEA-s në tre fushat e ofrimit të *shërbimit kolektiv në mjedisin e jetesës dhe punës, kujdesin spitalor dhe të qarkut*, rezulton pak funksional në një klasifikim të ofrimit të ndihmës, sepse përfshijnë aktivitete të ndryshme: kujdesi spitalor dhe i qarkut përfshijnë ndërhyrje në përgjithësi kuruese dhe / ose rehabilituese, ndërsa asistenca kolektive në ambientet e jetesës dhe punës është në thelb një aktivitet parandalimi.

Duke pasur parasysh llojet e ndërhyrjeve te asistences, ndërsa për ato kurative dhe rehabilituese ka zgjedhje mes spitalit dhe qarkut, per ato parandaluese mund të përdoren struktura delikate (*Departamenti i parandalimit*). Nga ana tjetër, veprimtaria e ketyre të fundit kryqëzohet me strukturat e tjera të Sistemit Shëndetësor, sepse parashikon nisma të koordinuara me rrethet dhe/ose qendrat shëndetësore lokale dhe spitalet.

---

[14] Cfr. SctrwEIGER C., L'appropriatezza e i controlli di qualità delle prestazioni mediche, G. Ital Cardiol, 1994, n. 24, pp. 1509-17.

[15] Cfr. PASINI E., SCHERILLO M., RAMPONI C., *L'appropriatezza dei ricoveri alcune riflessioni per **un** approccio globale,* in *Management e qualità,* www.italheartj.org, 1999. CIFALINò A., *Il Management Sanitario. Valorizzazione della dimensione clinica e della dimensione economico-gestionak,* in BODEGA D, MANDOUNI L., *Change Management e aziende sanitarie,* in «Sviluppo & Organizzazione», n. 182, Novembre/Dicembre, 2000.

[16] GATTI M., GOLINELLI G.M., SIANo S., Approccio *sistemico e teoria delle risorse: verso un momento di sintesi per l'interpretazione della dinamica dell'impresa,* in GOLINELLI C.M., *L'approccio sistemico al governo dell'impresa. Valorizzazione delle capacità, rapporti intersistemici e rischio nell'azione di governo,* vol. III, Cedam, 2002.
Cfr. PASINI E., SCHERILLO M., RAMPONI C., art. cit.

Nivelet e kujdesit rezultojnë, pra, të ndara mes alternativave të spitalit dhe qarkut dhe, brenda tyre, mes zgjidhjeve të ndryshme të mundshme: për shembull, pacientët e shtruar për kujdes spitalor mund të zgjedhin midis *day hospital* ose *day surgery*, etj; pacientët e shtruar për kujdes ambulator midis rezidencës dhe qarkut. Në kuadër te ndihmës të rrethit, janë përfshirë alternativa që prezantojnë, në fakt, karakterizime të ndryshme si nga pikëpamja e shërbimit të kujdesit, ashtu dhe në aspektin e strukturës dhe organizimit të ofrimit të shërbimeve.
Në veçanti, në kujdesin në shtëpi, për të cilin ka një interes në rritje si një zgjidhje asistenciale (te pakten idealisht) efektive dhe e përshtatshme për llojet e ndryshme të nevojave, eshte i mundur identifikimi i një niveli shtesë të kujdesit, e shquar në vecanti nga zgjidhjet e tjera te qarkut. I referohet atyre formave të kujdesit në shtëpi më komplekse dhe të artikuluara, të tilla si "Spitali në Shtëpi" dhe "Asistenca Integruar në Shtëpi", të cilat, nën dritën e zhvillimeve të teknologjisë dhe ankimit në rritje te integrimit social- shëndetësor dhe të rëndësisë së ri-njohur të mjedisit familjar për terapi efektive, duket se paraqesin zgjidhje në të cilën duhet investuar më shumë, duke pasur parasysh nevojat e uljes së vartësive nga kujdesi spitalor, shpesh edhe të papërshtatshme, në një pjesë të rëndësishme të ndërhyrjeve të kujdesit shëndetësor.[17]
Duke supozuar perspektivat e përdoruesit, shfaqet një riartikulim të asaj që mund të quhet "makro niveli" i kujdesit shëndetësor:

- Kujdesi spitalor,
- Kujdesi i përfshirë rezidencial,
- Shërbimi i Qarkut.

Personi që i shërbehet, në fakt, i sheh tre zgjidhjet si alternativa, duke ndjerë, në nivel rrethi, zgjidhjen në shtëpi ndryshe nga të tjerat. Si do të shihet dhe më poshtë, zgjidhja në shtëpi mund të duket për perdoruesin pak a shumë më e përshtatshme në varësi jo vetem të tipologjise së zgjidhjes, por edhe te cilësisë se saj. Vëmendje në rritje i kushtohet kujdesit në shtëpi dhe përshtatshmërisë se tij të dukshme per një numër te madh nevojash për kujdes që konfirmojnë vlefshmërinë e propozimit të parashtruar. Duket e mundur, në këtë pikë, duke pasur parasysh strukturën aktuale të kostove të shërbimeve shëndetësore, të renditen kategoritë e niveleve të kujdesit në varësi të *shpenzimeve të shërbimit shëndetësor*, në gjendje të shprehin logjikën aktuale ekzistuese mbizoteruese të përshtatshmërisë të istitucionit shëndetësore.
Në lidhje me vlerësimin e përshtatshmërisë, përcaktohet një *rrezik konsekuent i papërshtatshmërisë*, që shpreh koston e lidhur me një përdorim "të papërshtatshëm" të strukturave shëndetësore.
Shtrimet në spital të bëra për probleme klinike të cilat mund të përballen me efektivitet të barabartë, rrezik të ulët dhe me më shumë ekonomi në përdorimin e burimeve, në një nivel sherbimi më pak intensiv, janë përshkruar si "të papërshtatshme" nga pikëpamja organizative. Këto janë raste ku zihet një shtrat në spital për ndërhyrje që mund të kryhet në zona të tjera: në ambulatore, apo në day hospital, ose, për nderhyrje kirurgjikale më pak komplekse në day surgery[18]. Nga ana tjetër, është gjetur një proçes progresiv shkurtimesh të kohëzgjatjes së qëndrimit të shtrimit në spital.[19]

---

[17] Cfr. MARCECA M., *Assistenza domiciliare* in *Care, Costi dell'assistenza e risorse economiche,* «Il pensiero Scientifico Editore», Roma, n. 3/2003.

[18] Cfr. DEL BUFALO P., TURNO R., *L'Assr lancia l'allarme su 43 prestazioni a rischio di inappropriatezza: 1,6 milioni di degenze evitabili in un anno»* in «Il Sole-24 Ore» — *Sanità* di Lunedì 22 Aprile 2002, p. 11.

[19] Studime mbi shëndetësinë në Itali nga CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi. Cfr. w-ww.unibocconi.it.

Duke konsideruar, atëherë, *përcaktuesit kryesor të kostos së ofrimit të kujdesit shëndetësor*:

- Lloji dhe shkalla e shfrytëzimit të objekteve shëndetësore: spitale; strukturat e qarkut; kujdesi në shtëpi;
- Rëndësia e komponentit shëndetësor të sherbimit dhe shkalla e integrimit social - shëndetësore: shërbimet shëndetsore me integrim të lartë shoqërore;
- Roli dhe niveli i profesionalizmit të stafit: roli mjeko - shëndetësor, roli profesional, roli teknik;
- Përmbajtjet teknologjike të shërbimit;

dhe *rrezikun e lidhur me papërshtatshmërinë*, është e mundur, në parim, të merret në konsideratë barra e shërbimit shëndetësor (Tabela 2):

- i ulët, per nivelin e kujdesit për rrethin;
- mesatare, për nivelin e kujdesit shtëpiak kompleks;
- i lartë per nivelin e kujdesit në spital.

Tabela 2. - *Barra e shërbimit shëndetësor dhe nivelet e asistencës*

Barra e shebimit	**Livelet e asistencës**
I ulët	asistencë rajonale
Mesatar	asistencë komplekse shtepiake
I lartë	asistencë spitalore

Sic shihet, procesi i reflektimit të përshkruar të çon në një element tjetër konceptual që shpjegon të gjitha problemet e theksuara më lart, duke pasur parasysh optikën e istitucionit të shëndetin: ***kompleksitetin e shërbimit shëndetësor.***

Siç do të shpjegohet më poshtë, faktorëve përcaktues të nivelit të kompleksitetit të përfitimeve shëndetësore i atribuohen elemente të ndryshme që e karakterizojnë, duke u lidhur me aspektet e natyrës strukturore dhe sistemike: llojin dhe natyrën e nderhyrjes shendetesore, strukturat e shperndarjes me kostot përkatëse, personelin e ofrimit, zgjedhjet organizative, vendimet për investime, menaxhimi i burimeve, etj. Këto elementë, megjithatë, bëhen të rëndësishme për qëllimet e klasifikimit te shkallës së kompleksitetit të shërbimit shëndetësor, pra, të kapacitetit të subjekteve vendim marrese, siç janë zgjedhjet që perballen me rrezikun real të papërshtatshmerisë së sherbimeve.

1.4 *Një model sintezë: Matrica e shërbimeve shëndetësore*

Bazuar në konsideratat e mësipërme, propozohet në këtë pikë, një përmbledhje (Figura 4), në forme matrice, ku është e mundur renditja e përfitimeve shëndetësore që rrjedhin nga NEA, në funksion të:

Intensitetit të nevojës së kujdesit për përdoruesit:

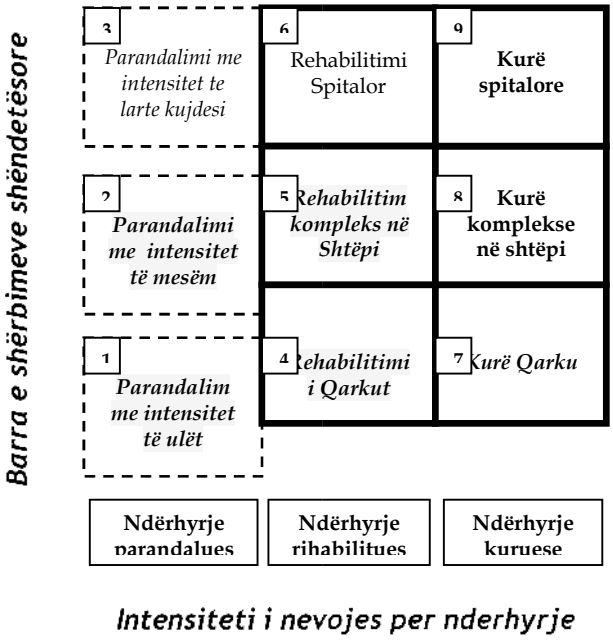
- E ulët, për të përmbushur nevojat e parandalimit;
- Mesatar, për nevojat e rehabilitimit;
- E lartë, për nevojat e kurimit.

Barrës së sherbimit për istitucionet shëndetësore:

- E ulët, për nivelin e qarkut;
- Mesatar, per nivelin shtëpiak kompleks;
- I lartë, per nivelin spitalor.

Matrica, e perfituar nga kryqezimi i ndërhyrjeve të kujdesit (perspektiva e përdoruesit në përputhje me intensitetin e nevojave) dhe kategorive të niveleve të kujdesit (pikëpamja e istitucioneve shëndetsore sipas barres së shërbimit), përcakton makro-grupimet e shërbimeve shëndetësore, ku "niveli" i kujdesit bëhet i matshëm nga pikëpamja e perdoruesit dhe qëndrave shëndetsore. Kategoritë e përfitimeve të konsideruara në katrorët e ndryshëm jana trajtuar nga grupimet e NEA-s, por kuptohet në lidhje me karakterizimin e ofertës dhe kërkesës për shërbime shëndetësore.

Fig 4. – *Matrica e përfitimeve shëndetësore*



Zona e vijezuar e matricës përcakton kategoritë e ndërhyrjeve parandaluese, për të cilat, siç u tha më parë, duke parapërgatitur struktura delikate, ku aktivitetet kryesore i janë drejtuar komunitetit dhe jo klientit individual, nuk ekziston një ndarje nivelesh të matur në termat e barrës së sherbimeve asistenciale. Me fjalë të tjera, ndërhyrjet parandaluese nuk percaktojnë zgjidhje strukturore dhe organizative, për të cilat mund të ketë kuptim vlerësimi i barrës dhe përshtatshmërisë. I shërbyeri, të cilit i drejtohet veprimtaria e parandalimit, rezulton marrësi si pjesë e një komuniteti; kjo e bën të kuptueshme, pse nuk e justifikon intensitetin e ulët të nevojës për kujdes. Deri në momentin kur, në ofrimin e shërbimeve parandaluese, departamenti mund të përfshijë struktura te tjera shëndetësore (spitalet apo rajonet), mund të ketë kuptim një matje e niveleve te barrës dhe një vlerësim të përshtatshmërisë të lidhur me aktivitetet e parandalimit. Kjo shpjegon zgjedhjen për të përfunduar prezantimin duke përfshirë aktivitetin themelore te parandalimit, i cili, përveçse i përgjigjet nevojës për kujdes të përdoruesit, paraqet një funksion të Shërbimit Shëndetësor me vlerë strategjike në rritje.

Duke pasur parasysh kuadrantet individuale në detaje:

Kuadrati 1 - *Parandalimi me intensitet të ulët të kujdesit*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Aktivitete parandaluese të realizura me përdorimin e objekteve rajonale. Parandalim kolektiv dhe shëndet publik.

Karakterizimi:

- Aktivitete parandalimi për të përmbushur nevojat kolektive të natyrës psiko-sociale me rrezik të ulët për shëndetin,
- Karakteri higjieniko - shëndetsor, me permbajtje të ulët teknologjike dhe specialiste,
- Të arrira përmes departamentit te parandalimit,
- Kosto të ulët-mesatar të përdorimit të strukturës,
- Rrezik të ulët të papërshtatshmerisë.

Kuadrati 2 – *Parandalimi me intensitet të mesem të kujdesit*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Aktivitetet e parandalimit të realizuara në shtëpi. Parandalimi dhe siguria e ambjentit të punës. Aktiviteti mjeko-ligjore.

Karakterizimi:

- Aktiviteti i parandalimit për të përmbushur nevojat e natyres psiko-sociale me rrezik të mesëm për shëndetin,
- Karakteri higjieniko-shëndetesor, përmbajtje mesatare specialistike dhe teknologjike.
- Te realizuara përmes departamenteve të parandalimit me zgjidhje në shtëpi
- Kostoja mesatare e përdorimit të strukturës,
- Rreziku i mesëm i papërshtatshmërisë.

KUADRATI 3 - *Parandalimi me intensitet të lartë kujdesi*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Aktiviteti i departamenteve parandaluese i realizuar me përdorimin e strukturave spitalore; aktiviteti kërkimore mjeko-shkencore

Karakterizimi:

- Aktiviteti i parandalimit për të përmbushur nevojat psiko-sociale me rrezik të lartë për shëndetin,
- Mbizotërimi i karakterit mjeko-shkencore, me permbajtje te larte teknologjike dhe të specializuar,
- Te realizuara përmes departamentit të parandalimit, spitaleve dhe objekteve kërkimore mjeko- shkencore,
- Struktura me kosto të lartë; kostoja e lartë e përdorimit të strukturës,
- Rreziku i lartë i papërshtatshmërisë.

Kuadrati 4 – *Rehabilitimi i Qarkut*

Ndërhyrjet e perkujdesjes:

Mbështetje rajonale për pacientët me AIDS, Asistencë social-shëndetësore për tosikodipendentet, ndihmë sociale dhe shëndetësore për vartësit e alkoolit, trajtimin rehabilitimi per sëmundjet mendore, ndihma keshilluese lindjeje; Kujdes terapeutik; Kujdes të lehtë dhe të thjeshtë në shtëpi.

Karakterizimi:

- Aktivitet rimëkëmbës / rehabilitimi i patologjive funksionale me rrezik të ulët për shëndetin,
- Karakteri mbizotërues socio-sanitare (performance me integrim të lartë social-shendetesor dhe sherbime sociale me rilevim shëndetesor), permbajtje të mesme / të ulët teknologjike dhe profesionale.
- Zbatohet nëpërmjet strukturave të qarkut,
- Kosto të ulët / mesme të përdorimit të strukturës,
- Rrezik i ulët i papërshtatshmerisë.

Kuadrati 5 – *Rehabilitim kompleks në Shtëpi*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Kujdes spitalor në shtëpi për rehabilitim. Perkujdesje në shtepi e integruar për rehabilitimin për: Pacientët me AIDS, me aftësi të kufizuara, të moshuarit.

Karakterizimi:

- Aktiviteti i rekuperimit / rehabilitimit të patologjive të natyrës funksionale me rrezik të mesëm për shëndetin,
- Karakteri socio-sanitare (sherbime me integrim të lartë socio-sanitar dhe shërbimet shëndetësore të rëndësishme për shoqërinë), përmbajtje e mesme e specializimit dhe teknologjisë,
- Të realizuar me organizimin e integruar në shtëpi

- Mesatarë / të ulët shpenzimet dhe kostot e përdorimit të strukturës,
- Rrezik të mesëm të papërshtatshmërisë.

Kuadrati 6 - *Rehabilitimi Spitalor*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Kujdes spitalor për rimëkëmbjen / rehabilitimit, kujdes spitalor rehabilitim për pacientët me AIDS, trajtim spitalor të sëmundjeve mendore, dhe dipendenteve te alkoolit.

Karakterizimi:

- Aktiviteti i rimëkëmbjes/ rehabilitimit të patologjive akute me natyre funksionale të mesme / të lartë rreziku për shëndetin,
- Roli mbizotërues i mjekut, përmbajtje të lartë specialistike, teknologjike dhe profesionale,
- Të realizuara përmes strukturave spitalore, shumë të integruara,
- Kosto të lartë e përdorimit të strukturës,
- Rrezik i lartë i papërshtatshmërisë.

Kuadrati 7 - *Kujdesi Qarkut*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Kujdesi mjekesor të specializuar, kujdesi mjekesor përgjithshëm dhe pediatrik ambulatorial dhe në shtëpi, kujdesi infiermerik ambulator dhe në shtëpi, ndihma farmaceutike.

Karakterizimi:

- Aktivitetet e sëmundjeve të zakonshme me natyre biologjike me rrezik të ulët per shëndetin,
- Roli mbizotërues i mjekut specialist dhe të pergjithshëm, me teknologji të ulët,
- Të kryera përmes njësive operative të vendosura në të gjithë zonën (klinika dhe farmaci) apo ndërhyrjeve të thjeshta në shtëpi,
- Struktura me kosto të ulët / mesme, kosto të ulët të përdorimit të strukturës
- Rrezik i ulët i papërshtatshmerise

Kuadrati 8 - *Home Care komplekse*

Ndërhyrjet e përkujdesjes:

Kujdes në shtëpi për trajtim. Kujdesi në shtëpi të integruar per kurim: për pacientët me AIDS, me handicap, të moshuarit.

Karakterizimi:

- Aktivitetet e trajtimit të sëmundjeve biologjike me rrezik te mesëm për shëndetin,
- Roli i mjekut të përgjithshëm dhe të specializuar (kujdes me integrim të lartë socio-sanitar dhe kujdes shëndetësor rilevim social) me përmbajtje të mesme të specializuara dhe teknologjike,
- Te realizuara me organizim të integruar në shtëpi,
- Kosto mes./ të ulët të përdorimit të strukturës,
- Rrezik të mesëm të papërshtatshmërisë.

Kuadranti 9 - *Kujdesi Spitali*

Ndërhyrjet e perkujdesjes:

Ndihma spitalore e drejtoreve të spitaleve, kompani spitalore, shtepi kurimi te konvecionuara dhe asistence relative infermierësh.

Karakterizimi:

- Aktivitetet e kurimit të patologjive akute me natyre biologjike me rrezik të lartë per shëndetit,
- Roli mbizotërues i mjekut me permbajtje të lartë teknologjike dhe të specializuara,
- Të realizuara përmes strukturave te tipit spitalore, shumë të integruara,
- Struktura me kosto të lartë; kostoja e lartë e përdorimit të strukturës,
- Rreziku i lartë i papërshtatshmërisë.

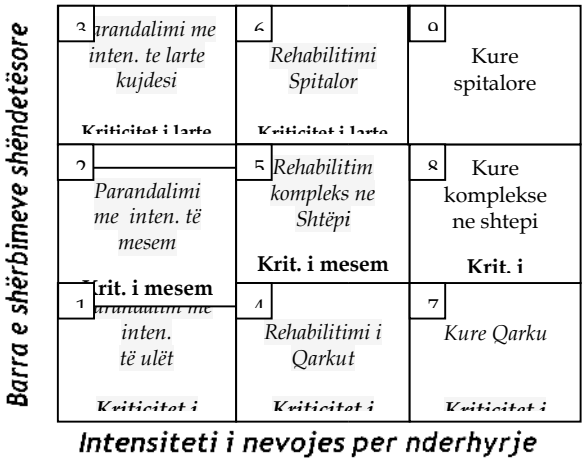
Siç vihet në dukje, përfaqësimi i propozuar qartëson interpretimin e rrezikut të papërshtatshmërisë funksionale për *objektivin e kontrollit të kostos*. Rreziku i papërshtatshmërisë është, në fakt, shumë më i lartë kur bëhet fjalë për përdorimin e zgjidhjeve me kosto të lartë të shërbimit. Megjithatë, shtrohet çeshtja e papërshtatshmërisë në çdo nivel të kujdesit dhe është thënë se përshtatshmëria e

performancës *"është e lidhur me përdorimin e duhur dhe jo me llojin e performancës individuale"*. Fokusimi mbi përdorimin do të përqëndrohet në nevojat e marrësit dhe pikëpamjes së tij.
Propozimi i matricës të përfitimeve shëndetësore shenon pra, një numër aspektesh që humbasin nëse nuk disponohet një pasqyrë e mirefillte e një modeli. Siç do të shihet më poshtë, evidentohen fushat e mosmarrëveshjeve mes istitucioneve shëndetësore dhe përdoruesit. Një divergjencë kjo mbi vlerësimin e përputhshmërisë së performancës në lidhje me nevojat e kujdesit, ndaj përshtatshmërisë. Nëse është e qartë që kjo e fundit mund të vlerësohet teknikisht, nga ata që janë në gjendje për të kryer një analizë rigoroze, është e vërtetë se shumë nga aspektet karakterizojnë në *primis* pacientin, nëpërmjet një strukture organizative per të përcaktuar më mirë (mendohet per shoqatat e shumta te pacienteve, institucionet e mbrojtjes, etj.) aftësitë e nevojshme për të kundërshtuar vlerësimin e tyre. Ndërtuar në këtë mënyrë, pra, matrica e shërbimeve shëndetësore bëhet një model shpjegues i strukturës dhe dinamikës të marrëdhënieve midis istitucionit të kujdesit shëndetësor dhe përdoruesit në lidhje me ofrimin e shërbimit shëndetësor, e cila lejon të krahasohen të dy pikepamjet në drejtim të performancës së tyre, në përputhje me metodën e propozuar nga marketingu relacional.

1.5. *Analiza e rëndësisë së shërbimit shëndetësor*

Nga ndarja e matricës në dy përfaqësime të veçanta që dallojnë prespektivën e istitucionit shëndetsor nga ajo e përdoruesve, mund të nxjirret në pah vlerësimi i ndryshëm i *kritikes* së shërbimit shëndetësor në krahasim me kërkesat specifike (Figurat 5a dhe 5b); eshte parë, në fakt, se ajo që është më e dashur për përdoruesin është shëndeti i tij, për mbrojtjen e të cilit manifeston nevoja me intensitet të ndryshëm, ndërsa ajo që ka më shumë rëndësi per istitucionet shëndetësore është barra e përgjithshme e shërbimit shëndetësore.

Fig. 5a *-Kritika e shërbimit shëndetësor në pikepamjen e istitucioneve shendetesore*



Në prespektiven e përdoruesit, vlerësimi i përshtatshmërisë së sherbimit prodhon gjykime të ndryshme: edhe ai "rrezikon", sidomos si pacient, një papërshtatshmëri të sherbimit, rrezikon shëndetin, si objektiv parësor, qëllimi përfundimtar i SSK. Duke lidhur kritikën me rrezikun e papërshtatshmërisë, ky do të jetë i lartë për nevojat e kujdesit, i mesëm për nevojat rehabilituese dhe i ulët për ato të parandalimit.

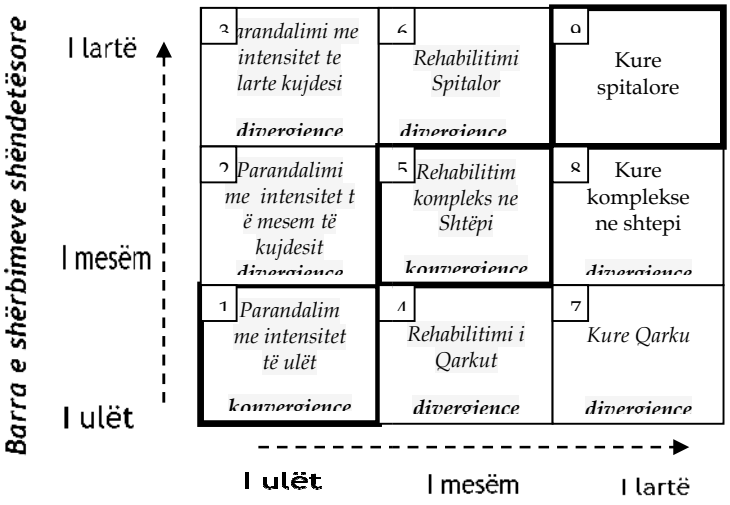
Fig. 5b – *Kritika e shërbimeve shëndetësore në perspektivën e përdoruesit*



Për pacientin, shërbimi është edhe më i përshtatshëm sa më i sigurte është efektiviteti. Mund të lexohet, pra një shkallë sigurie, caktuar niveleve të ndryshem të sherbimit, i cili supozohet më i madh për nivelet e larta të kujdesit, të paktën në terma të përgjithshme në lidhje me situatën aktuale të kujdesit shëndetësor. Përshkruhet, në këtë mënyrë, një lexim i përshtatshmërisë, e afërt me konceptimin e tij origjinal.

Duke mbivendosur të dy përfaqësitë, matrica tregon fushat e mundshme të konvergjencës dhe divergjencës mes istitucionit dhe përdoruesit në vlerësimin kritik te shërbimit shëndetësor (Figura 6).

Fig 6. - *Struktura dhe dinamika e konvergjencës / divergjencës midis istitucionit dhe pacientit ne kritikën e shërbimeve shëndetsore*



Në fakt nga matrica është e mundur të lexohet që, per nevojat për kurim, perdoruesi mund të konsiderojë, në teori:

a. *asistencën spitalore*, me siguri të mjaftueshme, sepse është niveli më i lartë i kujdesit;
b. *asistenca komplekse në shtëpi*, me rrezik të lartë të përshtatshmërisë, sepse është një nivel më i ulët kujdesi;

c. *asistenca e qarkut*, me rrezik më të madh të përshtatshmërisë, sepse është një nivel edhe më i ulët kujdesi.

Megjithatë, ndërsa shfrytëzuesi tenton gjithashtu për të rritur kujdesin e kërkuar, për shkak të dinamikave te shumta socio-mjedisore (spostim nga lart - djathtas të matricës), istitucionet e kujdesit shëndetësor, duke ndjekur objektivat e përdorimit efikas të burimeve, kanë tendencë të kërkojnë mënyra për të zvogëluar intensitetin e përdorimit të objekteve (p.sh. zvogëlimin e kohës së kaluar në spital) ose të njëjtat investime strukturore (p.sh. duke zvogëluar numrin e spitaleve), duke e spostuar asistencen në shtëpi dhe rajon (zhvendosje drejt këndit te poshtëm në të majtë të matricës). Gjithashtu në mënyrë të konsiderueshme kontribuon dhe orientimi në integrimin socio-shëndetësore.

Lexohet, kështu, dinamika e nevojave te palëve (shiko shigjetat në Figurën 6), që tregon rrezikun në ashpërsim të divergjencave të ndryshme të mundshme mes qendrave dhe shfrytëzuesve të kujdesit shëndetësor, në masën që këto të fundit tentojnë për të kërkuar më shumë kujdes në spital, ndërsa istitucioni nga ana tjetër tenton të ofrojë zgjidhje të kujdesit shëndetësor "inferiore".

Fushat e konvergjencës shprehin, pra, kushtet e harmonisë mes palëve për shkallën e kritikës të shërbimit dhe, për këtë arsye, vlerësimin e vete përshtatshmërisë; fushat e divergjencave, tregojnë kushtet e mundshme të jo harmonisë. Vijon se përdoruesit, duke vlerësuar perspektivën e tyre, mund të nënvlerësojë sherbimin e istitucionit shëndetsore:

- Duke mosnjohur njësisë (kuadranti 2, 3 dhe 6);
- Duke mos e gjykuar si të përshtatshme (kuadranti 4, 7 dhe 8).

Në mënyrë të ngjashme, istitucioni shëndetësore mund të nënvlerësojë nevojat e përdoruesit:

- Mosnjohja e njësitë (kuadranti 4, 7 dhe 8);
- Duke mos e gjykuar si të përshtatshme (quadrants 2, 3 dhe 6).

Është e kuptueshme se vlerësimi i përshtatshmërisë së kujdesit nga reagimi i përdoruesit nuk i referohet llojit të sherbimit, por cilësisë së perceptuar. Duke pasur parasysh rastet, për fat të keq, ende të shumtë, të ashtuquajtur *neglizhencë mjekësore* është e qartë që përdoruesi tenton të kërkojë shkallë më të lartë sigurie të ofruara nga strukturat e niveleve të larta të kujdesit dhe ka frikë *ndryshimin*. Në këtë drejtim, konsiderohen disa hetime mbi vlerësimin e shërbimeve spitalore dhe të SSN në përgjithësi në territorin Italian.

Biomedical Monitor 2004 (Hetime të CENSIS, www.censis.it)

Qytetari dhe shëndetësia: së bashku në spital, të ndarë në "devolution"

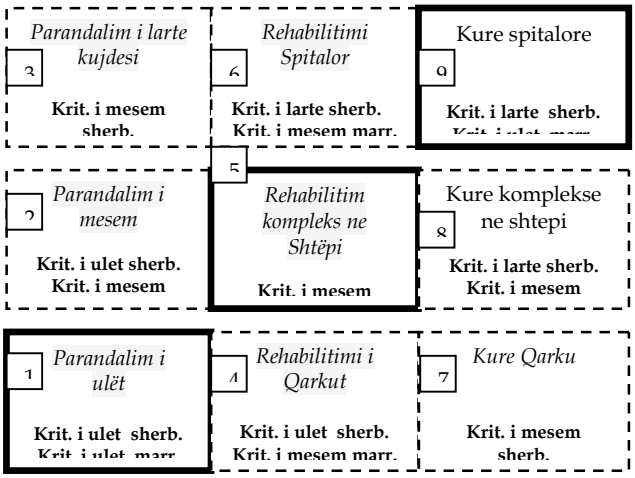
88, 5% e qytetarëve gjykojnë "pozitivisht" përvojën e vet, ose një të afërmi në spital. Ajo i përket këtij vlerësimi pozitiv: përkushtimin dhe profesionalizmin e mjekëve (84,1%) infermierëve (78,2%), rezultati i kujdesit (83,6%), dhe cilësia / disponueshmëria e pajisjeve teknologjike (78.1%). Mungesa e shërbimeve alternative (25.8%) dhe, mbi të gjitha, aftësia për të ofruar siguri për pacientët në spital, veçanërisht të moshuarit (28.7%), janë treguar si arsye e tepruar dhe nganjëherë të papërshtatshme per tiu drejtuar spitaleve nga qytetarët. Mesatarisht, qytetarët kanë një spital në rreth 8 km nga shtëpia, 55,9% kanë një në komunën e vendbanimit, 36,6% në krahinën e banimit. Në rast të sëmundjes së rëndë të 23,2% jane drejtuar në më të afërten, 38.5% në më të rëndësishmen në rajonin e tyre dhe 29.6% në më të rëndësishmen në Itali. Megjithatë, gjendja e qytetareve për spitalet e tyre lidhet veçanërisht me një lloj "sigurie institucionale". 9,0% (rreth 4 milion) deklaron se në rast të sëmundjes së rëndë të trajtohen në një spital jashtë vendit.

44% kanë gjetur disa lloje të tjerash problemi të tilla si: pritja e tepërt për shërbimet (18.7%), veprat e vrazhdësise (15.1%) dhe forma të neglizhencës (13,5%). Por pika e debatit qëndron në "procedurat e qasjes" sepse: më shumë se 55% për të hyrë në shërbime kane bërë "përdorimin e njohjeve", 47,2% kanë qenë "të detyruar të ndryshojnë struktura",24.7% kanë ardhur përmes Departamentit te Emergjencave, 23.5% thonë se kanë qenë të detyruar të largohen shumë herët nga qendrat shendetësore dhe 21,3% janë transportuar me ambulancë në struktura të shumta. 8, 7% thanë gjithashtu se kishin paguar para për të hyrë në shërbimet spitalore.

Në efektivitetin e marrëdhënies ndikojnë kushtet e harmonisë mes istitucionit shëndetësore dhe përdoruesve, siç përcaktohen nga shkalla e konvergjencës midis dy perspektiva.
Në këtë pikë, matrica e përfitimeve shëndetësore mund të ketë fuqi më të madhe shpjeguese në lidhje me qëllimet e këtij diskutimi, duke nënvizuar rëndësinë e përfitimeve shëndetësore në varësi jo vetëm te kritikës së shërbimit, por edhe të marrëdhënies siç tregohet në fig 7.[20] Në matricë është sintetizuar një vlerësim i rëndësisë së shërbimit shëndetësor për efektivitetin e përgjithshëm të marrëdhënieve të vendosura:

- nga pritjet e ndihmës te përdoruesve;
- nga barra e ndërhyrjes të istitucioneve shëndetësore;
- shkallës së konvergjencës midis perspektivës se përdoruesit dhe perspektivës së istitucioneve shëndetsore.

Fig 7. - *Rëndësia e përfitimeve shëndetësore në varësi të kritikës të shërbimit dhe marrëdhënieve*



Pasqyrimi i propozuar ofron një çelës për të kuptuar marrëdhëniet mes ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe përdoruesit, të cilat, duke filluar nga struktura aktuale e shërbimeve shëndetësore, ofron një interpretim funksional për të nxjerrë në pah kushtet e kënaqësisë, duke marrë parasysh veçoritë e performancës dhe proceset që karakterizojnë kujdesin shëndetësor.

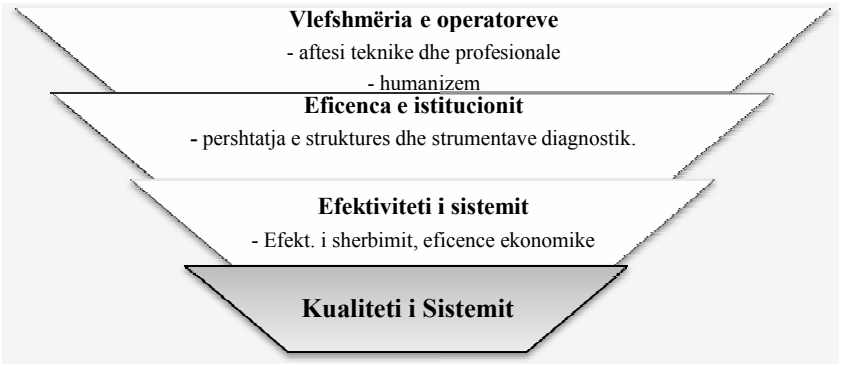
1.6. *Efektiviteti i shërbimeve shëndetësore*

Konsideratat e mësipërme kanë treguar një kuadër që përshkruan marrëdhëniet mes ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe përdoruesve. Duke supozuar, në këtë pikë, optikën e istitucionit shëndetësore, mendohet se si ajo mund të vlerësojë efektivitetin e punës së saj në perspektivën e

[20] BARILE S., NIGRO C., TRUNFIO M., *Un modello per la valutazione della rilevanza dei sovrasisterni*, in «Esperienze d'Impresa», numero monografico S/1, Boccia Ed., 2002. Si veda, inoltre, IANNUZZI E., TRUNFIO M., *Premesse metodologiche per la valutazione della rilevanza intersistemica: il livello macro e micro*, in «Esperienze d'Impresa», Boccia Ed., 2002.

përdoruesit. Është thënë se duhet menduar në aspektin e "cilësisë së perceptuar", duke marrë parasysh se kush është kuptimi i "performancës efektive" për përdoruesit[21].
Analiza e problemit të vlerësimit të shërbimeve shëndetësore, i përshtatur sipas temës së cilësisë[22], siç do të shihet më vonë, thekson rëndësinë e dimensionit relacional të cilësisë së shërbimit. Në qasjen me Marketingun relacional, vlerësimi i efektivitetit të marrëdhënieve me përdoruesit, është një problem qëndror, i cili sinjalizon nevojën për një model referimi, që mund ti sigurojë Trupit Drejtues të institucionit shëndetësor një metodologji vlerësimi efektiv në lidhje me zgjedhjet e tyre relacionale.
Së pari, është e dobishme për të sqaruar kuptimin e "efektivitetit" në kontekstin e shëndetit. Efektiviteti i shërbimeve konsiderohet si elementi kryesor i efektivitetit të sistemit, dhe elementi kryesor i cilësisë së shërbimeve shëndetësore [23] (figura 8). Sipas kësaj qasjeje, cilësia e përgjithshme është një kombinim i cilësisë së sistemit, në cilësinë e organizatave dhe në cilësinë e performancës.

Fig 8. - *Gypi i cilësisë në sektorin shëndetësor*



Burimi: Pershtatur nga SCIARELLI S., *Qualità, etica, economia nella gestione delle aziende sanitarie,* cit., p. 153

Megjithatë, kjo nuk shpjegon rastet e inefikasitetit të sistemit, pavarësisht nga jo cilësia e tyre. Miratimi i një perspektive sistematike lejon të konstatohet se sistemet me objektiva të caktuara mund të dalin nga struktura të ndryshme, dhe për qëllimet e efikasitetit të përgjithshëm nuk zbulojnë aq shumë cilësinë e elementeve të ndryshme të identifikuar se sa harmonine mes tyre[24]. Pikerisht në shëndetësi shumë shembuj konfirmojnë atë që u tha. Për shembull, shërbimet e ofruara nga një operator i kualifikuar me përdorimin e një paisje të vjetëruar mund të jetë më efektive se ajo e parashikuar nga një operator në mënyrë të barabartë të kualifikuar, e cila,

---

21 Si veda ADINOLFI P., Qualità e orientamento all'utente nelle aziende sanitarie pubbliche, in ANSELMI L., SAITA M., (a cura di), La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie — l'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale, Il sole 24 Ore, Milano, 2002.

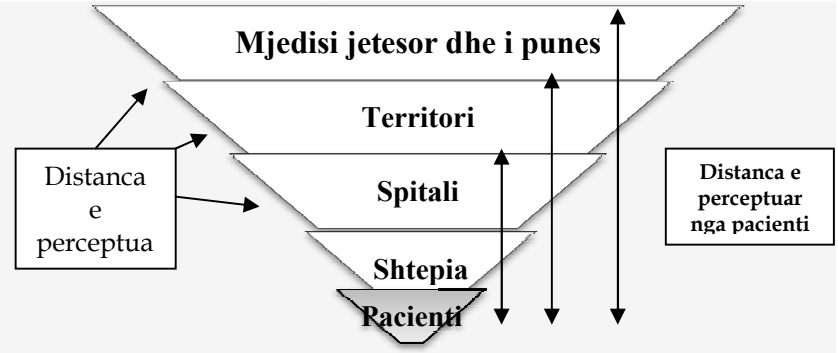
22 Si veda, in proposito, FERRARA M., *Qualità e Organizzazione. Movimento della qualità e modelli di coordinamento,* «Collana di Studi Aziendali», Giappichelli, Torino, 1996. Sul tema della valutazione in sanità si veda IPPOLITO A., *La valutazione del personale negli enti locali e nelle aziende sanitarie,* Collana di Studi Aziendali e di Marketing — Sezione Imprese di Servizi e Aziende Pubbliche n. 13, Ce- dam, Padova, 2003.

23 Cfr. SCIARELLT S., *Qualità, etica, economia nella gestione delle aziende sanitarie,* in ACHARD P., FONTANA F. (a cura di), Atti del Convegno *Economia e Direzione delle Aziende Sanitarie. Luci, ombre, prospettive a cinque anni dalle riforme,* Istituto di Studi Aziendali «Carlo Caramiello» Quaderno di Ricerca n. 8, Rirea, 1998, p. 153.

24 Cfr. GOLINELLI G.M., *op, cit.,* vol. I, cap. 3, e BARILE S., SAVIANO M., *Elementi di qualificazione del pensiero sistemico,* in BARILE S. (a cura di), *Contributi sul pensiero sistemico in economia d'impresa,* in «Collana Arnia», n. 18, 2000.

megjithatë, është keq-organizuar me përdorimin e një paisje të re. Në perspektivën sistematike bëhet e qartë se cilësia e sistemit nuk varet aq shumë nga cilësia e strukturës, sesa *nga konsonanca (harmonia) mes pjesëve të strukturës nga ku del sistemi*: sa më e lartë eshte konsonanca aq më shumë sistemi konvergon drejt qëllimeve në mënyrë optimale në prodhimin e rezultatit të fiksuar.
Këto konsiderata janë kritike në përcaktimin e strategjive për të përmirësuar cilësinë e performancës dhe të perceptimeve nga përdoruesit. Përdoruesi percepton rezultatin sistemik të ndërveprimit të ofrimit të shërbimit shëndetësor dhe janë këto të fundit interesi kryesor. Një dispozitë është efektive për përdoruesit, nëse arrin qëllimin; çështjet e tjera vleresohen, por vetëm në një mënyrë të mesme. Kjo shpjegon, si shfrytëzuesi mund të jetë sot mjaft i kënaqur, pavarësisht nga gjendja e dukshme e shumë strukturave të SSK. Italianët, për shembull, vlerësojnë pozitivisht spitalet, pavarsisht faktorëve të caktuar të negativitetit; për shembull, listat e pritjes për qasje në sherbime; "ata e konsiderojnë të përshtatshme për të rritur efikasitetin e përgjithshëm të spitalit, duke vënë dorën jo aq shumë në thelbin e ofrimit të kujdesit dhe trajtimit, sa në kostot e lidhura me funksionet administrative dhe burokratike te mikpritjes".[25]
Duke u përqëndruar në pritjet, perceptimet dhe paragjykimet nga ana e përdoruesve mbi përfitimet e istitucionit shëndetësor, eshte e mundur në këtë pikë, të prezantohet një koncept i dobishem për të nxjerrë në pah kushtet e perceptimit të përdoruesit në dinamikën e ndërveprimit asistencial. Përdoruesi merr ndihmën e dhënë nëpërmjet një sërë ndërhyrjesh në nivele të ndryshme; quhen *nivele* ato që korrespondojnë me kategorite e NEAs (spital, territori, ambjenti që jetojmë dhe mjediset e punës)[26]. Ndaj eshtë e arsyeshme, të besojmë se, marrësi i shërbimit, mund të vlerësojë këtë të fundit ndryshe në varësi të nivelit të sigurimit, për shkak të "distancës se perceptuar" (figura 9).
Siç shihet në figurë, në fakt, ndryshe nga niveli i ndihmës në ambjentin ku jeton dhe punon, shpesh individi nuk ka as perceptimin e shërbimeve të marra, kryesisht të trajtuara si aktivitete parandaluese drejtuar komunitetit; ai përjeton në menyrë direkte dhe të menjëhershme, me përfitimet që synojnë veçanërisht në personin e tij, të tilla si spitali apo shtëpia.

Fig 9. - *"Distanca e perceptuar" të ndërhyrjeve të kujdesit*



25 Cfr. Monitor Biomedico 2004 del Censis *e Economia 2000,* 30 ottobre 2004, p. 13.

26 GOLINELLI C.M., Il Territorio Sistema Vitale. Verso un modello di analisi, Giappichelli, Torino, 2002. Si vedano, inoltre, TANNUZZI E., BASSANO C., La riqualificazione territoriale locale in ottica sistemico-vitale. Criteri di valorizzazione e benchmarking, in «Esperienze d'Impresa», n. 1/2003.

Duke ndarë këtë mendim, mund të besohet se perdoruesit e perceptojnë si më të "afërt" ndërhyrjet e marra në shtëpinë e tyre apo në spitale dhe si të largët ato të dhëna në territorin e jetesës dhe ambientit të punës. Megjithatë, perceptimi i kësaj "distance", nuk mund të mos reflektojë mbi dinamikën e ndërveprimit të kujdesit pra, kënaqësisë dhe vlerësimin e efektivitetit të marrëdhënies. Kjo gjithashtu shpjegon ndjeshmërinë më të vogël ndaj aktiviteteve parandaluese, të parashikuara në mjediset e jetesës dhe të punës, në krahasim me ato të perceptimit të menjëhershëm te tipit kurativ, të shperndara në nivele të tjera, duke zbuluar gjithashtu edhe kushtet e mundshme te mosmarrëveshjeve në lidhje me rëndësinë e sherbimeve me autoritetin shëndetësor, dhe sistemin e kujdesit shëndetësor si një e tërë, theksuar tashmë në figurën 6. Nga ana tjetër, lexohen kushtet dhe linjat e mundshme të veprimit për të shfrytëzuar më mirë shërbimin në shtëpi nga ana e te ndihmuarit, i cili, në fakt, do të jetë në gjendje të shoh se është zgjidhja më e mirë dhe si "më e afërt" se sa spitali, edhe pse aktualisht nuk është në gjendje të ofrojë të njëjtën siguri. Kështu, autoriteti shëndetësor mund të rekuperojë efikasitetin e objekteve shëndetësore, nëse nuk i redukton, në favor të ndihmës më të madhe ndaj asistencës të rrethit / kujdesit në shtëpi, ne bashkëpunim me operatorët e ndihmës sociale të mbështetur nga subjektet institucionale (autoritetet lokale).

Shqyrtimi i çështjeve jep në këtë drejtim, shumë reflektime, duke sugjeruar mënyra të mundshme strategjike për të përmirësuar perceptimet e shërbimeve, që bëjnë rekrutim:

- Në *ndërgjegjësimin e përdoruesve mbi rëndësinë e përfitimeve shëndetësore* të perceptuara si më pak kritike, vetëm sepse konsiderohen si më të "largët" (për shembull, fushata informative për aktivitetet e kërkimit mjekësor dhe shkencor dhe sensibilizimin mbi rëndësinë e tyre për mbrojtjen e shëndetit);
- *Mbi perceptimin e përshtatshmërisë së zgjidhjeve të propozuara drejt larmisë se pritjeve te perdoruesit.*

Si pjesë e proçesit të shpërndarjes së shërbimeve, në madhësi të ndryshme dhe të ndryshueshme, identifikohen komponentë të ndryshëm në marrëdhënie me përdoruesit, që percaktojnë, nga ana tjetër, kushte dinamika dhe efekte të ndryshme mbi pritjet dhe perceptimet e klientit. Në atë masë që këto të fundit, kërkojnë shërbime që shkojnë përtej logjikës se performancës dhe që garantojnë mirëqenien, duke marrë gjithnjë e me shumë rolin e *klientit*, qofte pacient, punëtor, qytetarë, etj., të cilët zgjedhin lirisht në fushën e ofertave shëndetësore shërbime më të nevojshme, sa më shumë aspektet bëhen të rëndësishme.

Marrëdhëniet komplekse mes ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe përdoruesit, në strukturën aktuale te kërkesës dhe ofertës të shërbimeve shëndetësore, marrin, pra, aspekte të ndryshme në çdo rast. Në zgjerimin e përmbajtjeve të përshkruara të shërbimit shëndetësor, marredhenia mjek-pacient merr karakteristikat e komponentit kryesor, i cili, ndryshe nga komponentët e shërbimeve të tjera, ka shkallën më të lartë të korrelacionit me qëllim mbrojtjen shëndetësore. Në këtë nivel, autoriteti shëndetësor garanton besueshmërinë më të madhe të tij: dhe është kjo arsyeja që ajo duhet të përcaktohet në lidhje me pozitën e saj konkurruese në fushat e tregut të sistemit shëndetësor. Ka pastaj komponentë të tjerë të performancës, të natyrës jo-mjekësore por funksionale, më shumë ose më pak të drejtpërdrejtë, mbi komponentin *core* të shërbimit. Bëhet fjalë për ato aktivitete të ofruara nga personeli jo-mjekësor në përmbushjen e roleve profesionale (p.sh., infermierë) dhe teknike (p.sh. radiologu), drejtuar në përgjithësi përdoruesve si pacient dhe që kanë një marrëdhënie me objektivin e mbrojtjes së shëndetit, si funksional ndaj efektivitetit të përgjithshëm të shërbimeve mjekësore që i drejtohen pacientit. Të gjitha aktivitetet e tjera, të cilët të çojnë gradualisht në pasurimin e ofertës, të ofruara nga istitucionet shëndetësore në ushtrimin e shërbimeve administrative dhe të konsumatorëve, janë plotësues kudrejt atyre funksionale me

objektiv shëndetin. Është kryesisht në lidhje me to, që qendra e shëndetit duket shumë e ngjashme me organizatat e tjera të shërbimit, duke parë përdoruesin si *klient*.
Reflektimet e marra tregojnë një "shpirt të dyfishtë" të istitucionit shëndetësor modern, qe e bën sa "ndërmarrje", aq edhe "shëndetësore" (duke theksuar shëndetësore, si "në lidhje me mbrojtjen e shëndetit"). Nevoja për të dalluar se çfarë lidhet me dy shpirtrat zbulon shumë në drejtim të vlerësimit të efektivitetit relacional, sepse në qoftë se shpirti "biznes" është plotësisht në përputhje me çdo gjë që ka të bëjë me vizionin e klientit si klient dhe logjikën e lidhur me vlerësimin e kënaqësisë, nuk mund të thuhet të njëjtën gjë për shpirtin "shëndetësor" ose, më mirë, për atë që ka të bëjë me shëndetin direkt (ose edhe me rrugë sociale), ku ndërhyjnë logjika dhe vlera thellësisht të ndryshme, që ndryshojnë kushtet dhe termat e efektivitetit të marrëdhënies.
Marrëdhënia mes mjekut dhe pacientit, që është përmbledhur këtu dhe që simbolizon gjithçka që ka të bëjë me një kategori shumë të veçantë të të mirës publike - shëndetin - karakterizohet nga kushte të dukshme të informacionit josimetrik dhe psikologjike, e cila vë të dytën në nevojën per ti "besuar" të parit, duke i bërë komponentët si besimi absolutisht të rëndësishëm në marrëdhënie; megjithatë, ky komponent bëhet, shumë më pak i rëndësishme, për shembull, në një aktivitet të shërbimeve, të tilla si lëshimin e një çertifikate, ku kënaqësia është e lidhur me parametrat e përbashkët të vlerësimit.
Edhe kur merret vizioni i pacientit si "klient", në anën tjetër, shpesh duket se mbizotëron logjika e drejtimit të njëanshëm në marrëdhënie me përdoruesin: ende në shumë fusha, kjo e fundit merr shërbimet në dispozicion për të, pa marrë asnjë rol aktiv, pavarësisht nga pjesëmarrja e njohur, "duke duruar", në një farë mënyre fuqinë e sovrasistemit te personit qe ofron shërbimin.
E gjithë kjo do të thotë se marrëdhëniet mes istitucionit shëndetësore dhe të asistuarit është vetëm se e gjeneralizuar, sepse imponon kritere dhe logjika të ndryshme me një efekt të qartë mbi nivelin e zgjedhjeve strategjike dhe të manovrës të levave operative. Në qoftë se, në fakt, një reflektim mbi kënaqësinë e konsumatorit në shëndetësi ka kuptim, kjo vjen si rrjedhojë pikërisht në drejtim të nevojës për të kërkuar linjat e mundshme të veprimit dhe mekanizmat e përmirësimit jo vetëm të efikasitetit, por edhe të efektivitetit në istitucionet shëndetësore në kontekstin e tyre të referimit. Është përgjegjësi e istitucionit për të dalluar qellimet e kënaqësisë në situata të ndryshme ne marrëdhënie me klientët duke mbetur koherent në manovrimin e levave strategjike dhe operacionale.

TEMA 13

KËNAQËSIA E KLIENTIT; EFIKASITETI I SHËRBIMEVE; VLERËSIMI I CILËSISË

Çdo kompani, qoftë publike apo private, prodhues i mallrave apo shërbimeve, vendoset (pozicionohet) në treg dhe vepron në përputhje me aftësitë e saj për të ndjekur qëllimet e veta institucionale; kjo aftësi është përmendur shpesh në literaturën ndërkombëtare nën emrin anglo - sakson *performance*, një koncept i cili përfshin të gjithë botën komplekse brenda të cilit kompania apo institucioni operon. Por me një rëndësi të veçantë janë dhe tre përkufizime të tjera, të cilat së bashku përcaktojnë nivelin e përgjithshëm të *performancës*: produktiviteti, efikasiteti dhe efektiviteti. Dy të parat kanë rëndësi thjeshtë të brëndshme me mjedisin e biznesit:

- E para, në fakt ka të bëjë me aftësinë e firmës për të kthyer faktorët prodhues (inputet e punës, kapitalit, lëndët e para, apo siç quhen ndryshe *inputet e prodhimit teknik*), në produkte (output) duke u dhënë një standard të caktuar dijes dhe teknologjive të përdorura (i ashtuquajturi *progresi teknik*);
- E dyta, ka të bëjë me aftësinë për të përshtatur proçesin e prodhimit në një standard optimal të prodhimit (ose *kufiri efikas i prodhimit*);
- E treta, ka valencë si të jashtme dhe të brendshme, pasi ka për qëllim të marrë në konsideratë nëse dhe në çfarë mase produkti efektiv plotëson nevojat për të cilën është prodhuar.

Për të ndërtuar një sistem të kujdesit shëndetësor që shikon në fakt pacientin / klientin në qendër, është e nevojshme që të gjithë operatorët, pavarësisht rolit që ata luajnë dhe kanë në kuadër të sistemit të ofertës, të pasurojnë aftësitë e tyre profesionale dhe kulturore dhe mjetet e marketingut. Deri tani është e ditur se sa e rëndësishme mund të jetë për një kompani të çdo madhësie të mbështetet në planifikim të mirë, komunikim të duhur dhe absolutisht në një produkt / shërbim gjithnjë të avancuar. Në këtë material është dashur të analizohet, me të gjithë rëndësinë e saj, koncepti i *customer satisfaction*, koncept i cili vetëm së fundmi po arrin të gjejë terren edhe në fjalorin shëndetësor. Analiza përshkruan disa nga metodat dhe teknikat mbi të cilat matet kënaqësia e klientit / pacientit, duke arritur në fund të parashtrohet dhe të jepen disa evidenca mbi vlerësimin e cilësisë totale të shërbimit shëndetësor, pse jo edhe të kostos së "*jo cilësisë*".

PJESA E DYTË

CUSTOMER SATISFACTION DHE VLERËSIMI I CILËSISË

"Customer satisfaction is worthless. Customer loyalty is priceless."

Jeffrey Gitomer

"Quality in a service or product is not what you put into it.
It is what the client or customer gets out of it."

Peter Drucker

2.1. KËNAQËSIA E KONSUMATORIT: NJË QASJE E RE

Organizatat sot propozojnë, në mes të shumë qëllimeve, përmirësimin e aftësive të tyre për të dëgjuar dhe "përgjuar" nevojat dhe vlerësimet e cilësisë të perceptuar nga konsumatorët dhe mbi sistemet e referimit. Në bazë të kësaj ideje, vetëdija që të "trajtosh" klientin, gjeneron shumë më tepër vlerë se një fokus i ngushtë në aktivitetet e shitjeve[1].

Një nga mjetet më të përdorura për këtë qëllim - e drejtpërdrejtë të njohë, në mënyrën më objektive dhe përfaqësuese të mundshme, vlerësimin dhe shkallën e kënaqësisë së klientëve të saj në lidhje me produktet / shërbimet e ofruara, duke identifikuar pikat kritike, planin e veprimit për përmirësim dhe duke krijuar qëllime të ardhshme të fokusuara drejt nevojave të konsumatorit - është matja e kënaqësisë së përdoruesit, më zakonisht e referuar si "*customer satisfaction*".

Në fakt, avantazhi konkurrues nuk vjen aq shumë nga menaxhimi i burimeve fizike dhe financiare, se sa nga aftësitë e kompanisë për të përshtatur aktivet jo-materiale të tilla si njohuritë, R&D dhe teknologjinë informative, kërkesave të klientit[2].

Kënaqësia e klientit është një koncept qëndror në mendimin dhe praktikën e marketingut modern: nëse organizata eshe në gjendje të kënaqë klientin / përdorues, përcakton një përfitim në aspektin e fitimeve me një rritje pasuese në nivelin e përgjithshëm të cilësisë. Ajo lejon

[1] Cfr. BERENSCHOT, *Modelli di management. Idee e strumenti,* Pearson Education Italia S.r.l., 2005, f. 62: "Nëse arrihet të identifikohen saktë klientët më të vlefshëm, duke i mbajtur dhe rritur blerjet e tyre, mund të gjenerohet më shumë vlerë se sa një qasje *one size fits all* ("një masë për të gjithë")". Mund të shikohet dhe F. BARBARINO, *Sistemi avanzati di gestione aziendale,* IPSOA, 2006, f. 94: "Ka qenë prej kohësh e njohur se të fitohet një klient është shumë më shtrenjtë se sa të mbahet një ekzistues: një deklaratë e vlefshme për çdo lloj biznesi dhe në çdo sektor. Marrëdhënia me konsumatorin duhet të ndiqet me kujdes, çimentuar në të gjitha mënyrat e mundshme: për ndërmarrjet që përdorin internetin për të bërë marketing, e-commerce, shërbime, është një rregull edhe më e rëndësishme."

[2] Cfr. KAPLAN R.S.,NORTON D.P. (2006), «Come attuare una nuova strategia senza danneggiare la propria azienda», *Harvard Business Review,* novembre, f.66.

takimin e nevojave të shprehura nga ana e përdoruesve, të tregut dhe të shoqërisë në përgjithësi[3].

Për këtë arsye, *customer satisfaction* së bashku me cilësinë e shërbimit, aktualisht përfaqësojnë qëllimet dhe objektivat kryesore në organizatat e sotme, qofshin ato publike dhe private: një klient i kënaqur është mjeti i domosdoshëm nga i cili krijohet një avantazh i qëndrueshëm në mjediset konkurruese[4]. Kohët e fundit, kënaqësia e përdoruesit në kontekstin e kujdesit shëndetësor është integruar gjerësisht në masën e "cilësisë totale" të organizatave në fjalë, veçanërisht në lidhjen mes kënaqësisë dhe respektimit të pacientit ndaj kurave dhe trajtimeve mjekësore[5].

Pavarësisht se shpesh ngatërrohen me njëri-tjetrin dhe përdoren si sinonime, kënaqësia dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimeve, janë dy gjëra të ndryshme. *Cilësi*, do të thotë akt gjykimi apo vlerësim në lidhje me performancën, e cila përfshin madhësi të ndryshme specifike për shërbimin e ofruar; shpesh herë i referohet disa prej faktorëve të jashtëm si çmimi dhe reputacioni i strukturës. *Kënaqësia*, megjithatë, është përcaktuar si një përgjigje e plotë në të cilën përdoruesi shpreh nivelin e tij të kënaqësisë *vs* mospëlimit; ajo është në thelb e bazuar në pritjet e ndërtuara nga përvojat e kaluara në lidhje me shërbimin e marrë[6]. Edhe pse cilësia e perceptuar e shërbimit mund të zbulohet për çdo transaksion të veçantë ose përvojë me shërbimin, ajo tenton të bëhet e përgjithësuar dhe të zgjasë më gjatë se kënaqësia e cila, megjithatë, është e rastit dhe specifike në lidhje me përvojën që përdoruesi ka pasur me shërbimin[7]. Për më tepër, ndërkohë që cilësia e shërbimit konsiderohet gjerësisht një konstrukt thelbnjohës, për t'iu referuar kënaqësisë, veçanërisht kohët e fundit, duhet të bazohesh në të dy komponentët si emocional ashtu edhe njohës që konsiderohen si një konstrukt më kompleks dhe të artikuluar[8].

Standartet ISO 9001 në lidhje me kënaqësinë e klientit specifikojnë se "*organizata duhet të zbulojë dhe analizojë informacionin nga perceptimi i konsumatoreve të saj pasi i ka përmbushur kërkesat e saj. Ky aktivitet është një nga vleresimet e performancës të sistemit të menaxhimit të cilësisë. Veprimtaria duhet të jetë e organizuar dhe sistematike, duhet të jenë të identifikuar proçedurat dhe kriteret për mbledhjen e të dhënave dhe përdorimin e tyre*."

Përkufizime të tjera të kënaqësisë së përdoruesit mund të gjenden në literatura të ndryshme.

Një përkufizim i rradhës i C.S. është "*perceptimi subjektiv i klientit në lidhje me përmbushjen e pritshmërive të tij në bazë të shërbimit që ka marrë*", dhe termi i kënaqësisë i referohet pra, gjendjes emocionale që e shoqëron deri në arritjen ose përmbushjen e një nevoje apo dëshire[9].

---

[3] Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction. Në V.A. Zeithaml (Eds.), *Review of Marketing*. Chicago, IL: American Marketing Association, 68-123.

[4] Patterson, P., Johnson, L., & Spreng, R. (1997). Modeling the determinants of customer satisfaction for business-to-business professional service. *Journal of Academic Marketing Science, 25*, 4-17.

[5] Newsome, P.R.H., & Wright, G.H. (1999). A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. British Dental Journal, 186 (4), 161-165.

[6] Oliver, R. (1997). Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer. London: McGraw-Hill.

[7] Martinez-Tur, V., Silla, J.M.P., & Ramos, J. (2001). *Calidad de servicio y satisfacciòn del cliente*. Madrid: Sìntesis.

[8] Oliver, R., *op. cit*. 1997.

[9] Galimberti U., Fjalor i Psikologjisë "*Le Garzatine*", 1999.

Një tjetër mënyrë për të parë CS është cilësia e perceptuar e një produkt / shërbimi e kuptuar si "*shkalla e kënaqësisë që një shërbim mund të japi për nevojat, pritshmëritë dhe dëshirat për një klient të veçantë"*, pasi vlerësimi i cilësisë përkon me matjen e kësaj kënaqësie[10].

CS në fushën e shëndetësisë, atëherë mund të kuptohet si "*perceptimi subjektiv i pacientit rezultuar nga kapaciteti i shërbimit të marrë për të kënaqur pritjet e tij për zgjidhjen e problemeve shëndetësore, modalitetet relacionale (konsideratat, plotësimi dhe kuptueshmëria e informacionit, mirësjellja, etj.) dhe komoditetin e mjedisit*".

Një aspekt problematik që ka të bëjë me këtë temë në kujdesin shëndetësor është se shumë prej këtyre studimeve janë të lidhura kryesisht në kuadrin komercial (bizneseve private) ku prej disa vitesh kënaqësia e klientit hetohet në detaje.

Disa përkufizime përshkruajnë kënaqësinë si rezultat i përvojës së konsumit të përjetuar nga klient / pacienti në drejtim të, për shembull, gjëndjes njohëse karakterizuar nga ndjenja apo jo e shpërblimit në mënyrë adekuate për sakrificat e bëra[11] ose përgjigje afektive kundrejt përvojave lidhur me produkt / shërbimin e blerë[12]. Përkufizime të tjera theksojnë kënaqësinë e proçesit të vlerësimit themelor, si një përgjigje e dhënë nga ana e përdoruesit për vlerësimin e një mospërputhje të perceptuar në mes të pritjeve të mëparshme dhe performancës se produkt / shërbimit[13].

Qasja për kënaqësinë si një proçes, duke pasur parasysh të gjithë përvojën e konsumatorit dhe duke i dhënë më shumë vëmendje proçeseve të vlerësimit, perceptimit dhe proçeseve psikologjike, është më e dobishme dhe më me interes se sa përqëndrimi vetëm në rezultatin final. Në këtë perspektivë, kënaqësia e konsumatorit mund të konceptohet si një element i një modeli më të ndërlikuar dhe të hollësishëm të sjelljes së klientit / përdorues e cila mund të zhvillohet me kalimin e kohës[14]. Kënaqësia e konsumatorit krahas një shërbimi, që rezulton nga krahasimi i perceptimit të shërbimit të marrë në lidhje me pritjet e mëparshme të konsumatorit, do të ndikojë në vlerësimin, ndjenjat, dhe tendencat e veprimit në drejtim të shpërndarësit të shërbimit, pse jo edhe në sjelljet e ardhshme që klienti do të ketë kundrejt shërbimit të dhënë.

Ndërsa *pritshmeritë* reflektojnë parashikimin e performancës nga ana e konsumatorit, në fazën pas blerjes se një produkti dhe / ose ofrimit të një shërbimi, *performanca* është në rezultatin përfundimtar (mënyra efektive për të blerë një produkt ose ofrimit të shërbimeve) ashtu siç është përjetuar nga ana e konsumatorit.

---

[10] Quartapelle A.Q., *Customer Satisfaction* eds McGraw-Hill, 1994.

[11] Howard, J.A., & Sheth, J.N. (1969). The Theory of Buyer Behavior. New York: John Wiley.

[12] Westbrook, R. A., & Reilly M.D. (1983). Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction. Në R. P. Bagozzi & A. M. Tybout (Eds.), Advances in Consumer Research, vol. 10. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 256-261.

[13] Mund të referoheni në: Oliver, R.L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research, 17(4), 460-469; Yi Y. *op. cit.* 1990.; Tse, D.K., & Wilton, P.T. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. Journal of Marketing Research, 25, 204–212.

[14] Ju lutem shikoni: Beardon, W.O., & Teele, J.E. (1983). Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. Journal of Marketing Research, 20(1), 21-28.; Day, R.L., & Landon, E.L. (1977). Toward a Theory of Consumer Complaining Behaviour. Ne A.G. Woodside, J.N. Sheth, & P.D. Bennett (Eds.), Consumer and Industrial Buying Behavior. New York, NY: North-Holland.; Davis, M.M., & Heineke, J. (1998). How disconfirmation, perception and actual waiting times impact customer satisfaction. International Journal of Service Industry Management, 9(1), 64-73.

Vlerësimi i përmbushjes së nevojave (*satisfaction*) vjen nga hendeku i mospërputhjes në mes të pritshmërive dhe performancës përfundimtare. Konsumatori do të jetë i kënaqur kur niveli i kryerjes së shërbimit do të jetë më i lartë se, ose të paktën e barabartë me nivelin e pritur dhe parashikuar nga ana e tij. Konsumatori mundet, megjithatë, të jetë i pakënaqur kur niveli i performancës së shërbimit në përgjithësi do të jetë më poshtë se pritjet.
Në këtë perspektivë, kënaqësia mund të përcaktohet, ose si një funksion i ndryshimit ndërmjet perceptimeve të konsumatorëve dhe pritjeve[15], ose si rezultat i proçesit të mohimit / konfirmimit të pritjeve nga perceptimet e performancës (*expectancy diconfirmation model* Oliver, 1980, 1981).

2.2. CUSTOMER SATISFACTION SI NJË MODEL PER MATJEN E EFIKASITETIT

2.2.1. Customer satisfaction: parimet dhe modelet e menaxhimit

Nga momenti kur evoluimi i formave të konkurrencës ka bërë të mundur zgjerimin e tregjeve, kanë ndryshuar parametrat e vlerësimit, objektivat, dhe për këtë arsye mënyrat dhe strategjitë në të cilat operojnë bizneset e të gjitha sektorëve të ekonomisë.
Faturimi (xhiroja), e konsideruar si një element per matjen e vlefshmërisë së biznesit, nuk është më e mjaftueshme: për këtë qëllim, ka ndërhyrë një faktor i ri vlerësimi: *aftësia e istitucioneve për të menaxhuar rezultatet afatgjata.*
Arritja e këtij qëllimi përfshin një revolucion në mënyrën e konceptimit të biznesit. Nuk është më një mjet për të krijuar pasuri, por një funksion për të përmbushur një detyrë të tregut: një funksion me mundësi të mira parashikimi për të ardhmen e istitucionit; një performancë e mirë kundrejt tregut. Dhe për të permbushur këtë kërkesë shkohet vetëm në një mënyrë: *duke fituar në mënyrë të vazhdueshme dhe me kalimin e kohës konsumatorin e vet*. E vetmja mënyrë e mundshme për të mbajtur një lidhje të vazhdueshme me konsumatorët e tyre, istitucionet e gjejnë në përmbushjen e vazhdueshme të nevojave të tyre për të arritur besimin dhe, besnikërinë e tyre; prandaj është e nevojshme të dinë vazhdimisht kënaqësinë e tregut në drejtim të produkteve apo shërbimeve që ata kërkojnë.
Kështu lind filozofia e re e *customer satisfaction*, një menyrë intriguese e hapur për zgjidhje të reja, projektuar pafundësisht për të ardhmen, me rrënjë të forta në të kaluarën dhe të tashmen, duke interpretuar më gjërësisht fushën e marketingut.
Lidhur ngushtë me customer satisfaction është koncepti i *cilësisë*. Siç është shpjeguar tashmë në paragrafin e mësipërm, cilësia është i vetmi parametër i perceptuar në shkallën e efektivitetit dhe efikasitetit të shërbimeve, nënkuptuar si rezultat i një proçesi ose më mirë i një sekuence logjike të aktiviteteve shumë lehtë të identifikueshme, të matshme dhe të vleresueshme. Në mënyrë të veçantë, referencat në proçesin e ofrimit të shërbimeve janë të përbërë nga:

- *Efikasiteti*, raporti ndërmjet sasisë së shërbimeve të ofruara dhe burimeve të përdorura;
- *Efektiviteti*, shkalla e kënaqësisë të nevojave dhe dëshirave të klientit;

[15] Anderson, R.E. (1973). Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. Journal of Marketing Research, 10, 38-44. Gjithashtu mund te shihet edhe: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research. *Journal of Marketing, 58,* 111-124.

- *Cilësia*, grup i efikasitetit dhe efektivitetit (shkallë e kënaqësisë së pritjeve të klientit me kosto minimale).

Duhet vënë në dukje, se gjykimi në lidhje me cilësinë e një shërbimi rrjedh nga efektiviteti në kënaqësinë e klientit (*kënaqësinë e konsumatorit*) dhe nga efikasiteti në drejtimin e proçesit të ofrimit të shërbimeve (*menaxhimin e proçesit*).

Ndër parimet e reja që kanë dalë mbas viteve 80', ka marrë rëndësi të veçantë cilësia e përgjithshme, e cila nuk ka të bëjë vetëm me zbatimin e një parimi thjesht teknik ose të brëndshëm i *zero products defects*, por me aftësinë e përgjithshme të firmës për të qenë në gjendje të lidhë sistemin e biznesit me nevojat reale të shprehura nga klientët.

Evolucioni i mëtejshëm i skenarit konkurrues në fillim të viteve 90', së fundi, ka çuar në miratimin e parimeve të *customer satisfaction*, e kuptuar si "*disiplinë e menaxhimit që shpreh qartë aftësinë e ndërmarrjes për të gjeneruar vlerë për konsumatorët, duke parashikuar dhe menaxhuar pritjet e tyre dhe duke treguar aftësi dhe përgjegjësi për të përmbushur nevojat e tyre*[16]".

Orientimi menaxherial i *customer satisfaction*, për këtë arsye, mund të interpretohet si një zgjerim i modeleve organizative të cilësisë totale, në lidhje me integrimin midis marrëdhënieve të brendshme dhe të jashtme të istitucionit, të nevojshme nga kërkesat dhe përhapjen e ndryshimeve që duhet të ndërmerren për të ofruar produkte dhe shërbime në përputhje me pritjet e tregut.

Rëndësia e *customer satisfaction* si një objektiv strategjik është mbështetur nga disa tendenca të zhvilluara të raportit kërkesë - ofertë të cilat janë të dukshme në ekonomitë e avancuara dhe që varen nga[17]:

1. *Rritja progresive e presionit konkurrues* (përhapja e teknologjive të reja, fleksibiliteti i proçeseve të prodhimit; zhvillimi i biznesit ndërkombëtar dhe globalizimi i tregjeve).
2. *Dinamika e evoluimit të kërkesës* (testimin e produkteve / shërbimeve të cilësisë së lartë; integrimin e grupimeve të nevojave);
3. *Rritja e kompleksitetit teknologjik të produkteve / shërbimeve* (vështirësitë e formulimit të kritereve të përzgjedhjes; shpenzimet në rritje të kërkim / përpunimit të informacioneve dhe të mësuarit);
4. *Burime të reja të avantazheve konkurruese*.

Në këtë kontekst, orientimi i klientit tregon specifikat e mundshme të ndryshueshmërisë së kërkesës në përputhje me njohuritë në dispozicion të istitucionit, duke lejuar ndërhyrjen aktive të istitucionit në proçesin e konsumit.

Për këtë qëllim janë veçanërisht të rëndësishme burimet e istitucionit të bazuar në besim. Besnikëria ndaj markës, imazhi i korporatave, marrëdhëniet me klientin, rrjedhin nga aftësia për të rritur nivelin e *customer satisfaction* dhe vlerave konsekuente të ofruar në treg. Rëndësia që kjo qasje merr si qëllim mbijetesën dhe suksesin e biznesit, rrjedh direkt nga lidhjet rrethore të rastësisë mes *customer satisfaction*, burimeve të paprekshme dhe përparësisë konkurruese të biznesit, të përcaktuar si një rreth virtuoz.

---

[16] Cfr. VALDANI E., BUSACCA B., Custmer satisfaction: una nuova sfida», «Economia e Management», n. 2, 1992.

17 Cfr. Busacca B., *Le risorse di fiducia dell'impresa: soddisfazione del cliente, creazione del valore, strategie di accrescimento*, Utet, Torino, 1994.

Fig 1. – *Lidhjet rrethore të rastësisë*



Burimi: Valdani E., Busacca B., 1995

Nga pikëpamja teorike këto janë identifikuar më mirë duke iu referuar tre aspekteve kryesore:

1. *proçesit të krijimit të vlerës*, si kapacitet i rritjes së aktiveve jo-materiale me një bazë fillestare të diturisë dhe besimit;
2. *komunikimi si një gjuhë organizative*, nëpërmjet të cilit istitucioni shpreh kohezionin e saj duke përfshirë konsumatorët në një pjesmarrje integrale në proçeset e biznesit në mënyrë që të jenë transparente marrëdhëniet ndër - funksionale duke mundësuar atë që është vizioni i përbashkët drejt misionit të biznesit, dhe duke u fokusuar në rritjen e vlerës si të aseteve ekonomike ashtu edhe të njohurive të institucionit;
3. *proçesit të krijimit të mjedisit*, pra istitucioni si një sistem veteprodhues në kontekstin e të cilit vepron dhe krijohen marrëdhënie me grupet e interesuara.

Në praktikë, arsyeja që ka vendosur kënaqësinë e konsumatorëve në krye të problemeve menaxheriale mund të gjendet në kontabilizimin e kostove që rrjedhin nga pakënaqësia e konsumatorëve, të cilat një pjesë janë lehtësisht të identifikueshme (kostot operative në menaxhimin e kërkesave, garancive, kujdesit ndaj konsumatorëve dhe zbatimin e kërkimit dhe analizave për të matur kënaqësinë e konsumatorit) dhe disa nuk janë (kostot indirekte), sepse rezulton të jetë e vogël përqindja e konsumatorëve të pakënaqur që manifeston statusin real (shumica janë të heshtur).

Ndjekja në rritje e pasurisë së burimeve të paprekshme, përmes përmirësimit të *customer satisfaction*, kërkon zhvillimin e modeleve të menaxhimit. Modelet tradicionale të biznesit janë gjithmonë efektive për të kuptuar dhe menaxhuar pasojat e ngjarjeve të shfaqura. Në realitetin bashkëkohor të mjedisit, përshkruhet një model i ri i biznesit, proaktivë, në gjendje të përcaktojë mënyrat e reja të menaxhimit dhe proçese të reja të orientimit ndaj tregut, me qëllim për të reduktuar dobësitë e modeleve klasike, por, njëkohësisht, per të privilegjuar dhe plotësuar pikat e forta të saj. Në të shfaqet një kërkesë e re strategjike: "*kërkimi dhe krijimi i vlerave të përbashkëta për të krijuar dhe forcuar avantazh të rëndësishëm pse jo dhe të përhershëm konkurrues, dhe sa më pak i imitueshëm nga rivalët*[18]".

[18] Cfr. VALDANI E., L'impresa proattiva, në «Economia & Management», n. 4, 1992.

Kështu është e qartë se këto vlera organizative, që rrjedhin nga aftësitë e *market driven*, janë shtyllat ideale që mbajnë istitucionet pro-aktive. Në veçanti, ato janë:

- *Orientimi ndaj konsumatorëve*, duke theksuar njohjen se aftësia për të përmbushur plotësisht pritjet e kërkesës, është mbrojtja më e mirë kundër manovrave konkurruese, pasi identifikon klientin si pasuri kryesore kapitale për ta mbrojtur dhe vleresuar me kalimin e kohës;
- *Përfshirja totale*, që nëpërmjet krijimit dhe mirëmbajtjes së strukturave dhe mekanizmave organizative më pak burokratike, të lidhura me proçeset e integrimit të brendshëm dhe të jashtëm, është e prirur të rrisë *empowerment* dhe *commitment* e personelit, si një proçes individual dhe organizativ përmes të cilit njerëzit shprehin kapacitetin e tyre të zgjedhjes, përfshirjes dhe pjesëmarrjes;
- *Matje sistematike*, e shtrirë në çdo funksion ose aktivitet, e aftësisë për të krijuar vlera për klientët, duke i përmbushur më mirë se sa konkurrentët pritjet e tyre;
- *Riinvestimi i burimeve* në dispozicion për të rritur avantazhet konkurruese ekzistuese dhe për zhvillimin e të rejave, me qëllim forcimin e pozitës së epërsisë ndaj konkurrencës;
- *Përmirësim i vazhdueshëm*, përcaktuar si përpjekje e vazhdueshme dhe sistematike për të përmirësuar rezultatet e biznesit, që arrihen duke mësuar nga gabimet dhe duke rinovuar.

Customer satisfaction është propozuar, për këtë arsye, si një fushë e re aktiviteti, transversale kundrejt të gjithë të tjerave; pika e fillimit nga e cila duhet ndërtuar marrëdhëniet midis furnizuesit dhe klientit.

2.2.2. *Specifika e customer satisfaction në istitucionet e shërbimit*

Krahas shumëllojshmërive të istitucioneve, është e rëndësishme që të përqëndrohemi në ato që kanë si objekt ***shërbimin***, pra "*proçesi i shkëmbimit që synon zgjidhjen e problemeve, për të kënaqur nevojat dhe dëshirat e individeve të vetëm ose kolektive, nëpërmjet transferimit të ndërsjelltë të informacionit, njohurive, punës, aftësisë, përkatesisë, sigurisë apo disponueshmërisë për të përdorur individualisht dhe përkohësisht të mirat / mjetet ose transferimin e burimeve natyrore*[19]."

Në istitucionet e shërbimeve, menaxhimi i *customer satisfaction* në përgjithësi është më kompleks, për shkak edhe të vështirësive të përcaktimit dhe matjes të nivelit të kënaqësisë në funksion të karakteristikave specifike të paprekshmërisë dhe subjektivitetit që karakterizojnë këto shërbime. Në veçanti, sistemi i ofrimit të shpërbimit, i përcaktuar si "*organizimi sistematik dhe koherent i të gjitha elementeve të ndërveprimit konsumatorë - istitucion e dizenjuar për të arritur sigurimin e shërbimeve të cilave i janë përcaktuar karakteristikat e marketingut dhe nivelet e cilësisë*[20]", është rezultati i një logjike të aktiviteteve të mirë skematizuar, të matshëm dhe të vlerësueshëm, dhe është identifikuar nga një numër faktorësh, duke përfshirë:

- *Klientin*, element thelbësorë për ekzistencën e shërbimit;
- *Personelin*, të përbërë nga punonjësit e istitucionit, puna e të cilëve kërkon kontakte të drejtpërdrejta me klientin;
- *Mbeshtetja fizike*, pjesë e shërbimit që i shërben si klientit dhe personelit të kontaktit;

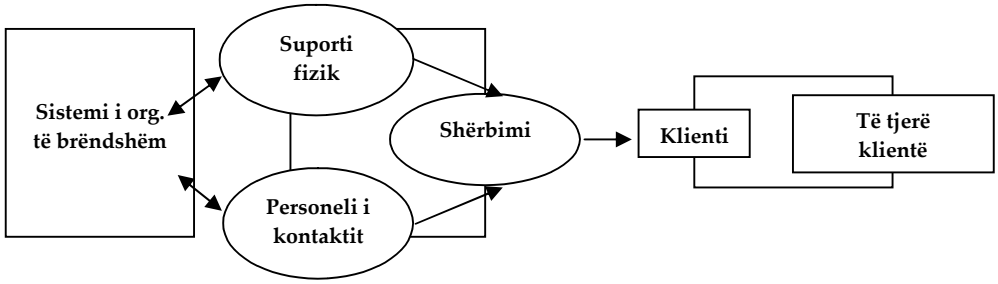
[19] Cfr. NEGRO G., Organizzare la qualità nei servizi: un modello per l'eccellenza nelle imprese e negli enti di servizi, Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1992.

[20] Cfr. KOTLER P., Scorr W.G., Marketing management, Isedi, Torino, 1993.

- *Sistemin e organizimit të brendshëm*, e përbërë nga të gjitha funksionet e nevojshme dhe mbështetjen për përfundimin e shërbimit;
- *Klientët e tjerë*, veçanërisht ata të cilët shoqërojnë konsumatorët/pacientët e shërbyer;
- *Shërbimin*, objekti i shpërndarjes, është rezultat i bashkëveprimit mes klientit - personelit në kontakt - mbeshtetje fizike.

Në kompleksitetin e marrëdhënieve, ka edhe dy dimensione të rëndësishme: *marketingu i brendshëm*, duke mbuluar të gjitha veprimet për të trajnuar dhe motivuar klientët e saj të brendshëm (personeli në kontakt, stafin mbështetës) drejt qëllimit të përbashkët (misionit të istitucionit), dhe *marketingu interaktiv*, i përbërë nga të gjitha kontaktet që ekzistojnë mes istitucionit dhe konsumatorëve.

Fig. 2. - *Sistemi i ofrimit të shërbimeve*



Burimi*: Eiglier P. & Langeard E., 1992*

Eiglier e Langeard përcaktojnë **shërbimin global**, si *një sistem i përbërë nga shërbimet themelore dhe shpërndarjet e bëra midis konsumatorëve individual.* Gama e shërbimeve nuk mund të jetë e projektuar veçse në përputhje me nevojat e një segmenti të konsumatorëve. Kjo paraqet problemin e përcaktimit të cilësisë së shërbimit të përgjithshëm, ose më mirë, "ajo që në një situate të caktuar kënaq konsumatorin[21]". Cilësia e një shërbimi varet nga:

- Përputhshmëria mes pritjeve të segmentit të konsumatorit të referuar, dhe ofertës së vërtetë të sistemit të shpërndarjes;
- Aftësia për të ruajtur standardet e cilësisë me kalimin e kohës;
- Komponentët e shërbimit të përgjithshëm;
- Përbërësit e secilit shërbim elementar dhe asetet e tyre brenda shërbimit të përgjithshëm.

Vëmendje e veçantë duhet t'i referohet faktit se cilësia është në proporcion të kënaqësisë që konsumatori merr, gjë që çon në një krahasim mes pritjeve dhe shërbimeve. Në istitucionet e orientuara nga klientela, është shumë e vështirë të vlerësohet vlera që ajo krijon, dhe është edhe më komplekse për të vlerësuar funksionet e biznesit që ndërveprojnë me të.

Metodat e reja të planifikimit dhe të kontrollit zhvillohen rreth atyre burimeve të padukshme, pra "burimet e bazuara në informacion[22]", ndër të cilat përfshijnë rëndësi të veçantë: besimi i konsumatorit, imazhi, kontrolli i shpërndarjes, aftësia e menaxhimit. Në sektorin e shërbimeve, në të cilën objekti i ofertës është një e mirë e paprekshme, jane pikërisht këto burime që

[21] Cfr. EGLIER P., LANGEARD E., *Il marketing strategico dei servizi,* McGraw- Hill, Milano, 1992.

[22] Cfr. Raimondi M., La soddisfazione del cliente: nuove priorità e nuovi metodi, në GRAMMA: Customer satisfaction, Isedi, Torino, 1993.

përcaktojnë cilësinë, duke dekretuar gjendjen positive/negative të kënaqësisë të konsumatorëve përfitues. Një sistem i rëndësishëm kontrolli do ti mundësojë istitucionit të analizojë dhe masë ato aktivitete që lidhen me të gjitha fazat që kanë të bëjnë me shërbimin, nga projektimi deri tek shpërndarja. Ky sistem do të verifikonte perceptimin e konsumatorëve mbi cilësinë e shërbimit, do të identifikonte shkaqet e mangësive dhe do të zbatonte iniciativat përkatëse për ti përmirësuar këto të fundit.

E gjithë kjo është e bazuar në supozimin e "paradigmës së konfirmimit dhe mos konfirmimit të pritjeve të konsumatorit", dmth. sa më shumë performanca e istitucionit të jetë në përputhje me pritjet e zhvilluara në fazën e "pre-blerjes" nga ana e konsumatorit, aq më shumë konsumatori është i kënaqur. Kjo përcakton bazat për një rritje të kapitalit të besimit që prek vlerën ekonomike të istitucionit.

Duke analizuar për sa parashtruar deri tani, mund të nxirren këto përfundime:

1. Blerësit krijojnë, në fazën e "para - blerjes", pritshmerinë;
2. Cilësia e perceptuar, si një vlerësim i përgjithshëm i shërbimit, është e ndikuar nga pritshmëritë fillestare, dhe është rezultat i konfirmimit / mos konfirmimit të këtyre pritjeve;
3. Kënaqësia që konsumatori merr, si reagim emocional i performancës individuale, është e lidhur direkt edhe me pritjet e shprehura fillimisht nga performanca e vetë shërbimit.

Prandaj, kënaqësia, si faza e fundit e proçesit pritje-cilësi perceptim-kënaqësi, është vendimtare për vendimet e "riblerjes" që ndikojnë besnikërinë e konsumatorit për istitucionin.

Per të arritur një nivel të lartë të kënaqësisë së klientit janë të rëndësishme si të kuptuarit e marrëdhënies midis shkaqeve dhe efekteve të pakënaqësisë, ashtu edhe perceptimi i atributeve që përcaktojnë cilësinë e shërbimit.

Modeli ServQual

Modeli ServQual zhvilluar nga Parazuraman, Zeithmal dhe Berry (PZB) është një mjet për të vlerësuar perceptimin e konsumatorëve në lidhje me cilësinë e shërbimit. Ajo është e bazuar në përkufizimin e konceptit të cilësisë së shërbimit, e përcaktuar si mendimi i konsumatorit në lidhje me shkallën e përsosmërisë apo superioritetit që i atribuohet një njësie, dhe përkufizimin e disa dimensioneve:

- *Aspektet e prekshme*, pra aspektet e objekteve fizike, pajisjeve, personelit dhe e mjeteve të komunikimit;
- *Besueshmëria*, në aftësinë për të siguruar shërbim në një mënyrë të besueshme dhe të saktë;
- *Aftësia për tu përgjigjur*, në dëshirën për të ndihmuar klientët dhe për tu ofruar shërbim;
- *Aftësia e sigurimit*, e cila përfshin njohuritë dhe mirësjelljen e të punësuarve të lidhura me aftësinë për të frymëzuar besimin dhe sigurinë;
- *Empatia*, per sa i përket kujdesit individual që i jepet konsumatorit.

Të tre autorët besojnë se cilësia e shërbimit nuk varet vetëm nga perceptimi i konsumatorëve, por edhe nga mangësitë që në kuadër të istitucionit ndihmojnë klientët për të prodhuar perceptimin e cilësisë së shërbimit. Për këtë qëllim, janë identifikuar katër lloje mospërputhjesh të rëndësishme:

- *Pritjet e konsumatorëve drejt perceptimeve të menaxhimit*, ose më mirë mospërputhja mes perceptimeve që *management* ka mbi pritjet e konsumatorëve dhe atyre të një sherbimi të

caktuar, si pasojë e mungesës së udhëzimeve në kërkimin e tregut (anketat e pamjaftueshme, përdorimi i pavend i rezultateve dhe mungesa e një ndërveprimi midis konsumatorëve dhe management), nga pamjaftueshmëria e komunikimit midis personelit dhe drejtuesve dhe prania e shumë nivele hierarkike;

- *Perceptimet e menaxherëve drejt cilësive të shërbimit*, pra vështirësia, pavarësisht nga njohuritë e pritjeve të konsumatorëve, në përkufizimin e një standarti të cilësisë, si rezultat i mos impenjimit të menaxhimit për cilësinë, ndjenja e mos arritjes së objektivave, standardizimi jo adekuat i detyrave dhe mungesa e qëllimit;
- *Specifikat e cilësisë së shërbimit drejt shërbimeve të kryera*, të përcaktuar si paaftësi për personelin për të ofruar performancën e tyre në nivele optimale, të shkaktuara nga paqartësia dhe konflikti i roleve të stafit, aftesia e dobët e të punësuarve, teknologjive dhe sistemeve të mbikëqyrjes dhe të kontrollit, ndjenja e mungesës së kontrollit nga rolet e larta dhe mungesa e punës në ekip;
- *Ofrimi i shërbimeve drejt komunikimit të jashtëm*, ndikimi i logjikës të komunikimit të jashtëm mbi pritjet e konsumatorëve dhe perceptimin e shërbimit, rrjedhojë e një komunikimi të papërshtatshëm horizontal dhe tendenca për të bërë premtime joreale.

Këto devijime, nga ana tjetër, ndikojnë në një devijim të mëtejshëm, i cili vlerëson cilësinë e shërbimit si një tërësi duke shprehur kënaqësinë / pakënaqësinë e klientit. Vlerësimi kryhet duke përdorur një tregues që rezulton nga diferenca midis vlerës, që i atribuohet konsumatorit nga propozimet e paraqitura nga stafi, të lidhura me perceptimin dhe pritjet e konsumatorëve të shërbimit. Modeli, ka treguar disa fusha kritike, kryesisht në lidhje me:

- Aftësinë për të matur cilësinë si një konstrukt i përvetësuar;
- Standardizimi i dimensioneve të analizës së proçeseve të vlerësimit të konsumatorëve;
- Përkufizimi i dimensionit të besueshmërisë, si një përcaktues i kënaqësisë.

Nga kerkimet e kryera janë ngritur kritika të shumta si në lidhje me përkufizimin e konceptit të cilësisë se perceptuar ashtu dhe në lidhje me numrin dhe natyrën e dimensioneve të konsideruara. Një nga këto, të kryer nga Cronin dhe Taylor[23] tregon se matja e cilësisë së perceptuar nuk është e ndikuar nga pritshmëritë, por kryesisht nga perceptimet e performancës. Për më tepër, Oliver dhe Barden, Patterson dhe Yi, kanë treguar se konfigurimi i proçesit të vlerësimit nga ku merr origjinën *customer satisfaction*, është përcaktuar nga niveli i paqartësisë së vetë proçesit dhe niveli i përfshirjes së konsumatorit.

Nga modeli PZB nuk duket se dalin zgjidhje bindëse të menaxhimit. Ka, megjithatë, disa aspekte kyçe për menaxhimin e matjes, duke iu referuar qasjes metodologjike dhe metodave të realizimit, në të cilën është e mundur të merren pozicione të qarta. Kjo i referohet, në mënyrë të veçantë, konfuzionit të mundshëm mes matjes të *customer satisfaction dhe analizës së cilësisë të perceptuar*.

[23] Cfr. CRONIN J.J., TAYLOR S.A., Measuring Service Quality: a reexamination *and extension,* në «Journal of Marketing», n. 7, 1992.

Modeli GAP i Valdanit dhe Busacca

Modeli gap i Valdanit dhe Busacca[24], synon të lehtësojë përdorimin e *customer satisfaction* si një gjuhë organizative dhe e ndërveprimit. Ajo konsiston në kontrollin e harmonisë ekzistuese brenda *customer satisfaction*, midis:

- Objektivave të planifikuara nga drejtuesit (*kënaqësi e planifikuar*);
- Niveli i dëshiruar nga ana e konsumatorit (*kënaqësi e dëshiruar*);
- Objektivat e perceptuara nga ana e personelit të institucionit (*kënaqësi e transmetuar*);
- Niveli i perceptuar nga konsumatori (*kënaqësi e perceptuar*);
- Niveli aktualisht i ofruar (*kënaqësi e ofruar*).

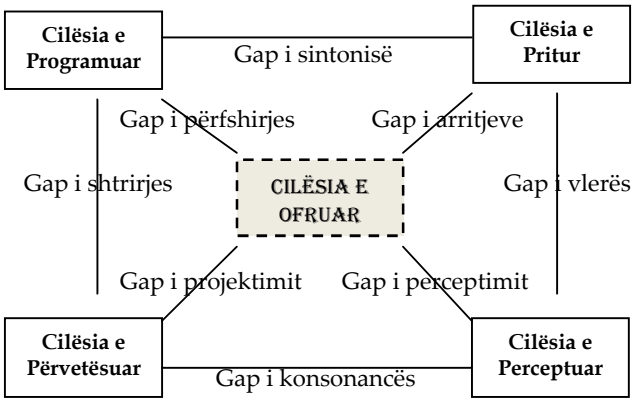
Ndryshimet e mundshme mes këtyre llojeve të kënaqësive, nuk mund të ndikojnë veçse negativisht në nivelin e kënaqësisë së klientit, me të gjitha pasojat që lidhen me të. Manifestimi i tyre rrjedh nga ndryshimet midis modelit të përdorur nga ana e konsumatorit për zhvillimin e pritjeve dhe matjes së saj dhe atë që karakterizon orientimin drejt tregut. Në veçanti:

- ***Gap i sintonisë (akordimit)***, si mospërputhje midis ofertave të institucionit dhe pritjeve të konsumatorëve, që rezultojnë nga fakti se klientët shprehin kërkesa shumë të diferencuara, gjejnë vështirësi në komunikimin e nevojave dhe dëshirave të tyre, dhe tregojnë nevoja të ndryshme dhe pritshmeri në rritje, me pasojë braktisjen e institucionit;
- ***Gap i vlerës***, që rrjedh nga cilësia e ulët e cila i atribuohet ofertës të institucionit në krahasim me atë që duan klientët, për shkak të një oferte që mund të vlerësohet dhe përcaktohet gabimisht brenda sistemit perceptues të konsumatorëve;
- ***Gap i shtrirjes***, është shprehje e ndryshimit mes kënaqësisë së planifikuar nga menaxhimi dhe standardet e kënaqësisë së klientit të perceptuara nga personeli, shprehje e shqetësimit të dobët në lidhje me menaxhimin që nxjerr në pah si një vizion të unifikuar ashtu edhe një pjesemarrje të drejtpërdrejtë dhe të përbashkët me problemet që dalin nga *customer satisfaction*;
- ***Gap i konsonancës***, i cili mat divergjencat mes objektivave të *customer satisfaction* të miratuara nga personeli dhe perceptimet e fituara nga konsumatorët në lidhje me nivelin e cilësisë së ofruar nga istitucioni, pasoja logjike e gap-it të akordimit dhe të shtrirjes, i cili, nëse zgjat, përkthehet në një dobësim të besueshmërisë dhe imazhit të institucionit;
- ***Gap i përfshirjes***, për shkak të ndryshimit midis objektivave të planifikuara nga managment dhe kënaqësisë së ofruar, e përcaktuar nga mungesa e një kulture përfshirëse dhe mungesa e menaxhimit të variablave organizative;
- ***Gap i arritjeve***, të përcaktuara nga paaftësia për të prodhuar një profil oferte që i korrespondon projekteve të veçanta të besueshme teknike -funksionale me "*zero defects*";
- ***Gap i perceptimit***, që rezulton nga diferenca ndërmjet cilësisë së ofruar nga istitucioni dhe kënaqësisë së perceptuar nga ana e konsumatorëve, si pasojë e komunikimit të pamjaftueshëm të cilësisë se ofruar, diferencës midis sistemit njohës të konsumatorëve dhe informacioneve të marra, dhe divergjenca mes nivelit të cilësisë se perceptuar nga konsumatorët dhe asaj të përcaktuar nga istitucioni;

[24] Cfr. VALDANI E., BUSACCA B., *La customer satisfaction: specificità analisi e management*, në Micro Macro Marketing», n. 1, 1993.

- ***Gap i projektimit***, i cili mat divergjencat mes standardeve të përbashkëta për organizimin dhe cilësinë e ofruar në të vërtetë në treg.

Fig 3. - *Sistemi i ofrimit të shërbimeve*



Burimi*: VALDANI E., BUSACCA B., in «Micro ez. Macro Marketing», 3, 1995.*

Modeli ka për qëllim ti sigurojë istitucionit një parakusht për arritjen e objektivit të *customer satisfaction*, nëpërmjet konsolidimit të shtyllave mbi të cilat mbahet istitucioni proaktiv. Kjo është mënyra me të cilën mbështetet ende krijimi dhe riprojektimi i kësaj sipërmarrjeje, bazuar në parimet e *customer centered reengineering*, ndaj strategjia, arkitektura, dhe proçeset organizative duhet të projektohen rreth stafit në mënyrë që të krijojnë dhe transferojnë vlerën më të mirë të mundshme për konsumatorët.

Istitucioni duhet të menaxhojë strategjitë dhe programet për prodhimin e vlerës së treguesve të performancës specifike, të brendshme dhe të jashtme, jo vetëm të orientuara drejt kostos, por edhe për të matur dhe monitoruar: proçeset funksionale, zhvillimin dhe menaxhimin e produktit, kënaqësinë e klientit. Për të marrë rezultatet konkrete duhet siguruar analizat e proçesit të krijimit të *customer satisfaction*, duke iu referuar veçanërisht llojit të komponenteve që përcaktojnë pritjet dhe perceptimet.

Kjo bazohet në ndërtimin e një modeli interpretues, të natyrës ndër-funksional për menaxhimin e *customer satisfaction*, e cila përfshin të gjithë aktivitetet e istitucioneve, si analitike - relacionale të brendshme dhe ekzekutive - operative të jashtme, dhe më shumë drejt ndërmjetësuesve dhe konsumatorëve se sa drejt furnizuesve dhe partnerëve. Edhe pse komplekse, modeli i jep mundësinë që të ketë një aftësi të madhe për të zgjedhur dhe për të fuqizuar punëtorët më të kualifikuar të istitucionit, për një mbështetje të konsiderueshme të *know-how* të përshtatur për angazhimet e marra. Çdo istitucion, pra, mund të vlerësojë pozicionin e tij në lidhje me *customer satisfaction* dhe të identifikojë fushat e proçesit në të cilat mund të ndërhyjë, për të marrë shtrirjen e drejtë për strategjitë e saj.

Customer satisfaction ka inpute në dy kategori kryesore komponentësh:

- Një burim i jashtëm, në lidhje me pritjet dhe përfitimet e perceptuara nga konsumatorët, duke përfshirë karakteristikat dhe përvojat e konsumatorëve, shërbimin e ofruar dhe raportin shërbim / çmim;
- Një tjetër me origjinë të brendshme, e cila i referohet përcaktuesit kryesorë të sherbimeve të istitucionit, pra vlera e gjeneruar nga brënda, që vjen nga një seri aktivitetesh që përbëjnë

zinxhirin e vlerës[25], te cilat ndikojnë si në kënaqësinë e konsumatorit ashtu dhe në procesin pasues.

Customer satisfaction ka, nga ana tjetër, një output të identifikuar në opinionet që konsumatori bën ne blerjen dhe përdorimin e një produkti ose shërbimi të veçantë, mendime që rrjedhin nga besnikëria apo pakënaqësia e tij.

Formulimi i një modeli që interpreton proçesin e *customer satisfaction* ka si qellim ndihmën e *management* në kërkim të komponentëve që ndikojnë në nivelin e kënaqësisë. Për këtë qëllim, dhe mbi bazën e aktiviteteve dhe aftësive të identifikuara, është e mundur një matje e proçesit, nëpërmjet treguesve të përshtatshëm që do të jetë objekt i paragrafit të ardhshëm.

Customer satisfaction, me skenarët dhe tendencat e shqyrtuara, është vendosur në qendër të çdo programi, me qëllim forcimin dhe konsolidimin e pozitave të tregut, duke kërkuar një njohuri të plotë të proçesit nëpërmjet të cilit gjenerohet ose jo kënaqësi. Kjo vjen kryesisht nga fakti se me rritjen e nivelit të kënaqësisë zhvillohet dhe marrëdhënia me klientët, e cila krijon një istitucion më proaktivë teknologjik dhe komercial, që çon në një përmirësim të shërbimeve të ofruara, si në aspektin e efikasitetit dhe të efiçensës.

Kjo është pasojë e sinergjisë dhe sinkronizmit të rivendosura në aktivitet e kërkimit, zhvillimit, marketingut dhe prodhimit, dhe nga integrimi, përfshirja dhe pjesëmarrja e të gjitha funksioneve të istitucionit në ndjekje të misionit të saj në bazë të mekanizmave organizative tipike të një ndërmarrje virtuale, duke shprehur aftësinë dhe vullnetin për të riformuluar vazhdimisht strukturën e vet organizative, përgjegjësitë, autoritetin e roleve, mekanizmat e menaxhimit, si dhe duke kërkuar uljen e hierarkisë *top-down* për të nxitur shpirtin e iniciativës dhe ndjenjën e përgjegjësisë të nevojshme për të ruajtur proçeset më kritike që krijojnë dhe transferojnë vlera për klientët në formën e produkteve dhe shërbimeve. Është e nevojshme, pra, një model customer satisfaction që vë në planifikim proçeset më efektive dhe efikase, si dhe një predispozim të treguesve të kontrollit e aftë për të zbuluar si mendimet e konsumatorëve ashtu edhe nivelin e shërbimeve individuale.

2.2.3. Orientimi i customer satisfaction dhe specifikat e shërbimeve shëndetësore në proçesin e vlerësimit të klientëve / pacientëve

Siç është theksuar më parë, strukturat shëndetësore, të konsideruara tashmë si "ndërmarrje", vendosin ndër qëllimet kryesore të tyre atë të *reduktimit të kostove*. Koncepti i cilësisë, ashtu si kuptohet në botën prodhuese, administrative dhe politiko shëndetësore, lidhet shpesh me faktin se një cilësi më e mirë e shërbimit është përgjegjës për një kosto me të lartë dhe shpesh herë reduktimin e vëllimeve të prodhimit. Për fat të keq, duhet vënë në pah mungesa e vëmendjes për cilësinë në kujdesin shëndetësor që shkakton një rritje të vazhdueshme të shpenzimeve operative.

Prandaj, pak vëmendje per cilësinë nënkupton mungesën e vëmendjes për cilësinë e të gjitha proçeseve që ndodhin në "organizatat" e kujdesit shëndetësor. Ndaj, cilësia në shëndetësi nuk është veçse një përzierje midis cilësisë teknike të performancës, cilësisë së sistemit të shpërndarjes dhe cilësisë relacionale të perceptuar të shërbimit; e gjithë kjo e shoqëruar nga një

[25] Cfr. PORTER M., *Il vantaggio competitivo,* Edizioni di Comunità, Milano, 1986.

tipar përfundimtar të komponentit të shërbimit shëndetësor që ka të bëjë me ndërveprimin që ndodh mes klientit / pacientit dhe shërbimit të prodhuar, shpërndarë dhe konsumuar në të njëjtën kohë.

Customer satisfaction i përfitimeve shëndetësore konsiderohet një sukses i aktivitetit shëndetësor dhe është konsideruar të jetë e domosdoshme për të përshkruar pasojat e tij. Ajo duhet të jetë e lidhur me sjellje të rëndësishme për të marrë një efekt të qartë mbi gjendjen shëndetësore. Nga ana tjetër luan një rol të rëndësishëm në dinamikën konkurruese që po karakterizon strukturat shëndetësore publike dhe private, në krahasim me aftësinë e tyre për të tërhequr pacientë.

Në një sistem ofrimi të shërbimeve për publikun, kështu si duhet të jetë një shërbim shëndetësor, marrëdhëniet me përdoruesin luajnë një rol të rëndësishëm për të:

- Përfshirë dhe informuar përdoruesit për aktivizimin e një kontakti të vazhdueshëm proaktiv me ta, që vepron në kërkimin e zgjidhjeve të përbashkëta,
- Komunikuar çdo vështirësi që karakterizon shërbimin, krijimin e partneriteteve të përshtatshme dhe modaliteteve sa më të mira të bashkëveprimit me strukturat e shërbimit;
- Zhvilluar një veprimtari efektive kontrolli të cilësisë së shërbimit, duke kontrolluar vazhdimisht shkallën e kënaqësisë së klientit.

Pritjet e përdoruesit dhe parametrat e vlerësimit të tij janë shpesh të vështira për tu identifikuar, dhe kur identifikohen varen si nga performanca aktuale teknike, dhe nga një sërë problemesh specifike të lidhura në mënyrë të veçantë dhe të mundshme me kulturën, vlerat dhe ndikimet mjedisore. Të gjitha këto elemente së bashku me përvojat e jetuara më parë dhe me format e reklamave më efektive, në praktikë "hapja e fjalës" ose "thashethemet", përbëjnë treguesin më të plotë të cilësisë që është mendimi i përdoruesit.

Cilësia në këtë kuptim, fiton, sipas Darby dhe Karni[26], emrin e kualitetit "të besimit", përkatësisht atë cilësi që nuk mund të vlerësohet në kushte normale. Prandaj, proçeset e vlerësimit të "besimit" përbëjnë një integrim të rëndësishëm të proçeseve në lidhje me vlerësimin e të mirave "të kërkuara", ose ato të perceptuara në kushtet e para-blerjes të mallrave / shërbimeve, dhe të mirave "të përvojës", që rezultojnë nga përdorimi i një të mire /shërbimi.

Për të demonstruar hipotezën, Darby dhe Karni përdorën prototipin e kirurgjisë, në të cilin proçesi i vlerësimit të pacientit të operuar do të ketë vështirësi në gjykimin e domosdoshmërisë të operimit të tij dhe përmirësimet efektive që mund të nxirren nga ai.

Vlerësimi i cilësisë finale të përdoruesit mbi shërbimin fillon nëpërmjet këtyre elementeve perceptuese mbi të cilat një istitucion duhet të zbatojë mënyrën e integruar të ndërhyrjes për arritjen e përmirësimit të sistemit të shpërndarjes.

Del se vlerësimi i shërbimeve shëndetësore është kryer nga ndërveprimi midis komponentëve dhe dimensioneve të cilësisë, nga e cila vijon se matja e cilësisë së perceptuar është një element që bëhet i rëndësishëm vetëm në lidhje me sistemet e tjera objektive të vlerësimit; dhe se konsultimi i përdoruesit duket esenciale për informacionet që ai ka marrë në realitetet e shëndetit.

[26] Cfr. DARBY MR., KARNI E., Free competition and Optimal Amount of Fraud, në «Journal of Law & Economics», n. 16, 1973.

Kënaqësia e klientit model për matjen e efektivitetit të marrëdhënieve



"Health is the greatest gift, contentment the greatest wealth, faithfulness the best relationship."

Buddha

1 – Marrëdhënia mjek-pacient

Matrica e përfitimeve shëndetësore

NGA MARRËDHËNIA MJEK - PACIENT NE ATË "KOMPANI - KLIENT"

Etapat e evolucionit:

1. Epoka mesjetare -	Etika bamirëse (mjeku në shërbim të të "varfërve")
2. Shekulli XVIII – XX	✓ *Aspekti teknik shkencor i shërbimit;* ✓ *Koncepti i parandalimit të sëmundjes* ✓ *Organizimi i masave igjeniko - shëndetësore*
3. Reformat e para - Krijimi i Sistemit shëndetësor piramidal	✓ *Koncepti i shendetit si një e mirë private (OBSH)* ✓*Shëndeti si detyrë parësore për shtetin (shteti social)* ✓*Krijimi i organizatave shëndetësore për mbrojtjen e shëndetit*
4. Reformat për riorganizim të shëndetësisë	✓*Privatizimi i strukturave të shërbimit shënd.* ✓*Përqëndrim dhe studim më i madh drejt konkurencës* ✓*Pjesmarrje më aktive e qytetarëve* ✓*Kalimi i kompetencave drejtuese tek qendrat rajonale*
5. Objektivat e reja të shërbimit:	✓*Kosto mesëm - i ulët* ✓*Kualitet/cilësi i mesëm - i lartë* ✓*Customer satisfaction*

NGA MARRËDHËNIA MJEK - PACIENT NE ATË "KOMPANI - KLIENT"

Disa përkufizime:

Shëndeti = *"gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesë sëmundjesh."* (**OBSH**)

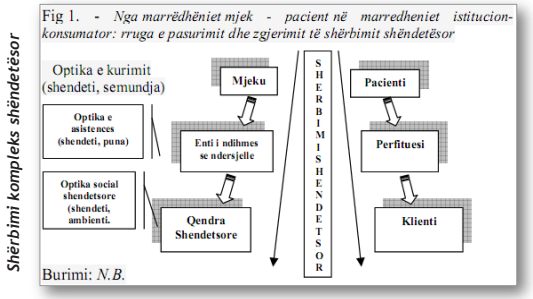
Sistemi Shëndetësor:
Grup burimesh njerëzore, materiale dhe financiare të organizuar për të ofruar shërbime për qëllim ruajtjen ose përmirësimin e statusit shëndetësor: *pra, për të punuar në mënyrë sistematike me qëllim përfundimtar mbrojtjen e shëndetit.*

Nivelet Esenciale të Asistencës Shëndetësore (NEA)
Shërbimet që Shërbimi Shëndetësor Kombëtar (SSK) është përgjegjës për ti siguruar të gjithë qytetarëve, në të gjithë territorin, falas ose në partneritet, me burimet e mbledhura nëpërmjet sistemit fiskal. Fushat e veprimtarisë:

1. Kujdesi shëndetësor kolektiv në çdo ambjent pune apo jetese,
2. Shërbimi i Qarkut,
3. Kujdesi spitalor.

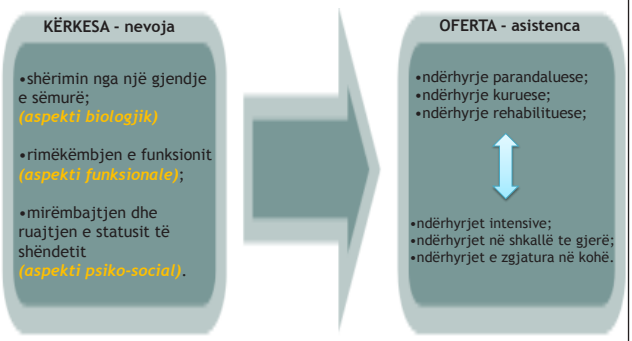
NGA MARRËDHËNIA MJEK - PACIENT NE ATË "KOMPANI - KLIENT"

Fig 1. - *Nga marrëdhëniet mjek - pacient në marredheniet istitucion-konsumator: rruga e pasurimit dhe zgjerimit të shërbimit shëndetësor*



Shërbimi shëndetësor është, pra, paraqitja me përmbajtje teknike të veçantë të marrëdhënieve të shërbimit dhe është karakterizuar nga nivele të ndryshme kompleksiteti në varësi të kërkesës

Perspektiva e përdoruesit: lakorja e intensitetit të nevojës për asistencë



Perspektiva e përdoruesit: lakorja e intensitetit të nevojës për asistencë

Sëmundjet:

- Urgjente
- Akute
- Kronike

Fig 2. - *Lakorja e intensitetit të nevojes per asistence*

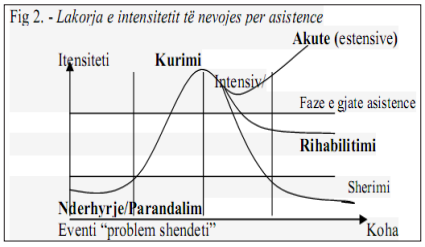


Tabela 1. - Intensiteti i nevojës për ndihmë dhe llojet e ndërhyrjeve

Intensiteti i nevojes per ndihme	Tipologjia e ndërhyrjeve
I ulët	Parandalim
Mesatar	Rehabilitim
I lartë	Kurimi

Pikëpamja e istitucioneve shëndetësore:
Kompleksiteti dhe përshtatshmëria e shërbimit

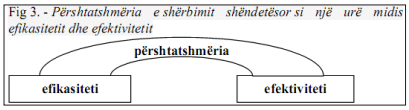
barra e përgjithshme (financiare, sociale, etj.) ⟷ Kompleksiteti i ndërhyrjeve kuruese

- *Parandalimi i shpërthimit /përhapjes se sëmundjeve (parandalimi);*
- *Parandalimi i rrezikut të inefikasitetit të ndërhyerjes kuruese (rrit kostot);*
- *Zgjidhje strukturore dhe organizuese të reja qe të përmbajë nivelin e kostove, duke rritur shumëllojshmërinë e alternativave të mundshme (në përputhje me kriteret e efektivitetit, përshtatshmërisë, kufizimin e burimeve në dispozicion).*

Mbrojtja e shëndetit në një sistem kufizimesh dhe rregullash, që vijnë nga disponueshmëria e limituar e burimeve, nga kufizimet e shpenzimeve për istitucionin shëndetësore, e bëjnë urgjente nevojën për të pajtuar objektivat e efikasitetit me ato të efiçencës.

Mbrojtja e shëndetit: Arritja e objektivave

Fig 3. - *Përshtatshmëria e shërbimit shëndetësor si një urë midis efikasitetit dhe efektivitetit*



Kontrolli i çmimit: Burimet në dispozicion

Pikëpamja e istitucioneve shëndetësore:
Kompleksiteti dhe përshtatshmëria e shërbimit

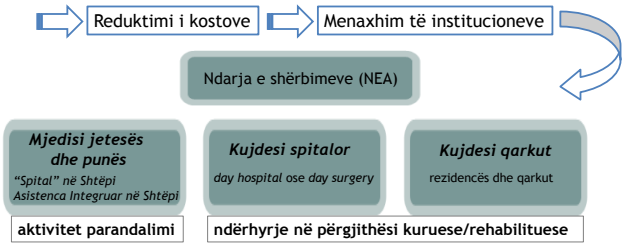
Përputhshmëria *= "ajo gjëndje që realizohet kur përdoruesit, në lidhje me nevojën e tij, i jepet shërbimi në fushën e duhur të kujdesit, me mënyrën / llojin e përshtatshëm (në shtëpi, banim ose tjetër), në kohën e duhur dhe në madhësinë / sasinë e duhur.*

Në vitin 1994, Karlo Schweiger ***shërbimet e përshtatshme*** si "*ato shërbime për të cilat të mirat për pacientin tejkalojnë rrezikun në një masë te tillë që justifikojnë shpërndarjen e shërbimit." "përshtatshmeria është kriteri i vetëm klinik që nuk varet nga ndonjë motiv ekonomik*". ????? (raporti kosto / dobi) ????

Në 1995 përshtatshmëria e kujdesit u shoqërua edhe me konceptin e ***përdorimit efikas të burimeve*** [...]. Vijon që e kundërta e saj *(shërbimi i gabuar) nuk do të thotë vetëm kurim i padobishëm, ose klinikisht i pasaktë, por shërbim i ofruar vend tjetër (një nivel tjetër shërbimi) dhe / ose me modalitete të tjera të përkohshëm.*

Pikëpamja e istitucioneve shëndetësore:
Kompleksiteti dhe përshtatshmëria e shërbimit

Përshtatshmëria është ura e profilit kosto-përfitim, dhe jo e profilit rrezik-përfitim, të proçesit të ofrimit të shërbimit shëndetësor;
kriter për të identifikuar nivelin e duhur të kujdesit drejt një kërkese të veçantë në aspektin e burimeve / aftësive të përdorura (pra, kostove)



Pikëpamja e istitucioneve shëndetësore:
Kompleksiteti dhe përshtatshmëria e shërbimit

Zgjidhja në shtëpi mund të duket për perdoruesin më e përshtatshme në varësi jo vetëm të tipologjise së zgjidhjes, por të cilësisë se tij.
Vëmendje në rritje i kushtohet kujdesit në shtëpi dhe përshtatshmërisë se tij të dukshme per një numër te madh nevojash për kujdes.

Duke pasur parasysh strukturën e kostove të shërbimeve shëndetësore, nivelet e kujdesit renditen në varësi ***të shpenzimeve të shërbimit shëndetësor***, në gjendje të shprehin logjikën e përshtatshmërisë të istitucionit shëndetësore.

Përcaktohet një ***rrezik konsekuent i papërshtatshmërisë***, që shpreh koston e lidhur me një përdorim "të papërshtatshëm" të strukturave të shërbimeve shëndetësore:

- Kohëzgjatjes së qëndrimit të shtrimit në spital;
- Zënia e një shtrati në spital për ndërhyrje që mund të kryhet në zona të tjera;
- Neglizhenca e personelit, etj.

1.4 Një model i sintezës: Matrica e shërbimeve shëndetësore

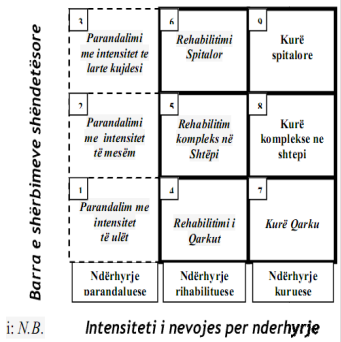
– Matrica e përfitimeve shëndetësore

Intensitetit të nevojës së kujdesit për përdoruesit:
- E ulët, për të përmbushur nevojat e parandalimit;
- Mesatar, për nevojat e rehabilitimit;
- E lartë, për nevojat e kurimit.

Barrës së sherbimit për istitucionet shëndetësore:
- E ulët, për nivelin e qarkut;
- Mesatar, per nivelin shtëpiak kompleks;
- I lartë, per nivelin spitalor.

Matrica e shërbimeve shëndetësore

model shpjegues i strukturës dhe dinamikës të ***marrëdhënieve midis istitucionit të kujdesit shëndetësor dhe përdoruesit*** *në lidhje me ofrimin e shërbimit shëndetësor, e cila lejon të krahasohen të dy pikepamjet në drejtim të performancës së tyre.*



i: N.B.

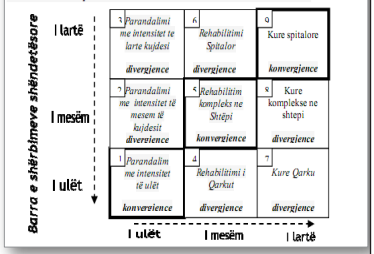
1.5. *Analiza e rëndësisë së shërbimit shëndetësor*

Matrica tregon fushat e mundshme të konvergjencës dhe divergjencës mes istitucionit dhe përdoruesit në vlerësimin kritik te shërbimit.

Konvergjencë

nevoja për kujdes dhe përgjigja shëndetësore janë në të njëjtin nivel nga të dyja pikepamjet. (kujdesi spitalor si përgjigje më e përshtatshme per pacientin)

Fig 6. - *Struktura dhe dinamika e konvergjencës / divergjencës midis istitucionit dhe pacientit ne kritikën e shërbimeve shëndetsore*

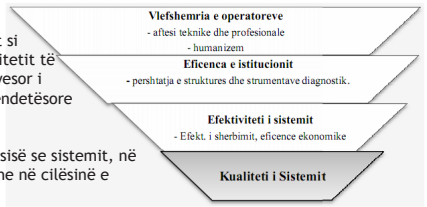


Fushat e ***konvergjencës*** shprehin, pra, kushtet e harmonisë mes palëve për shkallën e kritikes të shërbimit dhe, për këtë arsye, vlerësimin e vete përshtatshmërisë; fushat e ***divergjencave***, tregojnë kushtet e mundshme të jo harmonisë.

1.6. *Efektiviteti i shërbimeve shëndetësore*

Fig 8. - *Gypi i cilësisë në sektorin shëndetësor*

Efektiviteti
i shërbimeve konsiderohet si elementi kryesor i efektivitetit të sistemit, dhe elementi kryesor i cilësisë së shërbimeve shëndetësore



Cilësia e përgjithshme
është një kombinim i cilësisë se sistemit, në cilësinë e organizatave dhe në cilësinë e performancës

Cilësia e sistemit:

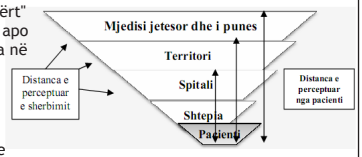
- *konsonanca (harmonia) mes pjesëve të strukturës nga ku del sistemi:*
- sa më e lartë eshte konsonanca aq me shumë sistemi konvergon drejt qëllimeve në mënyrë optimale në prodhimin e rezultatit të fiksuar.

(sh. *Mjeku i kualifikuar me një paisje modeste kundrejt mjekut me paisje të re por të keq përdorur*)

1.6. *Efektiviteti i shërbimeve shëndetësore*

Fig 9. - *"Distanca e perceptuar" të ndërhyrjeve të kujdesit*

Përdoruesit e perceptojnë si më të "afërt" ndërhyrjet e marra në shtëpinë e tyre apo në spitale dhe si të largët ato të dhëna në territorin e jetesës dhe ambientit të punës



Kosto e lartë për qendrat shëndetësore

•Në ndërgjegjësimin e përdoruesve mbi rëndësinë e përfitimeve shëndetësore të perceptuara si më pak kritike, vetëm sepse konsiderohen si më të "largët"

•Mbi perceptimin e përshtatshmërisë së zgjidhjeve të propozuara drejt larmisë së pritjeve të përdoruesit.

1.6. Efektiviteti i shërbimeve shëndetësore

Matja e efektivitetit nga ***komponentë të tjerë*** të performancës, të natyrës jo-mjekësore por funksionale (infermiere, radiolog), më shumë ose më pak të drejtpërdrejtë, mbi komponentin *core* të shërbimit.

Marrëdhënia mes mjekut dhe pacientit, karakterizohet nga kushte të dukshme të informacionit josimetrik dhe psikologjikë, e cila vë të dytën në nevojën per ti "besuar" të parit, duke i bërë komponentët si ***besimi*** absolutisht të rëndësishëm në marrëdhënie.

Kënaqësinë e konsumatorit në shëndetësi
nevoja per të kërkuar linjat e mundshme të veprimit dhe mekanizmat për të ndërmarrë veprime për të përmirësuar, perveç efikasitetit, efektivitetin në istitucionet shëndetësore në kontekstin e tyre të referimit.

2. Customer satisfaction

model për matjen e efikasitetit relacional

2.1. Customer satisfaction: parimet dhe modelet e menaxhimit

Faturimi (xhiroja), e konsideruar si një element per matjen e vlefshmërisë së biznesit, nuk është më e mjaftueshme: për këtë qëllim, ka nderhyre një faktor i ri vlerësimi:

aftësia e istitucioneve për të menaxhuar rezultatet afatgjata.

funksion për të përmbushur një detyrë të tregut	e nevojshme per istitucionet të dinë vazhdimisht kënaqësinë e tregut në drejtim të produkteve të tyre ose shërbimeve	performancë e mirë kundrejt tregut

fitimi në mënyrë të vazhdueshme dhe me kalimin e kohës i konsumatorit

përmbushjen e vazhdueshme të nevojave të klientëve
të saj për të arritur besimin dhe besnikërinë e tyre.



2.1. *Customer satisfaction: parimet dhe modelet e menaxhimit*

Proçesi i ofrimit të shërbimeve përbëhet nga:
•*Efikasiteti*, (raporti i sasisë së shërbimeve të ofruara/burimeve të përdorura;
•*Efektiviteti*, si shkalla e kënaqësisë të nevojave dhe dëshirave të klientit;
•*Cilësia*, kuptohet si grup i efikasitetit dhe efektivitetit (shkallë e kënaqësisë së pritjeve te klientit me kosto minimale)

Total Quality Management = cilësia e përgjithshme, e cila nuk ka të bëjë me zbatimin e një parimi thjesht teknik ose të brëndshëm i *zero products defects*, por me aftësinë e përgjithshme të firmës për të qenë në gjendje të lidhë sistemin e biznesit me nevojat reale të shprehura nga klientët.

Customer satisfaction, e kuptuar si *"disiplinë e menaxhimit që shpreh qartë aftësinë e ndërmarrjes për të gjeneruar vlerë për konsumatorët, duke parashikuar dhe menaxhuar pritjet e tyre dhe duke treguar aftësi dhe përgjegjësi për të përmbushur nevojat e tyre.*

2.1. *Customer satisfaction: parimet dhe modelet e menaxhimit*

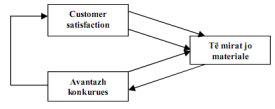
Rëndësia e *customer satisfaction* si një objektiv strategjik është mbështetur nga disa tendenca te zhvilluara të raportit kërkese-ofertë dhe që varen:

- *Rritja e presionit konkurrues* (Përhapja e teknologjive të reja, Fleksibiliteti i proceseve të prodhimit; Zhvillimi i biznesit ndërkombëtar dhe globalizimi i tregjeve);
- *Ndryshimet në kërkesë* (Testimin e produkteve / shërbimeve të cilësisë së lartë; Integrimin e grupimeve të nevojave);
- *Kompleksitetit në rritje të produkteve / shërbimeve* (Në vështirësitë e formulimit të kritereve të përzgjedhjes; Shpenzimet në rritje si të kerkimit /përpunimin te informacioneve dhe të mësuarit);
- *Burime të reja të avantazheve konkurruese.*

2.1. *Customer satisfaction: parimet dhe modelet e menaxhimit*

Besnikëria ndaj markës, imazhi i korporatave, marrëdhëniet me klientin, rrjedhin nga aftësia e firmës për të rritur nivelin e *customer satisfaction* dhe vlerave konsekuente te ofruar në treg.

Fig 10. – *Lidhjet rrethore të rastësisë*



Burimi: *Valdani E., Busacca B., 1995*

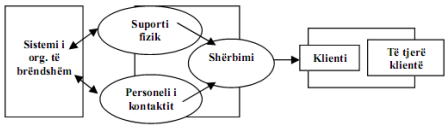
Jo kënaqësi → Kosto → Menaxhim i kostove → Customer satisfaction

krijimi i vlerave të përbashkëta për të krijuar dhe forcuar avantazh konkurrues

- ✓Orientimi ndaj konsumatorëve
- ✓Përfshirje totale
- ✓Matje sistematike
- ✓Mbështetjen e vazhdueshme
- ✓Përmisim i vazhdueshëm

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Karakteristika*

Fig. 11. - *Sistemi i ofrimit të shërbimeve*



Burimi: *Eiglier P. & Langeard E., 1992*

Shërbimi:

- "një proces shkëmbimi që synon zgjidhjen e problemeve,
- kënaq nevojat dhe dëshirat e individeve të vetëm ose kolektive,
- zbatohet nëpërmjet transferimit të ndërsjelltë të informacionit, të njohurive, të punës, aftësitë, përkatesisë, sigurisë ose disponueshmërisë
- për të përdorur individualisht dhe përkohësisht të mirat / mjetet ose transferimin e burimeve natyrore

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Karakteristika*

Eiglier e Langeard përcaktojnë ***shërbim global***, një sistem i përbërë nga shërbimet themelore dhe shpërndarjet e bëra midis konsumatorëve individual. Gama e shërbimeve nuk mund të jetë e projektuar dhe dorëzuar, përveç se në përputhje me nevojat e një segmenti të konsumatorëve.

Cilësia e një shërbimi varet nga:

- Përputhshmëria mes pritjeve të segmentit të konsumatorit të referuar, dhe ofertës se vërtetë të sistemit të shpërndarjes;
- Aftësia për të ruajtur standardet e cilësisë me kalimin e kohës;
- Komponentët e shërbimit të përgjithshëm;
- Përbërësit e secilit shërbim elementar;
- Asetet e tyre brenda shërbimit të përgjithshëm;
- Planifikimi dhe kontrolli i burimeve të padukshme (besimi, imazhi, menaxhimi)

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Modelet*

Modeli ServQual zhvilluar nga Parazuraman, Zeithmal dhe Berry (PZB)

❖Mjet për të vlerësuar perceptimin e konsumatorëve në lidhje me cilësinë e shërbimit.

❖Përcaktuar si mendimi i konsumatorit në lidhje me shkallën e përsosmërisë apo superioritetit që i atribuohet një njesie, dhe përkufizimin e disa dimensioneve:

- ***Aspektet e prekshme***, (objekteve fizike, pajisjeve, personelit dhe e mjeteve të komunikimit);
- ***Besueshmëria***, (siguruar shërbim në një mënyrë të besueshme dhe të saktë);
- ***Aftësia për tu përgjigjur***, në dëshirën për të ndihmuar klientët dhe për tu ofruar shërbim;
- ***Aftësia e sigurimit***, e cila përfshin njohuritë dhe mirësjelljen e të punësuarve të lidhura me aftësinë për të frymëzuar besimin dhe sigurinë;
- ***Empatia***, për sa i përket kujdesit individual që i jepet konsumatorit.

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Modelet*

Modeli PZB

Cilësia e shërbimit nuk varet vetëm nga perceptimi i konsumatorëve, por edhe nga ***mangësitë*** që në kuadër të istitucionit ndihmojnë klientët për të prodhuar perceptimin e cilësisë së shërbimit:

1. ***Pritjet e konsumatorëve drejt perceptimeve të menaxhimit;***
   (mos komunikimi, hierarkia, mungesa e kerkimeve ne treg, etj.)
2. ***Perceptimet e menaxherëve drejt cilësive të shërbimit;***
   (mos përkufizimin e një standarti të cilësisë, mos impenjimi, ndjenja e mos arritjes së objektivave, standardizimi joadekuat i detyrave, mungesa e qëllimit).
3. ***Ofrimi i shërbimeve drejt komunikimit të jashtëm;***
   (komunikimi të papërshtatshëm horizontal dhe tendenca për të bërë premtime joreale).
4. ***Specifikat e cilësisë së shërbimit drejt sherbimeve të kryera;***
   (paaftësia e personelit, konflikti i roleve të stafit, motivimi, mungesa e punës ne ekip, teknologjia e papërshtatshme).

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Modelet*

Modeli PZB - Kritikat

Modeli, ka treguar disa fusha kritike, kryesisht në lidhje me:

i. Aftësinë për të matur cilësinë (përkufizimin e konceptit të cilësisë se perceptuar), pasi nuk ndikohet vetëm nga perceptimet e pritshmërisë, por edhe nga ato të performancës;

ii. Standardizimi i analizës së proçeseve të vlerësimit të konsumatoreve, pasi ato shfaqin sjellje të ndryshme;

iii. Përkufizimi i dimensionit të besueshmërisë, si një përcaktues i kënaqësisë, pasi ka edhe elementë të tjerë;

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Modelet*

Modeli *gap* i Valdanit dhe Busacca, Përdor *customer satisfaction* si një gjuhë organizative dhe e ndërveprimit. Konsiston në kontrollin e harmonisë ekzistuese midis:
i. Objektivave të planifikuar nga drejtuesit (*kënaqësi e planifikuar*);
ii. Niveli i dëshiruar nga ana e konsumatorit (*kënaqësi e dëshiruar*);
iii. Objektivat e perceptuar nga ana e personelit (*kënaqësi e transmetuar*);
iv. Niveli i perceptuar nga konsumatori (*kënaqësi e perceptuar*);
v. Niveli aktualisht i ofruar (*kënaqësi e ofruar*)

Fig 12. - *Sistemi i ofrimit të shërbimeve*



Burimi: *VALDANI E., BUSACCA B., in «Micro ez. Macro Marketing», 3, 1995.*

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Modelet*

- ***Gap i sintonisë (akordimit)***, si mospërputhje midis ofertave te istitucionit dhe pritjeve te konsumatorëve;
- ***Gap i vlerës***, që rrjedh nga cilësia e ulët e cila i atribuohet ofertës të istitucionit në krahasim me atë që duan klientët;
- ***Gap i shtrirjes***, është shprehje e ndryshimit mes kënaqësisë së planifikuar nga menaxhimi dhe standardet e kënaqësisë së klientit të perceptuara nga personeli;
- ***Gap i konsonances***, i cili mat divergjencat mes objektivave të customer satisfaction të miratuara nga personeli dhe perceptimet e fituara nga konsumatorët në lidhje me nivelin e cilësisë së ofruar nga istitucioni;
- ***Gap i përfshirjes***, mungesa e një kulture përfshirëse dhe mungesa e menaxhimit të variablave organizative;
- ***Gap i projektimit***, i cili mat divergjencat mes standardeve të përbashkëta për organizimin dhe cilësinë e ofruar në të vërtetë në treg;
- ***Gap i perceptimit***, që rezulton nga diferenca ndërmjet cilësisë së ofruar nga istitucioni dhe kënaqësisë së perceptuar nga ana e konsumatorëve;
- ***Gap i arritjeve***, të përcaktuara nga paaftësia për të prodhuar një profil ofertë që i korrespondon projekteve të veçanta të besueshme teknike -funksionale me "*zero defects*".

2.2. *Specifika e customer satisfaction - Modelet*

Modeli *gap* i Valdanit dhe Busacca

Modeli ka për qëllim ti sigurojë istitucionit një parakusht për arritjen e objektivit të *customer satisfaction*, nëpërmjet konsolidimit të shtyllave mbi të cilat mbahet istitucioni proaktiv.

Bazuar në parimet e *customer centered reengineering*, pra strategjia, arkitektura, dhe proceset organizative duhet të projektohen rreth stafit në mënyrë që të krijojnë dhe transferojnë vlerën më të mirë të mundshme për konsumatorët.

Edhe pse komplekse, modeli i jep mundësinë që të ketë një aftësi të madhe për të zgjedhur dhe për të fuqizuar punëtorët më të kualifikuar të istitucionit, për një mbështetje të konsiderueshme të *know-how* të përshtatur për angazhimet e marra.

2.3. Orientimi i customer satisfaction dhe specifikat e shërbimeve shëndetësore në proçesin e vlerësimit të klientëve / pacientëve

Koncepti i ***cilësisë***, lidhet shpesh me faktin se një cilësi më e mirë e shërbimit është përgjegjës për një ***kosto me të lartë*** dhe uljen e vëllimeve të prodhimit.

Mirepo, mungesa e vëmendjes për cilësinë në kujdesin shëndetësor shkakton një ***rritje të vazhdueshme të shpenzimeve operative***;

Cilësia ne shëndetësi nuk është vec se një përzierje midis cilësisë teknike të performancës, cilësisë së sistemit të shpërndarjes dhe cilësisë relacionale të perceptuar të shërbimit;

Customer Satisfaction luan pra një rol të rëndësishëm në dinamikën konkurruese, në krahasim me aftësinë e tyre për të tërhequr pacientë;

Marredheniet, pritjet e përdoruesit dhe parametrat e vlerësimit të tij së bashku me përvojat e jetuara më parë dhe me format e reklamave me efektive, në praktikë "hapja e fjales" ose "thashethemet", përbëjnë treguesin më të plotë të cilësisë qe është mendimi i përdoruesit.

TEMA 14

VLERËSIMI I CILËSISË SË SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

VLERËSIMI I CILËSISË SË SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Reformat e reja të Shëndetit Publik kanë tendencën e kalimit nga modeli i *Welfare State*, e cila kërkon mbrojtjen e shëndetit të personit si një e drejtë absolute, në atë të *Shtetit të Shërbimeve*, në të cilën e drejta për shëndet është e garantuar vetëm brenda kufijve të burimeve në dispozicion dhe i nënshtrohet njëkohësisht një ndryshimi progresiv duke lënë në nivelin qëndror vetëm detyrën e akordimit të sistemit.

Për të mbështetur këtë proçes, legjislacioni duhet të parashikojë futjen e mjeteve të administrimit që do të lejonte një ndryshim rrënjësor në menyrat e menaxhimit dhe në veçanti të kontrollit menaxherial mbi rezultatet[1].

Nevoja primare për institucionet e kujdesit shëndetësor është të miratojë sisteme të programimit dhe të kontrollit që, me tejkalimin e modeleve tradicionale kryesisht kontabël, janë në gjendje të drejtojnë operatorët në arritjen e objektivave (*efektivitetin*) nëpërmjet përdorimit më të mirë të burimeve të disponueshme (*efikasitetin*), duke lidhur ngushtë aktivitetet me rezultatet përmes një vëzhgimi tërësor të proçesit të prodhimit në lidhje me natyrën dhe karakteristikat specifike të sektorit nga njëra anë dhe faktorët e lidhur me kompleksitetin nga ana tjetër[2].

Proçesi i prodhimit/shërbimit është, në fakt, elementi në lidhje me të cilin duhet të jenë të kalibruar dhe monitoruar opsionet e menaxhimit, ne të cilat duhet të vlerësohen kostot e shërbimeve shëndetësore, por mbi të gjitha cilësinë e menaxhimit dhe aftësinë e organizatës për të parashikuar ndryshimin, për të analizuar dhe për tu përgjigjur nevojave, për një orientim krejtësisht ndaj konsumatorit final (*customer oriented*).

---

[1] Sjellje sipërmarrëse dhe jo, natyrisht, në logjikën e biznesit; kjo e fundit, duket se është tërësisht në kundërshtim me natyrën dhe qëllimin e sektorit publik në përgjithësi. Nga ana tjetër e njëjta «*Reinventing governement*» - (cfr. OSBORNE D., GARBLER T., Dirigere e governare, Garzanti, Milano, 1995.) - më shumë se çdo model tjetër që ka karakterizuar teoritë dhe praktikat e Administrates Publike në të gjithë botën gjatë dekadës së fundit – nuk thekson aspak se administrata publike duhet të interpretohet si një biznes, por thjesht se duhet të ketë sjellje më sipërmarrëse. Në këto çështje, me interes të veçantë është DONATI E., CUBELLO A.L., www.cambiamento.pa. *Le esperienze del National Performance Review e dell'Electronic Gonvernment in USA dal 1993 al 1999,* Franco Angeli, Milano, 1999.

[2] Diskutimi mbi këtë pikë meriton një thellim të konsiderueshëm e cila, edhe pse në përputhje me argumentin në zhvillim, nuk mund të gjejë hapësirë në këtë kontribut. Mjafton të theksohet se kontrolli i menaxhimit të kostos (për kufijtë e brendshme) nuk provon se përthithjet më të mëdha ose më pak të burimeve varen nga aktivitetet e kryera, por nga sekuencat e tyre përgjatë proçesit të prodhimit. Kjo ka një rëndësi edhe më të madhe në kujdesin shëndetësor për shkak të ndryshueshmërisë së skajshme në konsumin e burimeve (i lidhur jo vetëm me nevojën për të personalizuar ndërhyrjet por edhe pasiguritë që ende karakterizojnë mjekësinë) dhe shpërndarjes që shpesh karakterizon sëmundjet individuale. Sisteme të tilla, të cilat japin informacion thjesht sasior, janë të pamjaftueshme pasi lënë barrën e vlerësimit mjekut individual pa ofruar mbështetjen e duhur për aktivitetet dhe proçeset e qeverisjes. Mbi funksionimin e sistemeve të kontrollit të menaxhimit në kujdesin shëndetësor, cfr. Sarra M. KAINICH E Saracmo P., La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella Sanità, Il Sole 24 Ore, 2002.

Është e qartë se në një konteks socio-ekonomik të karakterizuar nga ndryshimet e shpejta dhe të vazhdueshme, ku ndryshimi është kushti normal, institucionet duhet të mbikëqyrin të gjitha vlerat në gjendje të orientojnë vetë ndryshimin dhe menaxhojnë efektivisht marrëdhëniet që rrjedhin prej saj: efektiviteti, efikasiteti, fleksibiliteti, cilësia dhe integrimi janë, të gjithë së bashku, referenca për çdo zgjedhje në çdo fushë[3]. Por mbi të gjitha cilësia, sepse gjithnjë e më shumë "nevoja për cilësi" ka tendencë për t'u bërë një tipar strukturor i tregut[4]. Nevoja e përhapur për cilësinë është në rritje në terma eksponenciale në dekadat e fundit dhe mund të konsiderohet si vlera dominuese në mesin e atyre që e karakterizojnë shoqërinë aktuale[5]. Shërbimet publike në përgjithësi dhe të kujdesit shëndetësor në veçanti, përfaqësojnë, atëherë, kontekstin në të cilin vlera e cilësisë merr të gjithë rëndësinë e vet edhe për pasojat që rrjedhin nga zbatimi i metodave dhe filozofisë së cilësisë[6].

Gjatë viteve '90 miratimi i metodave dhe filozofia e menaxhimit frymëzuar nga cilësia, ka qenë mënyra më e mirë për t'iu përgjigjur krizës së thellë në institucionet shëndetësore për shkak të vështirësive të konsiderueshme për të përmbushur nevojat në rritje të shprehur nga njerëzit me burimet në dispozicion. Dhe në të njëjtin kontest legjislatori në rregullat mbi "kartën e shërbimeve shëndetësore" dhe në përputhje me një tendencë që ka përshkuar të gjithë sektorët e administratës publike, tenton të vendosë ekuilibrin e sistemit mbi "qytetar/klient", jo vetëm duke rregulluar pjesëmarrjen dhe mbrojtjen e të drejtave të tij, por edhe duke identifikuar në mënyrë specifike, faktorët kryesorë të cilësisë së shërbimeve shëndetësore[7].

---

[3] Në një libër që është bërë kult (DAVIS S. MAYER C., Blur - *Le zone indistinte dell'economia interconnessa*, Milano, Edizioni Olivares, 1999), dy analistët ekonomik britanikë demonstrojnë se si bota dhe, në veçanti, ekonomia është duke lëvizur me një ritëm gjithmonë dhe më të shpejtë, duke revolucionalizuar standardet, strukturat dhe kufijtë e çdo biznesi dhe çdo organizate. Sipas autorëve, të tre dimensionet të cilat i kemi përdorur për të matur universin - kohë, hapësirë, masë - duhet të zëvendësohen me shpejtësi, ndërlidhje dhe *immaterialisation*; duhet të mësohemi me idenë e të jetuarit në një botë pa kufij dhe të sigurt, të shqetësuar nga shpejtësia e ndryshimit. Do të shohim se si tani e tutje këto tre dimensione tregojnë, për aspekte të caktuara, interes në sektorin e shërbimeve.

[4] Cfr. CONTI T., *Come costruire la Qualità Totale*, Sperling Kupfer, Milano, 1992. Autori, tashmë më shumë se një dekadë më parë, vuri në dukje në këtë drejtim se «... tregjet më të avancuara (në rritje në numër dhe madhësi) i gjykojnë konsumatorët vendosur gjithmonë më lartë në hierarkinë e nevojave (ku cilësia e produkteve dhe shërbimeve është konsideruar si një parakusht për cilësinë e jetës) dhe gjithnjë e më agresivë».

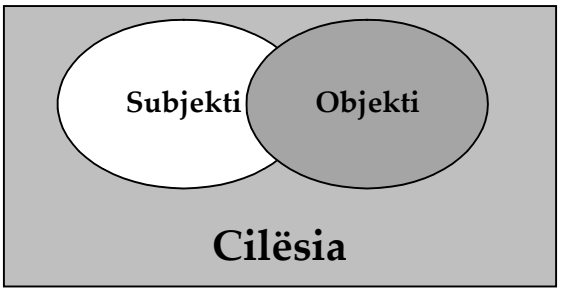
[5] Nuk është rastësi që një motor kërkimi i njohur në internet në 20/05/2004 ka raportuar 111 milionë link në të cilën ka termin anglo-sakson «*quality*».

[6] Për përcaktimin e konceptit të cilësisë në optikën e shërbimit, referojuni literaturave të shumta ekzistuese. Jashtëzakonisht efektive shihet dhe BARBARINO F.C., LEOPARDI E., Servizi di qualità, Il Sole 24 ore, Milano, 1997 sipas të cilit shërbimi është .... "instrument i plotësimin të nevojave dhe dëshirave, të një klienti: "karakterizuar, për këtë arsye, në tre elementë dallues: klienti (protagonisti i vërtetë, i cili ushtron një rol aktiv dhe dhe të vetëdijshëm dhe për këtë arsye duhet të konsiderohet si pjesë e burimeve njerëzore në dispozicion), aktivitetet (veprim konkretisht vënë në favor të një personi tjetër), furnizuesi (ai i cili ka përgjegjësi në kohën e dorëzimit). Kritika e kësaj marrëdhënie është rritur nga fakti se për shërbimet koha e prodhimit dhe konsumit në përgjithësi koincidojnë, pasi ata nuk mund të ruhen. Shiko edhe, NORMAN R., La Gestione strategica dei servizi, Etas Libri, Milano, 1992.

[7] Vëmendje për cilësinë lind kur klienti apo qytetari që bëhet klient, me autonominë e tij, shndërrohet në subjekt i strategjive dhe interesave të biznesit. Siç është vërejtur nga GELINIER (GELINIER O., *Retrospettiva storica della Direzione partecipativa* in LABOUCHEIX V., *Trattato della qualità totale*, E Angeli, Milano, 1991) përqëndrimi tek konsumatorët dhe angazhimi për cilësinë e produktit (apo shërbimit) janë tipare të shquara të kompanive më inovative. Ky ndryshim në strategjinë e ndërmarrjeve private ka pasur shumë pasoja mbi burokracinë, e cila, kishte vënë në pikëpyetje strukturat dhe hierarkitë e vlerave ekzistuese në sektorin publik. Nuk është rastësi që, në fund të viteve tetëdhjetë, vetëm një nga studiuesit më të mëdhenj të burokracisë (Cao-

Përkufizimi i cilësisë nuk është aspak i lehtë. Në fakt eshtë e vështirë që të kuptohet një konceptualizim i veçantë edhe për shkak të qasjeve të ndryshme të përdorura (psikologjike, sociologjike, ekonomike, etj.) dhe të variablave të ndryshme të konsideruara. Dy aspekte janë ende të dukshëm: së pari, se cilësia është e qartë, gjithmonë dhe në çdo rast, në një gjykim të vlerës në lidhje me një objekt (të mira ose shërbime) të shprehura nga një subjekt i jashtëm për vetë objektin. Së dyti, ajo është realizuar në ndërveprim ose, më saktë, në mbivendosje midis subjektit (që shpreh nevojën për të kënaqur) dhe objektit (që supozohet teorikisht e dobishme për të kënaqur nevojën e shprehur) (Figura 4.5).
Në sektorin shëndetësor, kjo vështirësi e përkufizimit është rritur nga të paktën tre faktorë të kompleksitetit.
Së pari nga *kompleksiteti i konceptit* të vetë shëndetit, një koncept që tashmë është referuar në mënyrë unike personit në unitetin e tij dhe integritetin bio - psikik, duke u ndikuar nga një numër faktorësh (kulturorë, social, historik, institucional, territorial, etj.) që ndryshojnë nevojat dhe pritjet e klientit dhe në të njëjtën kohë, të ndikuar nga aftësitë, modelet organizative dhe nga konkretësia e burimeve në dispozicion për të plotësuar këto nevoja.
Së dyti, *numri i dukshëm i aktorëve* që ndërveprojnë në shërbimet shëndetësore (pacientë, administratë, fakultete, menaxherë, kompani farmaceutike dhe furnizues në përgjithësi, shoqata profesionale dhe përdorues, etj.); edhe pse, në fakt, komponenti mjeko profesional ka qenë dhe është ende dominues, rritet gjithnjë e më shumë ndikimi i aktorëve të tjerë, sidomos në fushën institucionale dhe sociale.

Fig 1. – Zonat e ndërveprimit të cilësisë



Burimi: Përshtatur nga Ovretveit

Së fundi, nga karakteristikat e brëndshme të institucionit shëndetësor, që prodhon një shërbim *personality intensive* (të karakterizuar, dmth, nga një shkallë e lartë personalizimi) dhe që shpesh kërkon vendime dhe ndërhyrje të menjëhershme dhe në kohë. Nga kjo pikëpamje, merr një rol me rëndësi të lartë veçanërisht marrëdhënia mjek-pacient e cila, nga marrëdhënie fortësisht e mos ekuilibruar, gradualisht kanë tendencë të bëhen të barabarta për t'u kualifikuar si një moment i sintezës mes etikës profesionale të mjekut dhe autonomisë së pacientit[8]. Mjeku dhe

ZIER M., *Stato modesto, Stato moderno,* Lavoro, Roma, 1988) vërejti se cilësia, si motor i shoqërisë post-industriale është ndjekja e përsosmërisë së produktit teknik dhe në të njëjtën kohë, zhvillimi i një marrëdhënie më aktive dhe produktive me klientin.

[8] Kjo sigurisht nuk do të thotë se "asimetria e informacionit", në mes pacientit dhe mjekut dhe, më në përgjithësi, në mes të spitalit dhe *stakeholders* mund të anullohet, qoftë dhe nën efektin e ndërhyrjeve të jashtme të sistemit. Më

pacienti janë gjithnjë e më bashkë-vendosës në përcaktimin e proçesit të dorëzimit; mjeku është thirrur gjithnjë e më shumë për të menaxhuar dhe rritur vazhdimisht këtë marrëdhënie, duke qenë se nga cilësia e saj varet efektiviteti i performancës dhe, në veçanti, perceptimi i cilësisë së pazientit[9].

Përkufizimi që më mirë se çdo tjetër integron të dy aspektet e cilësisë të konsideruar me faktorët që ndikojnë dhe kushtëzojnë përmbajtjen e konceptit të shëndetit, si një qëllim i fundit i sistemeve dhe veprimeve shëndetësore është dhënë nga Donabedian[10]. Për këtë autor, ***asistenca shëndetësore*** *është me cilësi në qoftë se operatorët që e shpërndajnë* - duke dhënë ndërhyrjet që përparimi në njohuritë shkencore tregon si të aftë për të prodhuar efekte të dëshiruara dhe të duhura, nderhyrje që duhet të jetë në harmoni me vlerat morale të shoqërisë dhe duhet të realizohen në mënyrë që të gjenerojnë kënaqësi në ato që e marrin - *janë në gjendje për të maksimizuar përfitimet e shprehura në drejtim të shëndetit të shtuar nga rreziqet e shkaktuara për të prodhuar ato*.

Ky përkufizim ka meritën e madhe për të theksuar njëherësh tre parametrat ose treguesit që vendimmarrësi duhet të marrë në konsideratë për vlerësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore[11]:

- *Treguesit me karakter strukturor apo inputet*; burimet (njerëzore, teknike dhe financiare) e nevojshme për të mundësuar shpërndarjen e aktiviteteve dhe të shërbimeve shëndetësore dhe funksionimin e tyre. Bëhet fjalë për të gjithë ato elemente të qëndrueshëm si materiale dhe organizative të cilat përcaktojnë fushën në të cilën konkretizohet shërbimi asistencial. Ata janë të përshkruara në aspektin e "*sasisë së burimeve që mund të përdoren*" dhe përfaqësojnë pikat e referimit për ndërtimin e një sistemi të ofrimit financiarisht të qëndrueshëm; dhe mbi bazën e të cilit ndërtohen të ashtuquajturat *struktura standarde*, d.m.th. sasia e burimeve të nevojshme për ofrimin e një shërbimi të veçantë;
- *Treguesit e proçesit ose outputet*, që përfaqësojnë të gjitha aktivitetet (të parandalimit, terapeutike, diagnostikuese, rehabilituese, dhe, më në përgjithësi, *accessory*) të dhënë në favor të një pacient / klienti. Një tregues i këtij lloji ka për qëllim specifik të përshkruaj mënyrat me të cilat institucioni shëndetësor vepron për të përmbushur nevojat e shprehura nga pacienti; të dhënat që ky lloj treguesi jep kanë natyrë kryesisht sasiore duke u shprehur

---

saktë, kjo është më tepër efekt i përmirësimit dhe kualifikimit të komunikimit në mes të klientit (pacientit) dhe agjentit (mjekut).

[9] Është nga kjo dëshmi që lind mundësia për të përdorur *customer satisfaction* si një model për të vlerësuar efikasitetin e objekteve shëndetësore, siç e kemi parë në kontributet e mëparshme.

[10] Cfr. DONABEDIAN A., La qualità dell'assistenza sanitaria, Nis, Roma, 1990.

[11] Duket e dobishme të kujtojmë se termi *"vlerësim"* është menduar këtu për t'iu referuar proçesit që, përmes mbledhjes dhe interpretimit të të dhënave dhe informacionit, çon në zhvillimin e një opinioni të vlerës së një aktivi ose edhe, por shumë rrallë, të masës së saj. Vlerësimi nuk mund të ngatërrohet me "*kontrollin*", edhe pse të dy termat janë shpesh përdorur gabimisht si sinonime. Në fakt, ndërsa kontrolli është në thelb një aktivitet me natyrë rregullatore (ose sanksionuese), vlerësimi karakterizohet nga përfshirja e plotë e të njëjtëve aktorë të proçesit me qëllim përmirësimin apo risinë. Në organizatat e kujdesit shëndetësor, këto çështje janë me rëndësi të veçantë si për rëndësinë e kapitalit njerëzor dhe përfshirja e tyre e plotë në çdo fazë ashtu dhe për disa faktorë të veçantë kontekstual, autonomia klinike në vendin e parë. Shumë e dobishme paraqitet leximi i vëllimit të BEZZI C., *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano, 2001.

në aspektin e vëllimit të shërbimeve (numri i të shtruarve, numri i ndërhyrjeve të një lloji të veçantë, sasia e ilaçeve, orët në sallën e operacionit, etj).

- *Treguesit e suksesit ose outcome*[12]: rezultati është elementi më kritik dhe i vështirë për tu matur, që paraqitet nga ndryshimi i gjendjes se shëndetit aktual dhe të ardhshëm të pacientit të lidhura me shërbime të mëparshme shëndetësore të ofruara në favor të tij. Kjo klasë treguesish përcakton rezultatin e përfitimeve shëndetësore të ofruara dhe, ngaqë janë të lidhur me sasinë dhe cilësinë e burimeve të përdorura, janë mjeti më i dobishëm për të matur efektivitetin, efikasitetin dhe përshtatshmërinë e një shërbimi shëndetësor[13].

Fig 2. – *Lidhja: Strukturë – Proçes – Rezultat*



Struktura, proçesi dhe rezultati paraqesin marrëdhëniet e sakta rrethore të vazhdimësisë dhe rrjedhshmërisë, duke përcaktuar një model të plotë për vlerësimin e cilësisë së institucioneve shëndetësore. Janë pikërisht këta faktorë nga ku duhet nisur për ndërtimin e metodologjive dhe mjeteve për të mbajtur nën kontroll variablat kritike për pacientin në aspektin e cilësisë dhe të cilat nuk mund të mundësojnë vetëm menaxhimin e integruar të istitucioneve gjatë proçesit të prodhimit, por edhe të bëhen mbështetje per sistemet e planifikimit dhe kontrollit të fokusuar në menaxhimin dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë, në dimensionet e saj të ndryshme, duke arritur kështu të balancohen të gjitha interesat në lojë.

---

[12] Në vlerësimin e veprimtarisë shëndetësore për të ndarë *output* dhe *outcome*. Ndërsa me të parën tregohet rezultati i dhënë nga secila performancë individuale e proçesit të prodhimit, me të dytin tregohen rezultat e qëndrueshme dhe të plota në mirëqenien e klientëve të cilët kanë përdorur shërbimin dhe, për këtë arsye, mat rezultatet *output* të pacientit. *Output* është i matur, për këtë arsye, mbi objektet e prodhuara nga aktiviteti i sistemit dhe është një kontroll "brendshëm" i kompanisë; *outcome* matet vetëm mbi përdoruesit dhe është, një masë e jashtme e kompanisë. Rezultati mund të jetë pozitiv (zgjatja e jetës, ulja e vuajtjes dhe aftësisë së kufizuar) dhe negativ (komplikime dhe efekte patogjenike). Në fushën e parandalimit rezultati është ulja në incidencën e sëmundjes. Dhe mos harroni se një lloj i veçantë i rezultatit përbëhet nga kënaqësia e pacientëve, të afërmit e tyre dhe të popullsisë.

[13] *Përshtatshmëria* është një nga fjalët kyçe të cilësisë në kujdesin shëndetësor, shpeshherë parametri kryesor; ajo në thelb konsiston në aftësinë për të marrë një vendim duke konstatuar një veprim (nëse është ajo një operacion apo një recetë e thjeshtë ilaçi) në gjendje për të arritur rezultatin më të mirë të mundshëm në situatën e dhënë (të veprimit më të përshtatshme në këtë rast). Që të kihen procese të kujdesit me cilësi është thelbësore që përshtatshmëria të manifestohet në nivele të ndryshme: *qeverisje* (të tilla si cilësi në vendime që konsiston në aftësinë për të identifikuar çështjet kritike dhe të ndërmarrë veprime korrigjuese sipas rastit); *menaxhimi* (p.sh. cilësia organizative ose aftësia për të përgatitur kushte për të siguruar shpërndarjen më të mirë të mundshme të shërbimit); *proçesi i prodhimit* (të tilla si tekniko - profesional, ose si aftësi për të miratuar një zgjedhje në lidhje me nevojën e shprehur për shëndetin dhe për të siguruar ndërhyrjen e nevojshme sipas proçedurave më të mirë të mundshme) dhe *relacionale* (dmth. kapacitetin për të arritur konsensusin maksimale të mundshëm, nëpërmjet zhvillimit të teknikave të duhura të marketingut dhe promovimit).

Teoria por edhe praktika e përditshme mësojnë se nuk është e mjaftueshme për të vendosur standardet (strukturë, proçes ose rezultat) për të siguruar "cilësi"[14]; këto, në fakt, në qoftë se braktisen në vetvete, kanë tendencë në rënie të natyrshme. Vetëm një punë e vazhdueshme e vlerësimit (*assessment*) dhe përmirësimit (*improvement*) mund të jenë në gjendje për t'i mbajtur lart: nga këto konsiderata marrin shtysë disa modele aktuale të menaxhimit të cilësisë, dhe në veçanti ajo e njohur si *Continous Quality Improvement*.
Dhe këtu hyn në lojë një faktor shtesë i kompleksitetit. Të tre kategoritë e treguesve të përcaktuar më sipër përbëjnë fusha të tjera për vëzhgimin e cilësisë. Por vetëm nëse ndryshohet pikëpamje, pa paragjykuar fushat e lartpërmendura, mund të vëzhgohen, në marrëveshje me një pjesë të rëndësishme të doktrinës, tre dimensionet e cilësisë që risillen në mënyrë direkte tek subjektet e përfshira dhe interesat në lojë[15].
Edhe pse kjo mund të duket mbresëlënëse në literaturë në lidhje me qëndrimet e ndryshme që marrin herë pas here këndvështrimet dhe variablat e ndryshme, duket mjaft qartë, megjithatë, se cilësia nuk mund të reduktohet në një nga madhësitë e saj, apo ti drejtohet një kategorie të ndryshme njerëzish që bashkëveprojnë në proçeset e prodhimit të shërbimeve shëndetësore[16]: *cilësia, në fakt, ose është për të gjithë ose nuk është e tillë*[17].

Dimensionet e cilësisë

Klasifikimi i vetëm i dobishëm është, ai që arrin të mbajë së bashku marrëdhëniet që lidhin proçeset, aktorët dhe dinamikën e mjedisit në një kuptim të gjerë në lidhje me natyrën dhe karakteristikat e shërbimit në fjalë, si një sintezë e Efikasitetit, Efektivitetit, Etikës dhe Barazisë (*Equity*) (katër "E" e cilësisë).
Në këtë kuptim, cilësia e shpërndarë, e perceptuar dhe sociale përfaqësojnë tre dimensionet, në të cilat hetohet dhe vlerësohet cilësia e shërbimeve shëndetësore.

---

[14] *Standardi* është niveli i pragut e cila konsiderohet e pranueshme në lidhje me rregullat specifike (kriteret) që lidhen me aspekte të matshme të kujdesit, duke e lejuar për të përcaktuar cilësinë e saktë dhe shkallën e përputhshmërisë, me kusht që të jenë të kontrollueshme (në çdo kohë dhe përmes procedurave të veçanta) dhe veçanërisht të ndjeshme dhe specifike. Specifikat dhe ndjeshmëria paraqesin parametrat për saktësinë e matjes (definuar si aftësia për të minimizuar gabimet, si në vlerë absolute dhe përqindje) të ndonjë përfitimi shëndetësor i cili është nga ana tjetër një nga përcaktuesit e përshtatshmërisë.

[15] Cfr. OVRETVEIT J., *La qualità nel servizio sanitario*, Edises, Roma, 1996. Sipas autorit cilësia e shërbimit është "... *kënaqësia e plotë e nevojave të atyre që kanë nevojë për shërbime shëndetësore në koston më të ulët për organizatën dhe brenda kufijve dhe udhëzimeve të vendosura nga autoritetet .... dhe madhësitë e saj (e matur nga ana e klientit, me cilësi profesionale dhe të menaxhimit të cilësisë)" ... korrespondojnë me grupet e interesit në lojë, perspektivat e të cilëve duhet të integrohen për të specifikuar cilësinë e një shërbimi të veçantë...*

[16] Ndër kontributet e shumta në këtë fushë, me rëndësi të veçantë është ai i FOCARILE F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, C.S.E, Torino, 1995, i cili përcakton në mënyrë të detajuar se çfarë duhet të përmbajë cilësia: Përshtatshmëri, Accessibility, Ekspertizë, Vazhdimësi, Efikasitet, Efektivitet, Siguri, Humanizëm. Në çdo rast, siç është cituar, bëhet fjalë për tregues që mund të grupohen në kategori (dimensione) më të gjëra. Rreth Al, cfr. LIVA C., DI STANISLAO F., L'accreditamento dei servizi sanitari Uno strumento per la promozione della qualità, Nam, Vol. 12, 1996.

[17] Cilësia që kërkohet sot është cilësia për të gjithë. Ajo është e bazuar në përsosmëri të shërbimit, e cila nga ana tjetër do të matet si një funksion i suksesit që klienti do të marrë në përdorimin e vetë shërbimit. CROZIER, *op. cit*.

- ***Cilësia e ofruar.*** Bëhet fjalë për dimensionin në të cilin vihen në pah aspektet teknike të performancës, në kendveshtrimin e përmbajtjes dhe aftësisë kryesisht mjekësore dhe shëndetësore (*përshtatshmëria në profilin tekniko profesional*), pra organizative dhe të menaxhimit në një kuptim të gjerë (shpërndarja e një sherbimi cilësor për të siguruar përshtatshmërinë si në aspektin e vendimmarrjes dhe të menaxhimit). Në këtë kontekst, pikë qendrore kritike i është dhënë sasisë së burimeve të disponueshme, niveli i së cilës kushtëzon në thelb realizimin e përmirësimit dhe zhvillimit të shërbimeve shëndetësore efektive. Udhëzimet për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve të veçanta, të ndërtuara me kontributin e *Evidence Based Medicine*, rrugë diagnostike dhe terapeutike[18], si një instrument i racionalizimit të proçeseve të shperndarjes në përputhje me logjikën e "plejadës së vlerës" dhe akreditimit janë, në këtë fushë, mjete shumë të dobishme për të siguruar cilësinë e performancës dhe në të njëjtën kohë per të shmangur punën e pahijshme dhe kostot e pa justifikueshme.
- ***Cilësia e perceptuar***. Është pikerisht kjo fusha e vlerësimit subjektiv (*perceptimi*), bërë nga përfituesi i shërbimit (zakonisht pacienti) dhe që mund të shikojë si në aspektet kryesisht teknike dhe relacionale të kompontentit mjekësor dhe shëndetësor ashtu dhe në të gjithë aspektet e tjera që ndihmojnë për të kualifikuar vetë shërbimin (lejueshmëria, elementët strukturorë, teknologjia etj.). Në vlerësimin e këtyre faktorëve, siç është e qartë, luajnë një rol të fuqishëm aspektet dhe mjetet me karakter komunikues-relacional, për promovimin e marketingut të istitucionit. Duhet, megjithatë, në këtë profil, të kihet parasysh se, ndryshe me atë që mund të duket në pamje të parë, identifikimi i marrësit nuk është aspak i lehtë sidomos në shërbimet shëndetësore, që nuk kanë pothuajse kurrë një përdorues të vetëm dhe të përcaktuar mirë. Nuk mund të mohohet rëndësia që luan në përcaktimin e nivelit të cilësisë së perceptuar, për shembull, mjeku i përgjithshëm, si mbajtës i një marrëdhënie sistematike besimi me përdoruesit e fundit; nëse, në fakt, perceptimi i shërbimit që ka ky aktor nuk është pozitiv, vështirë se do të jetë i kënaqur përdoruesi final[19]. Në çdo rast, pranë përdoruesit final (klient/pacient), edhe *operatori profesional* që drejtpërdrejtë ndikon në proçesin e shpërndarjes së shërbimit është subjekt që percepton madhësinë e cilësisë dhe e vlerëson atë; jo shumë cilësinë e shpërdarë, më shumë se sa kënaqësinë që përjetojnë në ushtrimin e rolit në fushën e këtij proçesi specifik dhe profesionalizmit të tij. Rëndësia e lidhjeve mjek-pacient lidh, si tashmë u përmend më lart, pazgjidhshmërisht perceptimin e cilësisë të të dy subjekteve, për shkak se shqetësimi i njërit ndikon detyrimisht në shërbimin dhe në mënyrë të pashmangshme trasferohet te tjetri.

---

[18] Për çështje që lidhen me kuptimin dhe përcaktimin e rrugëve si një mjet për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë ju lutem referohuni kontributit themelor të CASATI G., *Il percorso del paziente*, Egea, 1999. Autori i frymëzuar nga përvojat konkrete, vendos theksin në faktin se një proçes prodhimi i dizajnuar me këtë logjikë nënkupton se operatorët duhet të synojnë në menaxhimin e këtyre aktiviteteve që, kur kombinohen në proçese individuale, mbartin vlerë të shtuar për pacientin, duke rrezatuar në të perceptimin e një cilësie më të lartë të shërbimit të marrë. Kjo është, një aspekt që lidh drejtpërdrejt dimensionin subjektiv me atë objektiv të cilësisë.

[19] Është një rol që duhet ti njihet edhe pediatrit, specialistit për pacientët e jashtëm dhe në përgjithësi të gjithë ata që luajnë në mënyrë profesionale, një rol ndërmjetësues midis strukturës donatore dhe marrësit përfundimtarë të shërbimit. Nevoja për të menaxhuar këto marrëdhënie dhe flukset e komunikimit që rrjedhin, nuk mund të lihen pas dore, pasi përcaktojnë dështimin e politikave të korporatës që ka për qëllim përmirësimin e cilësisë së perceptuar.

Dhe është këtu që vijnë në lojë dy faktorë serioz: *"cilësia" e kapitalit njerëzor* në dispozicion për istitucionit dhe aftësia e menaxherit për të administruar variablat organizative që ndikojnë më drejtpërdrejt në të (sistemet e menaxhimit të personelit, klimës organizative, udhëheqja, etj.). Dëgjueshmeria e vazhdueshme, studimi i përbashkët, identifikimi i vlerave të caktuara dhe të konsideruara të domosdoshme nga qytetarët janë vendimtare për shpërndarjen e burimeve në dispozicion dhe për të udhëzuar strukturat operacionale, për të përcaktuar dhe aktivizuar ato metoda korrigjuese të proçedurës, gjuhës dhe të mesazhit që mund të kontribuojnë brenda shërbimit dhe në një efikasitet e produktivitet më të mirë për vetë sistemin.

Nuk është, në fakt, absolutisht indiferente në këtë këndvështrim qëndrimi, njohuritë, aftësia me të cilën operatorët menaxhojnë shërbimet e tyre dhe hyjnë në marrëdhënie profesionale me operatoret e tjerë dhe bëhen klientë dhe shpërndarës të brendshëm. Operatori i kënaqur me ambientin e tij kulturor dhe operativ është në gjendje të menaxhojë në mënyrë optimale marrëdhëniet me përdoruesit dhe, si pasojë, flukset e komunikimit dhe vleresimit të ofertës.

- ***Cilësia sociale***. Eshtë ky dimension në të cilin vleresohet shumë shpërndarja e veprimtarisë shëndetësore dhe burimeve te saj në lidhje me nevojat dhe pritjet e popullatës. Vëmendja për këtë dimension lind rastësisht në lidhje me zhvillimin e politikave sociale, dhe forcohet me zgjerimin e burimeve kundrejt përcaktimit të tyre. Ky kufizim i burimeve ka, si pasojë të menjëhershme, rritjen e hendekut mes nevojave të shprehura (kërkesës) dhe mundësisë për ti përmbushur ato; dhe kërkesa për shërbim (pasi ajo varet nga një sërë faktorësh siç janë kultura, epidemiologjia, teknologjia, pritjet e përmirësimit të cilësisë së jetës dhe, jo e fundit, oferta) rritet në mënyrë eksponenciale në shoqërinë moderne. Kjo dëshmi paraqet një problem serioz në njërën anë të barazisë shpërndarëse[20] brenda sistemeve individuale, nga ana tjetër minimizon kostot e prodhimit që do të arrihen nëpërmjet efektivitetit të menaxhimit dhe kostos organizative. Formave të konkurrencës, racionalizimit të strukturave të furnizimit apo racionimin indirekt të shërbimeve (në dispozicion të ulët, lista e gjatë e pritjes, pjesemarrjet në shpenzime janë format e racionimin të fshehur), nuk mund të mos përgjigjen me parimet e barazisë; zgjedhjet relative vlerësohen në këtë aspekt[21]. Cilësia sociale është hetuar dhe vlerësuar nga metodologji me karakter sociologjik dhe, sidomos, ekonomik (analizë kosto-përfitim, analize kosto-efektivitet, analiza kosto-dobi,

[20] Çështja e drejtësisë (ose barazisë) së shpërndarjes rrjedh nga provat se burimet (burimet ekonomike, mjetet, aftësitë profesionale, koha në dispozicion, hapësirat e dedikuara për trajtimin e të sëmurëve, etj) me të cilat përmbushen nevojat shëndetësore të popullsisë nuk janë të pakufizuara dhe për këtë arsye - duke pasur parasysh rëndësinë dhe nevojat primare të lidhura me shëndetin - shpesh dalin të pamjaftueshme. Në anën tjetër, një seri e tërë konceptesh filozofike (Hobbes, Locke, Hume, Smith, Mill, etj.) identifikojnë kushte të mungesës të motorit të të gjitha çështjeve të drejtësisë, pasi nëse sasia e një të mire është e kufizuar (siç mund të jetë, për shembull, ajri) nuk ka nevojë për të kërkuar kritere për shpërndarjen e saj të barabartë.

[21] Është mirë të mbahet mend, gjithashtu, se problemi i barazisë së shpërndarjes lind dhe zgjidhet në dy nivele të ndryshme: në nivel makro, e cila është kryesisht e interesuar në zgjedhjet e natyrës politike dhe administrative, dhe në nivel mikro, të cilat janë të rëndësishme për të gjitha situatat ku, në zgjedhjet dhe vendimet e tyre të drejtpërdrejtë (por jo ekskluzivisht), përfshihen profesionistët e shëndetit, parë në raport me pacientët dhe kujdesin e tyre. *Drejtësisa e Shpërndarjes*, e cila merret me shpërndarjen e duhur të aseteve, shndërrohet në një sërë rregullash të dizajnuara për të operuar një ndërmjetësim midis nevojës për të përmbajtur kostot e sistemit nga njëra anë dhe për të zbatuar zgjedhje që zvogëlojnë dilemën e fortë të kujdesit shëndetësor: pajtueshmërinë e të mirës së individit dhe barazisë sociale.

uljen e shpenzimeve, *benchmarking* etj.)[22]. Nuk mbeten megjithatë të huaj vlerësimi i cilësisë së prodhimit dhe cilësisë së perceptuar; dhe këto janë në fakt jashtëzakonisht të dobishme nëse vendosen në krahasim me nevojat dhe pritjet e popullatës. Kriteri i referimit për vlerësimin e këtij dimensioni nuk mund të jetë ai i uniformitetit që do të lejë të pandryshuar gjendjen e nisjes (individuale, familjare dhe sociale); duhet domosdoshmërisht të jetë ai i barazimit (edhe pse jo absolute) të mundësive për të promovuar dhe mbrojtur shëndetin.

Siç mund të shihet tashmë nga citimet e bëra, vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore nuk është aspak i lehtë, si për shkak të vështirësisë për të matur në terma objektive ato elemente ose manifestimet e tyre si dhe nevojën për të përdorur shpesh metodat e analizës, teknikat dhe mjetet me karakter sektorial[23].

Në anën tjetër, metodat e para të zbatuara për këtë qëllim kishin si objektiv kryesor nënvizimin e rezultateve të arritura (në drejtim të shërimit, mbijetesën, rivendosjen e funksioneve, etj.) me një qasje të veçantë kuruese, në supozimin se kontrolli i ndryshueshmërisë të lartë të rezultateve të trajtimit ende mund të sigurohen në mënyrë efektive nga homogjenizimi i njohurive dhe sjelljes, të marra përmes mekanizmave të formimit, rregullat e etikës, themelimin e shoqatave profesionale, etj.; prandaj, korrektësia profesionale ishte një çështje e profesionistit[24].

Metodologjitë për vlerësimin e cilësisë

Nevoja, gjithmonë e me e lartë, për të zhvilluar një qasje multi-disiplinare për problemet e cilësisë, dhe sidomos ripërcaktimin e rolit të profesionistëve, kryesisht mjekë (por jo vetëm), e cila kërkon ekspertizë teknike, si dhe aftësia për të ushtruar kontroll në një sistem organizativ të strukturuar dhe me pengesa në sjellje që dalin nga kjo e fundit, ka përcaktuar lindjen dhe zhvillimin e sistemeve me qëllim vlerësimin e cilësisë teknike - profesionale[25]: kontrolli mjekësor dhe klinik, sistemet dhe Shqyrtimi i Verifikimit të Cilësisë dhe *Evidence Based Medicine* (EBM), janë metodologjitë e këtij lloji më shpesh të përdorura.

Nëse auditimi është një qasje me rëndësi kryesisht të brendshme, sistemet e bazuar në EBM, apo në të dhënat mjekësore, zhvillohen kur për mjekët lind nevoja për të krahasuar dhe legjitimuar veprimet e tyre në sytë e klientit dhe të "atij që paguan" [26]. EBM qëndron si një

---

[22] Për një përmbledhje të detajuar të modeleve të ndryshme të analizës ekonomike aplikuar cilësisë, cf., ndër të tjera, BRENNA A., *Manuale di Economia Sanitaria,* Cis, Milano, 2002.

[23]Për një qasje të dobishme dhe shumë teknike për problemet e vlerësimit dhe matjes në kujdesin shëndetësor, shih, ndër të tjera, BONALDI A., FOCARILE F., TORREGGIANI A., Curare *la qualita. Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria,* Guerini e Associati, Milano, 1994 si dhe FOCARILE F., *Indicatori di qualita nella assistenza sanitaria,* CSE, Torino 1998.

[24] Këto janë metoda, teknika dhe mjete që reduktojnë cilësinë vetëm për efektivitetin e ndërhyrjes.

[25] Nuk duhet të nënvlerësohet edhe rëndësia e rolit, për shembull, të luajtur nga personeli infermier, me qëllim përmirësimin e vazhdueshëm të bazuar në ripërcaktimin e proçeseve, në ruajtjen e menaxhimit të cilësisë në lidhje me mjekët (specializimi i të cilëve ka tendencë për të shtyrë fragmentimin dhe përqëndrimin në efikasitetin klinik), teknikët e laboratorit (të cilët shpesh shqyrtojnë produktin dhe jo nevojat e klientit) dhe administrata (të cilët, orientuar në optikën burokratike, marrin në konsideratë normat në vend të menaxhimit në kuptim të gjerë).

[26] Termi "*audit*" është përmendur tërthorazi në një aktivitet të përgjithshëm të vlerësimit të brendshëm. (*Auditimi i brendshëm*) me karakter vullnetar, dhe formues dhe nuk ka të bëjë me kombinimin e sanksioneve, për të dalluar atë nga aktivitetet e monitorimit (të *auditimit të jashtëm*). Kontrolli mjekësor është i kufizuar në aspektet mjekësore, por

metodë për të udhëhequr proçeset vendimarrëse drejt rezultateve optimale, në drejtim si të shpenzimeve teknike dhe ekonomike, ashtu dhe të efektivitetit, duke lehtësuar kështu që zgjedhjet asistenciale (parandalimi, diagnostikimi, trajtimi, rehabilitimi dhe të gjitha shërbimet që i bëhet një pacienti) të bëhen të përshtatshme, efektive dhe ekonomikisht të qëndrueshme.
Rezultatet e natyrshme të mjekësisë të bazuara në dëshmi janë "Udhëzimet"[27], të marra si strategji vendim-marrëse që kanë provuar mundësinë e performancave më të mira dhe për këtë arsye janë në gjendje të realizojnë kalimin nga *efficacy* (efikasiteti i një praktike teorike, që rrjedh nga literatura shkencore) në *effectiveness* (efektiviteti i vërtetë).
Sistemi i Kontrollit dhe i Verifikimeve të Cilësisë, ose *Quality Assurance (QA)* me terminologjinë anglo saksone, merr, për shumë aspekte, ciklin e *auditing* prezent, që në disa pika janë në kontakt me të avancuarin *Total Quality Management*[28].
Sic shihet është, në fakt, një riparaqitje e modelit klasik të Donabedian[29], i cili shqyrton një situatë të veçantë për të nxjerrë në pah problemet, të cilat bëhen subjekt i ndërhyrjeve korrigjuese; qëllimi është të përmirësohet cilësia e shërbimit me anë të përmirësimit të cilësisë së përgjithshme të organizimit, me një fokus në të gjitha aspektet e strukturës (burimet dhe përdorimin e tyre).
Sistemi VRQ zhvillon fazat e tij operative (të ashtuquajtura "spirale e cilësisë" që fillon me identifikimin e problemit nëpërmjet vlerësimit të një proçesi dhe përfundon me një ri-vlerësim të proçesit për të verifikuar ndikimin e masave korrigjuese të marra) në dy nivele të ndryshme:

- *Sistem Design*, në të cilin përfshihen të gjitha tiparet e sistemit (udhëzimet, akreditimi, përzgjedhjen dhe sistemin e menaxhimit të personelit, etj.) në gjendje të kontribuojë në cilësinë;

---

gjithashtu merr parasysh aspektet klinike të strukturës dhe organizimit, proçesit dhe rezultateve. Vlerësimi i bërë me këto mjete e cilëson si një proçes ciklik që përfshin: përcaktimin e kritereve për cilësinë e mirë të kujdesit, aktivitetet e mbledhjes së të dhënave, krahasim performance me kriteret, futjen e korrigjuese.

[27] Udhëzimet janë përbërë nga një grup treguesish që lidhen me probleme të veçanta klinike, për të ndihmuar vendimet mjekësore dhe për të reduktuar sjelljet e larta të ndryshueshmërisë. Projektimi, zhvillimi, zbatimi i një udhëzuesi janë veçanërisht operacione delikate që duhet të respektojnë, sipas doktrinës (cfr. MACIOCCO G., *Guida per i medici o medici in linea?*, in .Salute e Territorio., n. 104, 1997), kërkesat e mëposhtme: *Vlefshmëri* (për të arritur një interpretim korrekt të provave në dispozicion), *kosto-efektivitet* (duhet të sigurojë përmirësimin e shëndetit me një kosto të arsyeshme), *riprodhueshmëri* (linja të ndryshme të bazuara në të njëjtën dëshmi duhet të çojnë në rekomandime të ngjashme), *besueshmëri* (të gjithë e përdorin në të njëjtat kushte klinike), *zbatueshmëri klini*ke dhe *fleksibilitet* (formimi i udhëzimeve duhet të ndërhyjë me kontributin e të gjithave disiplinave - kyçe, për të njëjtët pacientë dhe të mendojë përjashtimet e mundshme dhe kushtet për zbatimin e tyre), qartësi (nuk duhet të shkaktojë dyshime interpretuese), dokumentacion i përpiktë për mbështetje, kohë dhe mënyrë për shqyrtimin e tyre, kushte dhe metoda për monitorimin e zbatimin e këtyre linjave.

[28] QA ka lindur në Shtetet e Bashkuara si një proçes i formalizuar dhe sistematik për matjen e cilësisë së kujdesit mjekësor, përcaktimin e aktiviteteve të aftë për të zgjidhur problemin në kohë dhe të verifikojë efektivitetin e veprimeve korrigjuese. Megjithë mbështetjen e OBSH, ky model ka qenë i ngadalshëm për tu përhapur në Evropë, edhe pse u prezantua në vitet 80 në të njëjtën kohë si dy instrumente të tjera, vlerësimi i teknologjive dhe DRG, të cilat patën më shumë sukses. Kjo vështirësi në aplikimin e kulturës shëndetësor të asaj kohe është ndoshta për shkak të faktit se QA vë theksin shumë mbi sjelljen e punëtorëve shëndetësor.

[29] Siç tregohet në faqet e mëparshme, Donabedian shtron nevojën e përfshirjes së strukturës, proçesit dhe rezultatit dhe prodhimit rezultateve në një model për vlerësimin dhe monitorimin e cilësisë së sistemeve të kujdesit shëndetësor, elementë që kanë të bëjnë me dimensione të ndryshme (organizative, profesionale dhe të perceptuara) të cilësisë. Cfr. DONABEDIAN A., *op. cit.*

- *Performance Monitoring*, dmth. kontrollin e funksionimit të sistemit që shprehet nëpërmjet dy fazave: *Evaluation* (vlerësimi i situatës reale me theksimin e problemeve) dhe *Improvernent* (korrigjimin e mangësive të gjetura).

Nga kjo konfigurohet një proçes i vërtetë dinamik me ecuri ciklike, e bazuar në një krahasim mes asaj që bëhet dhe çfarë duhet bërë (në lidhje me standardet, proçedurat, udhëzimet), dhe në të cilën vlerësimi përputhet me standardet e garancisë së cilësisë; më pas, në bazë të modeleve të bazuara në çertifikimin sipas standarteve ISO, e bërë nga një palë e tretë e pavarur kjo e fundit mund të dëshmojë nëse një produkt, një proçes ose shërbim përputhet me një normë të caktuar. Ideja themelore është se, duke formalizuar "rregullat e menaxhimit të mirë", pra, planifikimin dhe sistematizimin (*standardizimin e proçedurave*) për gjithçka që ndodh dhe do të ndodhë në një institucion (në lidhje me strukturën organizative, të sistemit të përgjegjësisë, proçedurat, proçeset dhe burimet), mund ti ofrohet klientëve garantimi i një shërbimi që do të mbajë me kalimin e kohës kapacitetin e tij për të kënaqur atë.

Vlerësimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm

Një qasje e menaxhimit të tipit të përshkruar më sipër, përmirëson performancën e përgjithshme të istitucionit, duke e lejuar atë të veprojë në të tre dimensionet e cilësisë; jo vetëm që racionalizon proçesin në lidhje me zgjidhjen optimale që duhet të jepet për shëndetin e shprehur (*cilësinë e prodhimit*) me anë të përdorimin më të mirë të burimeve të disponueshme (*cilësi sociale*), por, bën të mundur përmirësimin e politikave të komunikimit ndaj pacientit (*cilësi e perceptuar*); ulja e pasigurisë përgjatë kurimit dhe shërimit të vazhdueshëm, sigurisht është një faktor që ndikon pozitivisht në cilësinë e shërbimit të perceptuar nga ana e pacientit.

Një aplikim interesant i koncepteve themelore të *Total Quality Management*, e cila sheh pacientin si protagonist kryesor i tërë proçesit, është dhënë nga modeli i miratuar nga *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), e quajtur "Busulla e vlerës"[30] (Figura 4.6).

Sipas këtij modeli vlera e çdo proçesi të asistencës mund të përfaqësohet nga katër akse, që përfaqësojnë, në të njëjtën kohë, parametrat për matjen e saj: gjendja klinike, gjendja funksionale, kënaqësia dhe shpenzimet[31]. Bëhet fjalë per katër fushat e vëzhgimit të proçeseve të shëndetit që lejojnë monitorimin e përgjithshëm të tyre, koordinimin në arritjen e *outcom*-it më të mirë të mundshëm dhe përmirësimin e komunikimit në nivele të ndryshme të cilat

---

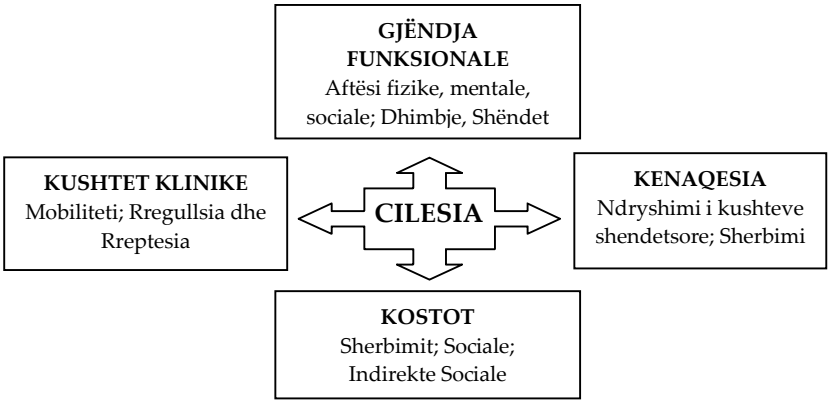
[30] ***Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations*** (JCAHO), *La realizzazione di un programma di miglioramento della qualita,* Ed. Centro Scientifico Editore, 1999. Qasja logjike e modelit është bërë në supozimin se vlerësimi i cilësisë së një sistemi shëndetësor nuk mund të mos ketë të paktën në konsideratë faktorët e mëposhtëm:

1. Qasjen në kujdesin shëndetësor për të gjithë popullsinë;
2. Cilësia teknike e kujdesit;
3. Shpenzimet;
4. Kënaqësinë e pacientit;
5. Matja e statusit funksional e pacientit dhe masa të tjera të *outcome*;
6. Verifikimi se rezultati është në përputhje me standardet e performancës dhe objektivat e caktuar, dhe në fund përmirësimin e mëtejshëm të performancës.

[31] Është interesante të theksohet se katër parametrat e modelit JCAHO janë në përputhje të përkryer me dimensionet e cilësisë identifikuar për të vënë theksin në dimensionin social jo vetëm në vlerësimin e kostove, direkte dhe indirekte, por edhe në ndikimin e statusit funksional të individit në sferën sociale.

ndërthuren në proçeset individuale[32]. Përmes zbatimit sistematik të proçeseve të ndryshme që ndodhin në institucion, bëhet e mundur planifikimi strategjik i cilësisë.
Në çdo rast, suksesi i çdo përpjekjeje në logjikën e përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë së performancës, sipas këtij modeli, është i ndikuar fort nga përdorimi i të dhënave të mbledhura: ata duhet të jenë të përpunuara siç duhet dhe të paraqitura në forma të dobishme në lidhje me objektivat. Krijimi i një sistemi informatik global të aktivitetit paraqet një kusht paraprak për përdorimin e proçeseve statistikore të kontrollit dhe të auditimit, si dhe për një përdorim racional të burimeve.

Fig 3. - *Busulla e vlerës*



Burimi: *JCAHO* (1999)

Një kontribut të rëndësishëm për zhvillimin dhe vendosjen e TQM në Evropë u soll nga *European Foundation for Quality Management* (EFQM)[33], një organizëm pan - evropian jo fitimprurës, i mbështetur nga Komuniteti Evropian, i cili ka zhvilluar në fillim të viteve '90 një model gjithë përfshirës për vlerësimin e cilësisë totale të një institucioni, modelin *Business Excellence* (Figura 4.7).
Misioni i organizatës është të sigurojë mbështetje për menaxherët e institucioneve evropiane të përshpejtojnë proçesin që e bën *Total Quality Management* një faktor vendimtar për arritjen e një përparësie globale konkuruese, si në nivel të vendeve individuale dhe në nivel evropian, në supozimin se çdo organizatë private ose publike, pavarësisht nga sektori në të cilën vepron, nga madhësia e saj, struktura apo maturimi, duhet të marrë një sistem adekuat menaxhimi që bën të mundur:

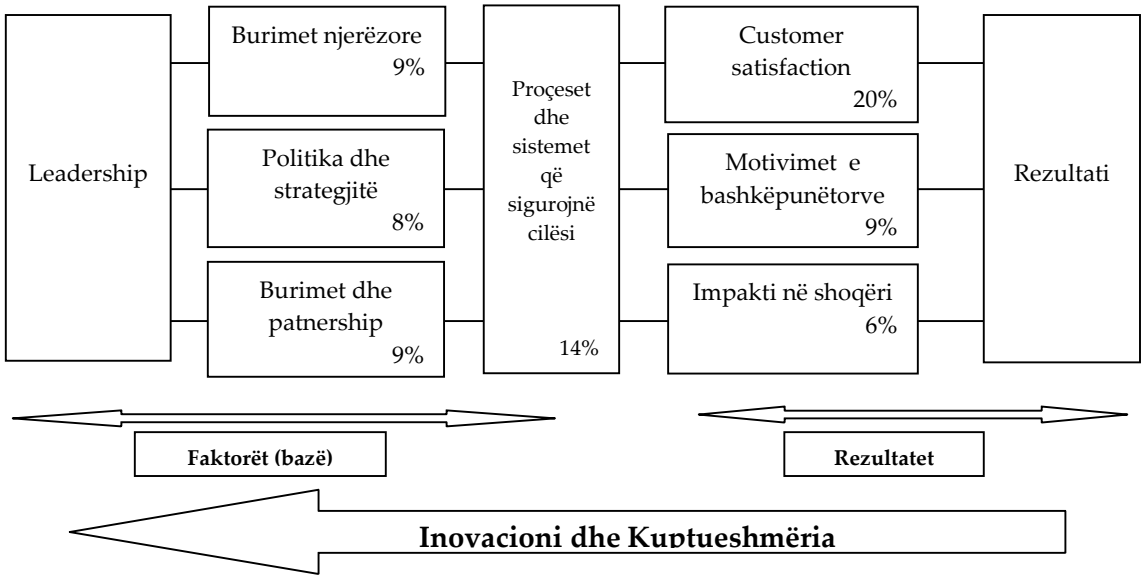
---

[32] Edhe këtu, natyrisht, problemi i komunikimit strukturë-pacient (klientit) është vital dhe shfaqet fortë në momentin e krahasimit mes statusit funksional (definuar si vlerësimi klinik - në mënyrë objektive – statusit të shëndetit) dhe ndryshimit të po këtij statusi shëndetësor perceptuar nga pacienti, ashtu siç është theksuar në kontributet e mëparshme.

[33] *La European Foundation for Quality Management* (EFQM) lind si një fondacion me qendër në Bruksel, e cila është themeluar nga ana e kompanive të mëdha evropiane industriale. Ky organ, i cili aktualisht liston më shumë se 500 kompani anëtare, ka për qëllim të nxisë përhapjen e projekteve të cilësisë kryesisht nëpërmjet alokimit vjetor të shpërblimeve evropiane: *European Quality Prizes*, *European Quality Award*. Çmimet janë të ndara në 4 kategori: kompani private, njësi operative të kompanive private, organizatat e sektorit publik, ndërmarrjeve të vogla dhe të mesme private.

- Përcaktimin e rezultateve të arritura, në drejtim të produkteve (dhe rezultateve), financiare;
- Planifikimin dhe zhvillimin e një grupi të integruar qasjesh të vlefshme për të arritur rezultatet e pritshme;
- Zbatimin e metodave në mënyrë sistematike dhe të plotë;
- Zbatimin e një proçesi sistematik të vlerësimit dhe shqyrtimit që lejon monitorimin, verifikimin dhe analizën e rezultateve të marra, në prespektivën e të mësuarit të vazhdueshëm.

Fig. 4. - *Modeli Business Exellence*



Burimi: *European Foundation for Quality Management* (EFQM)

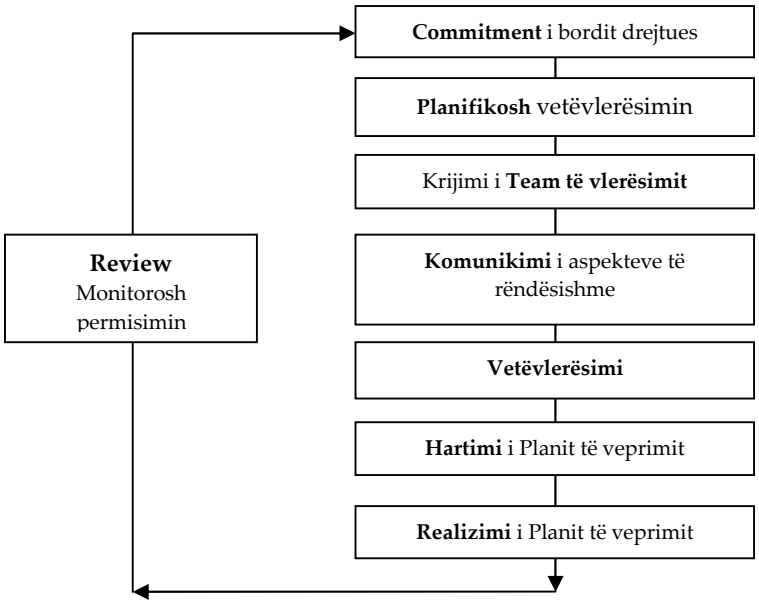
Synimi është zbatimi i modeleve për përmirësimin organizativ që mund të përdoren në çdo fazë të ciklit, në gjendje të nxjerrë në pah lidhjet shkak-efekt mbi faktorët organizativ në të cilët *management* mund të veprojë në njërën anë, dhe rezultatet e pritura ose të matura, nga ana tjetër. Modeli i propozuar nga EFQM, ilustruar në figurën e mësipërme, është i bazuar në *self-assessment* (vetë vlerësim), një proçes që realizohet përmes monitorimit të nëntë elementeve, pesë prej të cilave përshkruajnë faktorët apo qasjet dhe katër rezultatet[34].
Ideja është që çdo istitucion mund të zhvillojë, nëpërmjet pjesëmarrjes në garat e promovuara nga EFQM, një proçes sistematik të vetë vlerësimit, bazuar përsëri në kriteret e parashikuara nga modeli, për të kuptuar se cila është pika fillestare - duke theksuar pikat e forta dhe zonat e dobëta të strukturës -, aktivizuar projekte për të përmirësuar dhe matur sasinë dhe cilësinë e

[34] *Faktorët, qasjet, apo levat*, janë caktuar si veprime dhe burime që organizata sjell në lojë për të arritur objektivat e saj, dhe rezultatet janë arritur përmes aplikimit të metodave. Secili prej kritereve i caktohet një përqindje që përfaqëson rëndësinë e saj në kontekstin e modelit në në tërësinë e saj; Interesant është fakti se pesha e përgjithshme e faktorëve (50%) është saktësisht e barabartë me atë të rezultateve (50%), duke konfirmuar rëndësinë që modeli i jep rezultateve të arritura nga organizata.

vetë progresit; deri në integrimin e plotë të proçesit të vetë-vlerësimit të strukturuar në sistemin e menaxhimit të istitucionit.
Në këtë mënyrë, siç kishim parashikuar, mund të aktivizojmë një "cikël të virtytshëm", që i lejon institucionit të përmirësojë gradualisht rezultatet (në rastin e autoriteteve shëndetësore), perceptimin e saj dhe rrjedhimisht, besueshmërinë kundrejt *stakeholders* dhe konkurrencës, duke u drejtuar në këtë mënyrë në rrugën e përsosmërisë, nëpërmjet një proçesi të vetë-vlerësimit të bazuar në fakte dhe prova konkrete dhe jo në perceptimet apo intuitat individuale.
Siç tregohet në figurën më poshtë, jemi ende përpara një rrjedhe të vazhdueshme të aktiviteteve që, një herë të aktivizuara, vetëushqehen.
Funksionaliteti i një sistemi të këtij lloji paraqet, siç është e qartë, shumë faktorë dhe momente kritike. E para është formuar me siguri nga zbulimi koherent i inputeve në proçesin e vetë-vlerësimit, që duhen domosdoshmërisht të jenë koherent me dimensionin strategjik që vetë proçesi dhe planet e përmirësimit që dalin nga ai duhet të marrin. Pasi, siç u përmend, modeli duhet të shërbejë si një analizë diagnostikuese të proçeseve të prodhimit dhe, në përgjithësi, të sistemit me qellim identifikimin e shkaqeve të *gap*-it të performancës, faktorët e input të nevojshëm për proçesin e përcaktimit të objektivave të biznesit dhe shpërndarjen e tyre në qendra të ndryshme të përgjegjësisë, pra të rezultateve të arritura dhe rezultateve të prodhuara nga istitucionet e zgjedhura si target[35].
Ka të paktën dy momente të tjera kritike për funksionimin e sistemit të vetë-vlerësimit, me vlerë më shumë organizative.
E para është dhënë nga *përbërja e nje team*, thirrur për të ekzekutuar dhe menaxhuar proçesin e vlerësimit: ajo duhet patjetër të përfshijë drejtorë që u përkasin fushave të ndryshme (në rastin e shëndetësisë, administrative dhe të shërbimeve, mjekësore, infermieristike) në të cilën përbëhet organizata jo vetëm për të përfituar plotësisht njohuritë dhe aftësitë brenda saj, por edhe për të aktivizuar shkëmbimin e informacionit dhe të përvojave mes sektorëve të ndryshëm, për të përmirësuar nivelin cilësi / sasi të komunikimit, për të ndjekur shpërndarjen dhe shkëmbimin e koncepteve themelore të TQM dhe për të marrë, në sajë të kësaj shpërndarje, një rritje të pëlqimit për iniciativat e përmirësimit.
I dyti përbëhet nga *flukset e komunikimit dhe mekanizmat e feedbackut*, ku funksionimi i saktë është parakusht thelbësor për të monitoruar në mënyrë efektive përmirësimet dhe të rimasë vazhdimisht dhe në kohë sistemin. Shtrembërimet dhe joefikasiteti i flukseve të komunikimit, të qarkullimit të informacionit dhe, më në përgjithësi, të sistemit informativ mbështetës, mund të përcaktojë papërshtatshmërinë e veprimeve korrigjuese (Figura 4.8).
Me miratimin e një sistemi të këtij lloji, të gjitha iniciativat për të përmirësuar cilësinë dhe performancën në një kuptim të gjerë janë të përfshira në një kuadër të plotë në nivel strategjik, dhe përmirësimi i vazhdueshëm bëhet një mjet koherent menaxhimi, që lejon, mbi të gjitha, të përcaktojë aktivizimin e ndërhyrjeve të bëra në optikën e përmirësimit në lidhje me burimet e mundshme.

[35] Është e qartë se një model i vetëvlerësimit punon shumë më mirë jo i mbështetur nga një proçes *benchmarking*. Nga kjo pikëpamje, aderimi me modelin EFQM thjeshton shumë gjëra, pasi ajo është shumë e zakonshme në A.P., megjithëse me një sërë variantesh. Dhe në fakt *benchmarking* funksionon dhe është e dobishme në raste të tilla, jo vetëm sepse organizatat dëshirojnë të përfitojnë nga ajo të paktën në përdorimin e modelit bazë, por edhe se ajo është përdorur nga një numër i konsiderueshëm organizatash.

Fig 5. - *Rrjedha e komunikimit në proçesin e vetë-vlerësimit*



Burimi: Pershtatur nga FOCARILE F., *Indicatori di qualita nell'assistenza sanitaria*, C.S.E, Torino, 1995

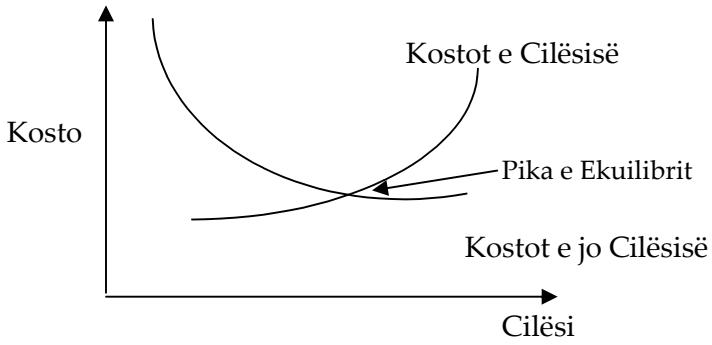
Kosto (shpenzimet) e jo cilësisë

Nga diskutimi i zhvilluar deri tani shfaqet me qartësi të mjaftueshme ndikimi në aspektin e shpenzimeve, mbi nivelet e ndryshme të menaxhimit të sistemeve shëndetësore të cilësisë lokale; edhe pse funksionimi i tyre sjell, siç është e qartë, përdorimin e burimeve financiare, teknike, kohën, vëmendjen, njohuritë dhe aftësitë[36], dhe për këtë arsye "shpenzohet". Bëhet fjalë, megjithatë, për aspekte të dukshme dhe të kundërta që i përket efektit të "jo cilësisë".
Crosby që në vitet shtatëdhjetë vuri në dukje se, në institucionet e shërbimeve, shpenzimet operative rriteshin me 40% për gabimet e proçesit ose defektet e *outputs*, duke marrë parasysh vetëm paratë e nevojshme për të përfunduar punën apo korrigjimin e gabimeve në faza të ndryshme të proçesit të prodhimit; prandaj theksi vihet prej tij në planifikimin e fokusuar në arritjen e objektivit "*zero defekte*"[37].
Për sa më konkretisht në sistemet shëndetësore, të dhënat e ofruara së fundmi nga NHS Britanik, tregojnë se kostoja totale qe vjen nga mos përdorimi i sistemeve të cilësisë për aktivitetet e shërbimeve shëndetësore arrin në rreth 20% vetëm në aspektin e burimeve të humbura, të cilave i shtohen shpenzimet, jo gjithmonë dhe jo të gjithë me të njëjtën vlerë dhe sasi, lidhur me humbjen e besimit tek pacientët, migrimin e tyre drejt strukturave konkurruese dhe në rritjen e lëvizshmërisë pasive.
Dhe në fakt, shumë shpesh mungesa e vlerësimit të efekteve të një sistemi cilësor në performancën e përgjithshme të kompanisë, varet kryesisht nga mungesa ose llogaritje të

[36] Cfr. DONABEDIAN A., op. cit.
[37] Cfr. **CROSBY P.B.,** *op. Cit.* Filozofia e tij e cilësisë përjashton, në fakt, pranimin e gabimeve: Sistemi i cilësisë duhet, përmes largpamësisë dhe planifikimit të mirë, të ketë për qëllim të arrijë saktësinë absolute (*zero error*).

gabuara dhe alokimin e shpenzimeve që nuk i atribuohen direkt gabimit (kostot indirekte të jo cilësisë) ose madje edhe të fshehura (kostot e fshehura të jo cilësisë)[38]. Jo vetëm, por shpesh ndikon edhe mungesa e njohjes së efekteve thelbësore të gabimeve në proçeset e mbështetjes[39]. Ekziston me të vërtetë një marrëdhënie e drejtpërdrejtë midis rritjes së kostove për zbatimin e cilësisë dhe reduktimin që lidhen me dështimin e tyre (Figura 4.9).

Fig 6. – *Kurbat e Kostove dhe e Cilësisë*



Zgjerimi i sistemeve të cilësisë mundëson përmirësimin e cilësisë së menaxhimit të shërbimit duke vendosur operatorët në nivele të ndryshme në kushtet më të mira për të eliminuar vazhdimisht shkakun e gabimeve, shpenzimet e kota, dhe duke lejuar kështu arritjen e pikës optimale të raportit "kosto e cilësisë / jo cilësisë" dhe mirëmbajtjen e saj[40].
Këto elemente të çojnë, në dritën e argumenteve të zhvilluar, në tri lloje konsideratash:

- Cilësia e dobët e shërbimit përcakton pasojat, jo vetëm në planin shëndetësor por edhe në atë ekonomik, duke sjellë kështu në përkeqësimin e vazhdueshëm në nivelin e proçeseve të kujdesit, si në aspektin e efiçensës (eshtë e dukshme çuarja dëm e burimeve që rrjedhin) dhe efikasitetit (dështimi për t'iu përgjigjur nevojave të shprehura);

[38] Sigurisht është më i lehtë dhe i shpejtë zbulimi i sasisë së kostove që lidhen drejtpërdrejt me të ashtuquajturat gabime klinike (taksës për dëmet dhe / ose shpenzimet e sigurimit për zgjatjen e qëndrimit në spital, shpenzimet për trajtim në eliminimin ose zvogëlimin e dëmit shkaktuar nga gabimet, shpenzimet për performancën joadekuate dhe / ose të panevojshme, etj.) në vend të atyre që nuk janë të lidhura drejtpërdrejt me gabime të tilla (si, për shembull ato që lidhen me efektet demotivuese në krye që prodhon gabim, në imazhin e jashtëm të kompanisë) apo edhe të fshehura (burimet shpenzuar dëm në dyfishimin e proçeseve, organizimin e pamjaftueshëm dhe mungesa e koordinimit të proçeseve komplekse, mungesa e besimit në proçes, etj).

[39] Nuk është e rrallë rasti, për shembull, i zgjatjes në spital për gabim para-klinike (për ekzekutimin mjekësor-kirurgjikal ose për sigurimin e shtrimit të papërshtatshëm), por, edhe për shkak të mungesës së kontrollit të stoqeve ose për dështim të porosisë, me të cilin arrihet mospasja ilacit apo mbikqyrja e nevojshme për trajtimin e një patologjie të zakonshme;. apo një gabim klinike për shkak të blerjes së materialeve jashtë standardeve.

[40] Dhe, me të vërtetë, pritet një përmirësim në kohë pasi pjesa më e madhe e shpenzimeve për cilësinë, duke u bërë të matshme dhe me saktësi në rritje, mund të shmangen. Për të pasur një ide realiste të problemit vetëm mendoni për valën e kostove (dhe janë të qartë të gjitha kostot e "mos-cilësisë") që përfshin ngjarja. Shtrimin në spital i papërshtatshëm "dhe kostot" e nevojshme për tu eliminuar: kostot e personelit; shpenzimet e shtrimit; shpenzimet për konsum material; shpenzimet e bëra për ecurinë e pamjaftueshme, ose të panevojshme; Kostot që rrjedhin nga mos-përdorimi i burimeve me atë qëllim; kostot e pacientit; kosto e imazhit.

- Rritja e shkallës së kompleksitetit të nevojave dhe prania, shpesh agresive, e konkurrencës, angazhojnë drejtuesit e lartë në një kërkim të vazhdueshëm për shpërndarjen optimale të burimeve, të cilat me siguri do të jenë të pafrytshme, ose të paktën jo shumë efektive pa ndihmën e modeleve të duhura të vlerësimit apo vetë-vlerësimit për të mbështetur proçesin e vendimarrjes dhe menaxhimit;
- Në një kontekst që karakterizohet nga një mungesë strukturore të burimeve dhe, pamundësisë të furnizimit të sistemit me burime financiare shtesë, e vetmja mundësi reale që qendrat shëndetesore duhet të përgjigjen për rritjen e shkallës së kompleksitetit dhe konkurrencës përbëhet nga përmisimi i vazhdueshëm i cilësisë së shërbimeve të ofruara.

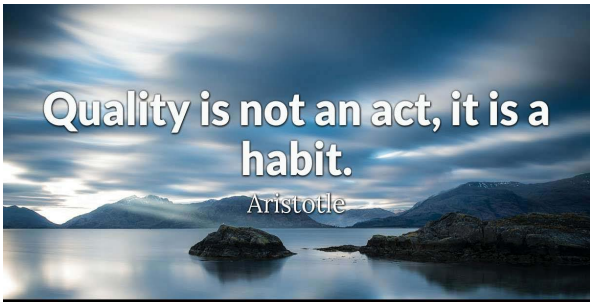
Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve Shëndetësore



"We rarely talk about cost. We talk about waste, quality, and safety, and we find our costs go down." …

Patrick Hagan,
former COO of Seattle Children's Hospital

Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore



Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore

Modeli i Welfare State, mbrojtjen e shëndetit te personit si një e drejtë absolute

Reformat e reja të Shëndetit Publik

Shtetit të shërbimeve e drejta për shëndet është e garantuar vetëm brenda kufijve të burimeve në dispozicion

Kërkohet:

- mjete administrimi në ndryshim rrënjësor në menyrat e menaxhimit
- të miratohen sisteme të programimit dhe të kontrollit për cilësinë e menaxhimit dhe aftësinë e organizatës për të parashikuar ndryshimin
- të vlerësohen kostot e shërbimeve shëndetësore,
- të analizohen dhe përgjigjur nevojave,
- orientimin krejtësisht ndaj konsumatorit final.

Cilësi e vazhdueshme

Vlerësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore

Asistenca shëndetësore është me cilesi në qoftë se operatorët që e shpërndajnë janë në gjendje për të maksimizuar përfitimet e shprehura në drejtim të shëndetit, të shtuar nga rreziqet e shkaktuara për të prodhuar ato.

Donabedian A. 1990

Parametrat për vlerësimin e cilësisë së shërbimeve:

1. ***Treguesit me karakter strukturor apo input***, ose burimet (njerëzore, teknike dhe financiare) e nevojshme për të mundësuar shpërndarjen e aktiviteteve dhe të shërbimeve shëndetësore dhe funksionimin e shërbimeve.
2. ***Treguesit e proçesit ose output***, që përfaqësojnë të gjitha aktivitetet (të parandalimit, diagnostikuese, terapeutike, rehabilituese, accessory) të dhënë në favor të një pacienti / klientit.
3. ***Treguesit e suksesit ose të outcome:*** rezultati është elementi më kritik dhe i vështirë për tu matur, që paraqitet nga ndryshimi i gjendjes së shëndetit aktuale dhe të ardhshëm të pacientit të lidhura me shërbime të mëparshme shëndetësore të ofruara në favor të tij.
4. ***Continous Quality Improvement***

Dimensionet e cilësisë

Cilësia e ofruar. Bëhet fjalë për dimensionin në të cilin vihen në pah aspektet teknike të performancës, në kendveshtrimin e përmbajtjes dhe aftësisë kryesisht mjekësore dhe shëndetësore, pra organizative dhe të menaxhimit në një kuptim të gjerë ⇨ *sasia e burimeve të disponueshme*

Cilësia e perceptuar. Eshte pikerisht kjo fusha e vlerësimit subjektiv (perceptimi), e bërë nga përfituesi i shërbimit (pacienti) dhe që mund të shikojë si në aspektet kryesisht teknike dhe relacionale te kompontentit mjekësor dhe shëndetësor ashtu dhe në të gjithë aspektet e tjera që ndihmojnë për të kualifikuar vetë shërbimin (lejueshmëria, elementet strukturorë, teknologjia etj.) ⇨ *karakteri komunikues-relacional (MARKETING)*

Cilësia sociale. Eshtë ky dimension në të cilin vleresohet shumë shpërndarja e veprimtarisë shëndetësore dhe burimeve të saj në lidhje me nevojat dhe pritjet e popullatës ⇨ *zhvillimi i politikave sociale (BARAZIA)*

Metodologjitë për vlerësimin e cilësisë

Vlerësimi i cilësisë teknike-profesionale:

Kontrolli mjekësor dhe klinik, me rëndësi kryesisht të brëndshme

Sistemet i kontrollit dhe i Verifikimit të Cilësisë (*Quality Assurance (QA)*

- ❖përmirësuar cilësinë e shërbimit me anë të permirësimit të cilësisë së përgjithshme të organizimit, me një fokus në të gjitha aspektet e strukturës (burimet dhe përdorimin e tyre)

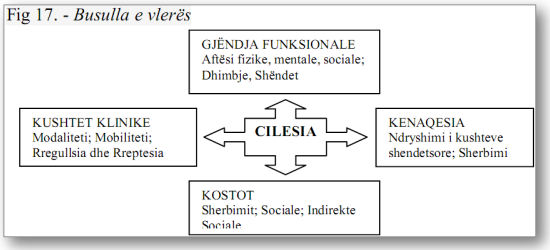
Evidence Based Medicine (EBM)

- ❖zhvillohen kur për mjekët lind nevoja për të krahasuar dhe për të legjitimuar veprimet e tyre në sytë e klientit dhe të "atij që paguan"
- ❖metodë për të udhëhequr proçeset vendimmarrëse drejt rezultateve optimale

Vlerësimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm - TQM

Modeli i miratuar nga *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO)

Fig 17. - *Busulla e vlerës*

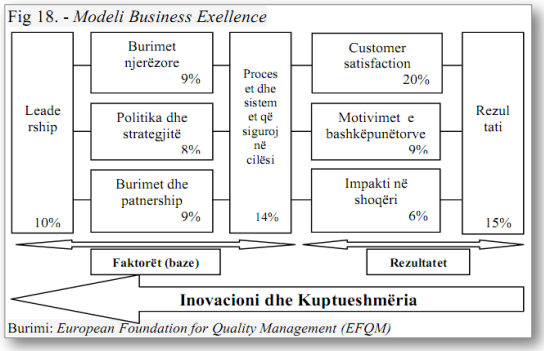


Suksesi i çdo përpjekjeje në logjikën e përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë së performancës, sipas këtij modeli, është i ndikuar fort nga përdorimi i të dhënave të mbledhura (***sistemit informatik global)***

Vlerësimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm - TQM

Modeli Business Excellence - EFQM

Fig 18. - *Modeli Business Exellence*



Burimi: *European Foundation for Quality Management (EFQM)*

Vlerësimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm - TQM

Modeli Business Excellence - EFQM

Çdo organizatë private ose publike, pavarësisht nga sektori në të cilën vepron, nga madhësia e saj, struktura apo maturimi, duhet të marrë një sistem adekuat menaxhimi që bën të mundur:

- *Përcaktimin e rezultateve të arritura* (në drejtim si të produkteve, rezultateve financiare, si dhe perceptimit nga ana e *stakeholder* ne tërësi);
- *Planifikimin dhe zhvillimin e një grupi të integruar qasjesh* të vlefshme për të arritur rezultatet e pritshme;
- *Zbatimin e metodave në mënyrë sistematike dhe të plotë*;
- *Zbatimin e një proçesi sistematik të vlerësimit dhe shqyrtimit*;
- *Monitorimin, verifikimin dhe analizën e rezultateve të marra*, në një perspektivë e të mësuarit të vazhdueshëm

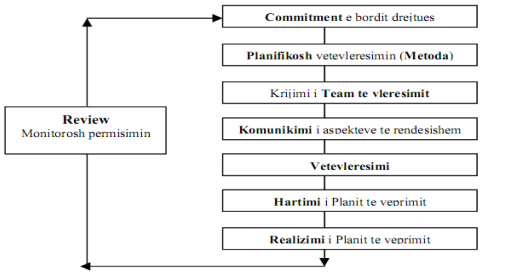
Modeli është i bazuar në ***self-assessment (vetë vlerësimi)***:

- Team të thirrur për të ekzekutuar dhe menaxhuar proçesin e vlerësimit
- flukset e komunikimit dhe mekanizmat e feedbackut,

Vlerësimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm - TQM

Modeli Business Excellence - EFQM

Fig 19. - *Rrjedha e komunikimit në procesin e vetë-vlerësimit*



Burimi: Pershtatur nga FOCARILE F., *Indicatori di qualita nell'assistenza sanitaria*, C.S.E, Torino, 1995

Kosto (shpenzimet) e jo cilësisë

•***Cilësia e dobët*** e shërbimit përcakton pasojat, jo vetëm në planin shëndetesor por edhe në atë ekonomik, duke sjellë kështu në përkeqësimin e vazhdueshëm në nivelin e proçeseve të kujdesit, si në aspektin e eficensës (çuarja dëm e burimeve) dhe efikasitetit (dështimi për t'iu përgjigjur nevojave të shprehura dhe / ose të zbuluara);

•***Rritja e shkallës së kompleksitetit të nevojave*** dhe prania, shpesh agresive, e konkurrencës, angazhojnë drejtuesit e lartë në një **kërkim të vazhdueshëm për shpërndarjen optimale të burimeve**;

•Në një kontekst qe karakterizohet nga një mungesë strukturore të burimeve dhe, pamundësisë të furnizimit të sistemit me burime financiare shtesë, e vetmja mundësi reale që qendrat shëndetesore duhet të përgjigjen për *rritjen e shkallës së kompleksitetit dhe konkurrencës* përbëhet nga **përmisimi i vazhdueshëm i cilësisë së shërbimeve të ofruara**.

TEMA 15

KËNAQËSIA E KLIENTIT;

RIORGANIZIMI I SISTEMIT SHËNDETËSOR

Çdo kompani, qoftë publike apo private, prodhues i mallrave apo shërbimeve, vendoset (pozicionohet) në treg dhe vepron në përputhje me aftësitë e saj për të ndjekur qëllimet e veta institucionale; kjo aftësi është përmendur shpesh në literaturën ndërkombëtare nën emrin anglo - sakson *performance*, një koncept i cili përfshin të gjithë botën komplekse brenda të cilit kompania apo institucioni operon. Por me një rëndësi të veçantë janë dhe tre përkufizime të tjera, të cilat së bashku përcaktojnë nivelin e përgjithshëm të *performancës*: produktiviteti, efikasiteti dhe efektiviteti. Dy të parat kanë rëndësi thjeshtë të brëndshme me mjedisin e biznesit:

- E para, në fakt ka të bëjë me aftësinë e firmës për të kthyer faktorët prodhues (inputet e punës, kapitalit, lëndët e para, apo siç quhen ndryshe *inputet e prodhimit teknik*), në produkte (output) duke u dhënë një standard të caktuar dijes dhe teknologjive të përdorura (i ashtuquajturi *progresi teknik*);
- E dyta, ka të bëjë me aftësinë për të përshtatur proçesin e prodhimit në një standard optimal të prodhimit (ose *kufiri efikas i prodhimit*);
- E treta, ka valencë si të jashtme dhe të brendshme, pasi ka për qëllim të marrë në konsideratë nëse dhe në çfarë mase produkti efektiv plotëson nevojat për të cilën është prodhuar.

Për të ndërtuar një sistem të kujdesit shëndetësor që shikon në fakt pacientin / klientin në qendër, është e nevojshme që të gjithë operatorët, pavarësisht rolit që ata luajnë dhe kanë në kuadër të sistemit të ofertës, të pasurojnë aftësitë e tyre profesionale dhe kulturore dhe mjetet e marketingut. Deri tani është e ditur se sa e rëndësishme mund të jetë për një kompani të çdo madhësie të mbështetet në planifikim të mirë, komunikim të duhur dhe absolutisht në një produkt / shërbim gjithnjë të avancuar. Pjesa e parë në fakt hedh dritë mbi rëndësinë e çdo institucioni, dhe në veçanti ato të sektorit shëndetësor, për tu mbështetur në një komunikim të duhur si për ambjentin e brendshëm ashtu edhe të jashtëm, duke informuar të gjithë ata të cilët, në një mënyrë apo në tjetër, janë të lidhur në marrëdhënie reciproke me institucionin në fjalë.

Në pjesën e dytë, është dashur të analizohet, me të gjithë rëndësinë e saj, koncepti i *customer satisfaction*, koncept i cili vetëm së fundmi po arrin të gjejë terren edhe në fjalorin shëndetësor. Analiza përshkruan disa nga metodat dhe teknikat mbi të cilat matet kënaqësia e klientit / pacientit.

PJESA E PARË
RËNDËSIA E KOMUNIKIMIT NË KUJDESIN SHËNDETËSOR

"Mos këshillo gjërat më të gëzueshme, por ato më të mirat"

Solon (c. 638 – c. 558 BC)

"Thuaju njerëzve të vërtetën, sepse sidoqoftë ata e dinë të atë"

Warren Buffett

1.1. HYRJE: Cili komunikim në sektorin shëndetësor?

Komunikimi mund të përkufizohet si proçesi nëpërmjet të cilit transferohet "një mesazh, ose infomacion nga njëra anë, që ne e quajmë burim, në anën tjetër, që ne e quajmë pranues / marrës. Komunikim gjithashtu do të thotë krijimi i marrëdhënieve me njerëzit e tjerë në mënyrë që të shkëmbehen informacione të përbashkëta në lidhje me një objekt apo fakt të caktuar[1]".
Nga ky përkufizim është e qartë rëndësia që komunikimi mund të marrë në fushën e shërbimeve publike, dhe më në përgjithësi në administratën publike; për më tepër, komunikimi ka qenë gjithmonë i një rëndësie të madhe për sektorin publik, edhe pse në kohë të ndryshme ajo ka manifestuar veten në proçedura teknike dhe nevoja të ndryshme, por edhe me një vetëdije të ndryshme sipas rëndësisë së saj.
Në sektorin publik komunikimi për një kohë të gjatë nuk ka patur të njëjtën rëndësi si ajo e sektorit privat, kështu që kanë qenë të rralla përpjekjet per të aktivizuar proçeset e komunikimit me përdoruesit[2]. Ky zhvillim i pamjaftueshëm i komunikimit publik, megjithatë, është në kontrast të fortë me mundësitë e rrjetit të komunikimit që mund dhe duhet të zbatohen në një demokraci moderne, jo vetëm si një proçes me një drejtim të informacionit, pasi komunikimi publik duhet të zbatohet nga një lloj proçesi i dyanshëm ndërmjet administratës publike dhe përdoruesit, duke siguruar pjesëmarrjen e drejtpërdrejtë të këtij të fundit si pjesë aktive me të cilat krijohet një marrëdhënie e qëndrueshme bazuar në konsensus dhe transparencë[3].
Edhe pse për një kohë të gjatë marrëdhëniet e administratës publike me përdoruesit janë karakterizuar nga ekzistenca e një mungese diafragme komunikimi, në vitet e fundit, duke përfituar nga përvoja e suksesshme e vendeve evropiane dhe më gjërë, u rishfaq nevoja për të

[1] AA.VV, Il marketing, Trattato di Economia Aziendale, Torino, Utet, 1988, fq. 491.
[2] Fiorentini G., Amministrazione pubblica e cittadino. Le relazioni di scambio, EGEA, Milano, 1990, fq. 112-113.
[3] G. Rebora, Strumenti innovativi di comunicazione al pubblico negli enti locali: profilo di alcune esperienze, in Azienda Pubblica n° 2/1990, fq. 271: "*Duke patur parasysh edhe pamjaftueshmërinë e mënyrave tradicionale të marrëdhënieve mes administratës publike dhe qytetarëve ose përdoruesve të shërbimeve, si dhe kufizimit të deri tanishëm të një kulture administrative për të cilët publiku nuk është asgjë më shumë se një receptor pasiv ose një objekt jo ndikues, mjetet e menaxhimit të informacionit dhe komunikimit luajnë një rol të shquar dhe "inovativ" mbi realizimin e këtij kompleksi*".

komunikuar me qytetarët / përdoruesit, duke i dhënë rëndësi, një politike të përshtatshme të komunikimit që institucionet publike janë duke marrë në jetën e vendit të tyre.
Komunikimi, pra, paraqet përgjigje koherente për zhvillimin e një demokracie moderne me detyrë jo vetëm prodhimin e standardeve në ofrimin e mallra dhe shërbimeve në interes të publikut, por edhe zbatimin e një deklarate politike organike e cila mund të shërbejë si një garanci e transparencës dhe pjesëmarrjes në funksion të publikut dhe gjithashtu, si një mjet për rekuperimin e konsensusit.
Shfaqja e kësaj nevoje i ka bërë thirrje institucioneve publike të qeverisjes qëndrore dhe lokale për të zbatuar dhe nxitur iniciativa në fushën e komunikimit publik, të cilët, edhe pse shfaqin një ndjeshmëri të re, në të njëjtën kohë nxjerrin në pah mungesën e një politike organike që tejkalon konceptin e komunikimit si një përvojë të thjeshtë të rastit; ato duhet të jenë pjesë e një plani gjithëpërfshirës me qëllime të përcaktuara mirë më parë.

1.2. Objektivat dhe nevoja për informim

Në vitet e fundit, institucionet e kujdesit shëndetësor, si dhe në të vërtetë organigramat e tjera brënda fushës më të gjerë të shërbimeve publike, kanë zhvilluar nevojën për të promovuar një politikë komunikimi me përdoruesit të tyre dhe, në përgjithësi, me mjedisin rrethues. Kjo kërkesë, e cila në shumë raste ka rezultuar një proçes i vërtetë komunikimi i formalizuar dhe i qëndrueshëm, është për shkak si të risive komplekse rregullative të cilat kanë prekur kohët e fundit sektorin e shërbimeve publike ashtu edhe të rolit të përdoruesve të shërbimive publike, të cilët në krahasim me të kaluarën, kanë marrë një rol "aktiv" në raport me sektorin publik.
Objektivat që "kompanitë" e shëndetit publik mund të ndjekin nëpërmjet zhvillimit të një politike të komunikimit janë të ndryshme, por edhe mjaft të artikuluara (Figura 1.1). Ato, në veçanti, mund të përbëhen:

- ***Në ndërtimin e imazhit të institucionit***. Imazhi[4], kuptuar si "*manifestim i perceptuar i një kompleksi elementësh të brendshëm dhe të jashtëm të strukturës, të cilat së bashku kontribuojnë në formimin e idesë që kemi kundrejt institucionit si ofrues i shërbimeve të caktuara*,"[5] përfaqëson për entet e shëndetit publik një element me rëndësi të veçantë si për shkak të karakterit të "paprekshmërisë" së shpërndarjes së shërbimit, ashtu edhe të veçantive të sektorit të kujdesit shëndetësor. Në veçanti, pjesa jo materiale e *output*-it (prodhimit) nënkupton se në proçesin e marrjes/blerjes së produkt/shërbimit përdoruesi "vlerëson cilësinë nëpërmjet dhe drejtperdrejt institucionit që e shpërndanë atë, ndërsa në fushën e të mirave materiale, ky funksion kryhet nga produkti me atributet e tij fizike të ngjyrës, shijes, madhësisë e kështu me radhë"[6]; karakteristikat e sektorit në fjalë bëjnë që shumica e përdoruesve nuk janë në

[4] A. Pastore, M. Vernuccio, Impresa e Comunicazione. Principi e strumenti per il management. APOGEO, Milano, 2006, fq. 17-18 (referuar në: D. Bernstein, *Company Image*, Guerrini e Associati, 1988): "*…Imazhi është një realitet. Ajo është rezultati i veprimeve tona. Nëse imazhi është fals dhe performanca jonë është e mirë, atëherë faji është yni sepse jemi komunikues të këqinj. Nëse imazhi është i vërtetë dhe reflekton performancën tonë të dobët, atëherë faji është yni sepse jemi menaxher të këqinj. Pa njohur imazhin tonë, nuk mund të komunikojmë apo të drejtojmë…*"
[5] Cherubini S., Marketing dei servizi, F. Angeli, Milano, 1990, fq. 318.
[6] Ippolito A., La comunicazione nei processi di erogazione dei servizi, in Sinergie, n. 40, 1996, fq. 115.

gjendje, për shkak të kompleksitetit të lartë dhe specializimit të disiplinave të kujdesit social, të përcaktojnë në mënyrë të qartë dhe të plotë çështjet që ndikojnë në kushtet e tyre të ekuilibrit psiko-fizik por edhe të llojit të shërbimit që ata kanë nevojë, ndaj imazhi mund të lejojë të komunikojë me jashtë aftësitë e institucionit për të përmbushur në mënyrë efektive nevojat shëndetësore të përdoruesve, duke siguruar gjithashtu një element diferencimi të vlefshëm krahas kompanive të tjera shëndetësore me natyrë konkurruese. Kjo nxjerr në pah se imazhi në kujdesin shëndetësor publik është rezultat i një proçesi planifikimi strategjik në afat të mesëm dhe të gjatë, dhe sidomos që ka përputhje mes imazhit të komunikuar dhe asaj që perceptojnë përdoruesit në kontaktet e tyre me institucionin.

- ***Nevoja për të informuar***. Në veçanti, përmes ketij objektivi institucioni i kujdesit shëndetësor komunikon me përdoruesit e tij shërbimet shëndetësore të ofruara, si, metodat e vendosura për pagesën e tyre, kur mund të përfitohet nga shërbimi shëndetësor, ekzistenca e një proçedure prenotimi, vendosja e strukturave apo departamenteve për ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe rrugët për ti arritur ato, tarifat e vendosura dhe proçedurat e vendosura për pagesën etj. Ky lloj komunikimi, pavarësisht thjeshtësisë së tij, ka rëndësi të madhe për përdoruesin, veçanërisht nëse ata nuk kanë një njohuri të mirë të institucionit shëndetësor. Në mënyrë që politika e informacionit të konsiderohet efektive, ajo duhet domosdoshmërisht të jetë e plotë dhe sidomos e përditësuar në kohë, përndryshe mund të çojë në konfuzion dhe pakënaqësi përdoruesit.



Fig. 1.1: *Objektivat e komunikimit në institucionin shëndetësor*

- ***Në promovimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara***. Ajo kryen detyrën e nxitjes së interesit tek shfrytëzuesit e shërbimeve të ofruara krahas atyre të parashikuara nga konkurenca. Kjo politikë e komunikimit, e barabartë me atë të sektorit privat, i drejtohet të gjithë përdoruesve të tanishëm dhe potencial, edhe pse disa masa të përshtatshme promovuese mund të jenë të shënjestruara për segmente të caktuara përdoruesish të identifikuar në

përputhje me politikat e segmentimit të kërkesës që institucioni konsideron të nevojshme. Politika e nxitjes apo promovimit të kujdesit shëndetësor publik nuk është e zhvilluar aq mirë sa ajo e zbatuar nga kompanitë private shëndetësore, por ajo është në rritje të vazhdueshme, në sajë edhe të nxitjes që rezulton nga proçesi i *ristrukturimit* i cili po hyn kaq furishëm në sektorin shëndetësor.

- ***Nevoja për të edukuar përdoruesit***. Nëpërmjet kësaj politike të komunikimit institucioni ndjek qëllimin për të ndryshuar sjelljen dhe zakonet e përdoruesit, të tilla si, për shembull, parandalimin e sëmundjes, apo si të jetë pjesëmarrës dhe më i informuar në proçesin e ofrimit të shërbimeve etj. Kjo kërkesë e fundit, pra promovimi i sjelljeve të vetëdijshme dhe pjesëmarrëse, nuk është eskluzive për sektorin shëndetësor, por për të gjitha fushat ekonomike dhe sociale në të cilat ka pasur një ndryshim në rolin e luajtur nga përdoruesi, i cili nga pasiv bëhet gradualisht më i vendosur dhe aktiv. Kjo rritje e pjesëmarrjes, megjithatë, në qoftë se pjesërisht pasqyron një ezigjencë në lidhje me evolucionin kulturor dhe nivelin më të lartë të arsimimit të përdoruesit (të cilët janë kërkuar të marrin pjesë në mënyrë aktive në përcaktimin e shërbimeve të destinuara për ta), është gjithashtu e lidhur ngushtë me atë të promovimit të një aksesi më të informuar dhe racional për shërbimet publike që realizon kontrollin e shpenzimeve publike.
- ***Në mbledhjen e informacionit të dobishëm dhe të dhënave mbi nivelin e kënaqësisë së përdoruesve të shërbimeve të ofruara***. Kjo politikë komunikimi kryen detyrën e rëndësishme të monitorimit të nivelit të kënaqësisë së përdoruesve duke zbuluar situatat e pakënaqësisë dhe shkaqet e tyre, në mënyrë që të merren masa korrigjuese në kohën e duhur. Menaxhimi i *feedback*-ut mbi cilësinë e shërbimeve shëndetësore të ofruar, për një kohë të gjatë është kryher vetëm nga kompanitë private, por vitet e fundit, institucionet e kujdesit shëndetësor, dhe ato publike në përgjithësi, për shkak të rinovimit në proçes dhe tejkalimit të vetë-referencimit të sektorit publik, kanë zhvilluar një vëmendje më të madhe për analizën e kënaqësisë së klientit (*customer satisfation*).
- ***Në mbledhjen e informacionit mbi nevojat dhe pritjet e përdoruesve dhe situatën epidemiologjike***. Kjo politikë komunikimi është bërë gjithmonë nga ofruesit e kujdesit shëndetësor, të paktën pjesërisht për mbledhjen e informacionit dhe të dhënave mbi situatën epidemiologjike, të tilla si, për shembull, disa sëmundje virale dhe ngjitëse (tuberkulozi, kolera, etj). Në vitet e fundit, megjithatë, është zhvilluar gjithashtu nevoja për të mbledhur informacion mbi evoluimin e nevojave shëndetësore, pritjet dhe karakteristikat e përdoruesve, në mënyrë që të disponohet një ofertë e shërbimeve e gatshme për të siguruar kënaqësinë e tyre efektive.
- ***Nevoja për të komunikuar me operatorët e brendshëm***. Ky lloj i veçantë i komunikimit, zakonisht i referuar si marketingu i brendshëm, është projektuar që të angazhohet dhe të informojë profesionistët e kujdesit shëndetësor mbi programe administrative të miratuara nga departamenti i shëndetësisë apo reparte te veçanta. Roli i tij në kujdesin shëndetësor publik ka marrë një kritikë të konsiderueshme pas proçesit të *ristrukturimit* që ka prekur sektorin shëndetësor në shumë vende dhe që e bën atë edhe më thelbësore për të arritur objektivat e efektivitetit dhe efikasitetit institucional.

1.3. Flukset e komunikimit në sektorin shëndetësor

Komunikimi në institucionet e kujdesit shëndetësor, ashtu si dhe në institucione të tjera publike dhe private, ka detyrën e krijimit të "një klime mirëkuptimi të ndërsjellë, besimi dhe disponueshmërie të favorshme me grupe të ndryshme partnerësh[7]" përmes krijimit të një lidhje interaktive që përfshin në mënyrë të vazhdueshme të gjithë institucionin e kujdesit shëndetësor.
Kjo marrëdhënie interaktive është mishëruar në rrjedha të ndryshme komunikimi; në mënyrë të veçantë, është e mundur të identifikohet një rrjedhë e komunikimit ***në rënie (top – down)***, duke pasur si origjinë institucionin e kujdesit shëndetësor dhe si marrës jo vetëm përdoruesit, por të gjithë kompleksin e aktorëve të institucionit (dmth. furnizuesit e mallrave dhe shërbimeve, operatorët, komuniteti në përgjithësi, etj)... Fluksi i komunikimit në rënie ka për objektiv të tij krijimin e imazhit të institucionit, shpërndarjen e informacionit mbi strukturën dhe shërbimet mjekësore, promovimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe racionalizmin e sjelljes nga ana e përdoruesve.
Rrjedhja e dytë e komunikimit është ***në ngjitje (bottom – up)***, i cili ka si origjinë të saj kompleksin e aktorëve të institucionit dhe si marrës vetë institucionin. Fluksi i komunikimit në rritje ka për objektiv të tij grumbullimin e informacionit mbi nivelin e kënaqësisë së shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore të marra, ekzistencën e çdo dështimi dhe evoluimin e nevojave, karakteristikave dhe ezigjencave të përdoruesve.
Një rrjedhë shtesë e komunikimit është ajo që është krijuar ***në brendësi*** të institucionit shëndetësor dhe në të cilën burimi dhe marrësi janë në të njëjtën kohë entitete të angazhuara në shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore, përkatësisht shfrytëzuesit, punonjësit e kujdesit shëndetësor, vizitorët e pacientëve, furnizuesit e mallrave dhe shërbimeve dhe kështu me radhë. Kjo rrjedhë e komunikimit, e cila ka për qëllim të lehtësojë aktivitetet e ndërveprimit në mes të organizimit të kujdesit shëndetësor dhe aktorëve të saj, është karakteristikë dalluese e sektorit të shërbimeve. Në fakt, kjo e fundit karakterizohet, në shumicën e rasteve, nga ekzistenca e një proçesi bashkëveprimi në mes fazës së prodhimit dhe të konsumit të shërbimeve, gjë që rezulton me kontakte të shpeshta midis përdoruesve dhe institucionit; përdoruesit shumë shpesh marrin pjesë në mënyrë aktive në ofrimin e shërbimit, bashkëveprojnë me personelin e kontaktit, me suportin fizik, ose me të dyja.[8]
Fluksi i komunikimit në brendësi të institucionit shëndetësor, i cili mund të përkufizohet si "*grup i formalizuar dhe jo-formalizuar i komunikimit që institucioni dërgon, pak a shumë në mënyrë të ndërgjegjshme, për të gjithë subjektet (shfrytëzues / përdorues, punonjësit, etj.) që hyjnë në kontakt me komponentët e saj*" përfshin, të gjitha flukset e komunikimit që zhvillohen ndërmjet autoritetit shëndetësor, përmes komponentëve: personel, përdorues, vizitorë, furnitorë, etj., të cilët vijnë në kontakt me të, duke përfshirë edhe njoftimet që zhvillohen ndërmjet vetë përdoruesve gjatë proçesit të ofrimit të shërbimeve.

[7] Ippolito A., La comunicazione nei processi di erogazione dei servizi, op. cit., fq. 118.
[8] Cfr.: Ippolito A., La comunicazione nei processi di erogazione dei servizi, op. cit., fq. 119.

1.4. Mjetet e komunikimit në dispozicion të institucionit shëndetësor

Është theksuar, deri tani, vlefshmëria logjike e qasjes së re krijuar nga marrëdhënia mes qëndrave shëndetesore - shpërndarëse të shërbimit dhe konsumatorit - shfrytëzues të tij; pse jo dhe vlefshmëria e dimensionit relacional të komunikimit në kujdesin shëndetësor dhe të rolit proaktiv të njohur nga pacient / klienti në përcaktimin e karakteristikave specifike të shërbimit. Plotësimi i duhur i këtij roli duhet domosdoshmërisht të pasohet nga aktiviteti i pjesëmarrjes së "klientit", si një krijues dhe, në të njëjtën kohë, si marrës i fluksit të informacionit: ky i fundit duhet të jetë në qendër të një proçesi informativ që ta "shoqerojë" përgjatë shërbimit shëndetësor. Një qartësim paraprak mbi konsideratat e deritanishme duhet bërë: nuk duhet të konkludojmë se konsumatori ose marrësi i shërbimit dhe i informacionit, duhet të konsiderohet vetëm si "pacient", që do të thotë individi që ka nevojë për kujdes të menjëhershëm. Tashmë *reformat e reja* të shëndetësisë kanë futur konceptin e "Mbrojtjes së Shëndetit", sipas të cilës shërbimi shëndetësor nuk duhet të përdoret vetëm për njerëz të sëmurë, por në veçanti edhe për ato të shëndetshëm. Shëndeti prek jetën e çdo individi dhe sektori delikat shëndetësor duhet të monitorohet me kujdes në kohë të ndryshme në kontakt me qytetarin, duke iu përshtatur këtij të fundit, dhe duke rekuperuar, në sytë e të gjithëve, besimin e humbur (marrë në konsideratë shumë raste të neglizhencës mjekësore).

Menaxhimi i flukseve të informacionit brenda dhe jashtë institucionit shëndetësor duhet të kryejë, në skenarin e parashikuar, një rol shumë parësor në *suksesin e shërbimit*; ndërsa "komunikimit", ashtu si dhe në qendrat e tjera publike e private, duhet t'i njihet detyra e krijimit të "një klime mirëkuptimi të ndërsjellë, besimi dhe disponueshmërie të favorshme me grupe të ndryshme të istitucionit"[9]. Për më tepër, njohja e një roli aktiv ndaj sistemeve të treta në sektorin shëndetësor u përgjigjet tre faktorëve kryesorë:

1. Rritja dhe përhapja e pasurisë social - ekonomike në tridhjetë vitet e fundit;
2. Rritja e nivelit të edukimit dhe informacionit;
3. Ushtrimi i lirisë në sjelljen sociale dhe në konsumin privat.

Këto janë tre faktorë që kanë ndryshuar thellësisht kulturën "materiale" të klienteve, marrësve të shërbimit publik, por ndoshta, po aq me rëndësi, edhe moralin e tyre (*kultura* e parë si një grup vlerash, aspiratash, standardesh e sjelljesh)[10].

Arrihet në këtë mënyrë, në profilin e ri të pacient/klientit që istitucionet publike, në përgjithësi, dhe ato shëndetësore, në veçanti, kanë dashur të gjejnë dhe të kontestualizojnë*: "konsumatori bëhet "subjekt" individual me dinjitet, kapacitet kritik, dallim, e aftësi për zgjedhje"*.

---

[9] Cfr. IPPOLITO A., op. cit., 1996, fq. 118. "Përcaktimi i raportit të ri të kujdesit shëndetësor midis institucionit-përdoruesit do të duhet të vlerësojë në kohë suksesin eventual të arritur. «*Në një raport të fundit është treguar se shkalla e kënaqshmërisë së qytetarëve ndaj shëndetit luhatet, në shumicën e vendeve të Komunitetit Europian mes të 50 dhe 60%, ndërsa në Itali, në mes të 25 dhe 29%. Transformimi në "kompani" i enteve shëndetore publike ka integruar fjalë magjike, mendoni për shembull, udhëheqjen menaxheriale; pothuajse e mjaftueshme të ndryshohet emri i gjërave për të ndryshuar natyrën e saj. Kjo është një revolucion i heshtur që do të provojë të jetë e dhunshme, më e dhunshme se sa operatorët dhe qytetarët mund ta imagjinojnë*». Cfr. ZANETTI M., Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari n. 2, Istituto scientifico H.S. Raffaele.

[10] Cfr. CALVI G.," Quaderni della Carta dei servizi pubblici", Ndërhyrje me titull «*L'evoluzione dal paziente al cliente: la necessità di una cultura del servizio*».

Subjektiviteti i tij vendoset në raport simetrik me të tjerat, ndërsa objektiviteti vendoste pacientin në një raport asimetrik. Këto janë termat kulturore të realitetit të ri social[11].

Duke u mbështetur në tendencat e viteve të fundit në sektorin shëndetësior, dhe në atë publik në përgjithësi, ripropozohet gjithnjë e më shumë në plan të parë nevoja për të promovuar shpërndarjen e mjeteve që lehtësojnë rolin aktiv dhe proaktiv të përdoruesve për institucionet e kujdesit shëndetësor. Veçoria e strumenteve të tilla, megjithatë, nuk qëndron vetëm në aftësinë e tyre për të zhvilluar një marrëdhënie mes istitucionit dhe përdoruesit, e bazuar në bashkëpunimin dhe përfshirjen, por më tepër në krijimin dhe forcimin e lidhjes tashmë të njohur të komunikimit mes tyre.

Institucionet shëndetësore kanë në dispozicion një numër të konsiderueshëm mjetesh për të arritur qëllimet e tyre të komunikimit. Megjithatë, duhet të theksohet se jo të gjitha mjetet që ata përdorin kanë si funksionin e tyre karakteristik ate të komunikimit ose të paktën mund të kenë, pak a shumë, një vlerë të ndryshme nga ajo e komunikimit[12]; në fakt, duke patur parasysh se në një "kompani" shërbimi *çdo gjë flet*[13], institucioni shëndetësor mund të dërgojë mesazhe, pak a shumë në mënyrë të pandërgjegjshme, edhe nepermjet instrumenteve që kanë një vlerë të ndryshme nga ajo e komunikimit. Ndër mjetet në dispozicion për menaxhimin e një istitucioni shëndetsor, peshë të rëndësishme duhet ti njihet Zyrës për Marrëdhënie me Publikun (*Public Relationship Office*) dhe Kartës së Shërbimeve, mjete që, me siguri më shumë se të tjerët, lejojnë radhitjen e kërkesave të mbi - sistemeve që veprojnë në proçesin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Është e rëndësishme në këtë drejtim, të bëhet një parantezë që shpjegon zgjedhjen e bërë në favor të dy instrumenteve të cituar.

Për ta thjeshtuar, propozohet ndarja e parë midis:

1. *komunikimi i drejtpërdrejtë:* e cila përfshin të gjitha mesazhet e dërguara përmes mjeteve të mirëfillta të komunikimit;
2. *komunikimi i nënkuptuar*, ku përfshihen të gjitha mesazhet e dërguara, vullnetarisht ose jo, me anë të mjeteve që nuk kanë si qëllime të tyre primarë komunikimin[14].

Ndër mjetet e komunikimit të parë, në dispozicion të istitucioneve shëndetësore përfshihen dhe:

a. Karta e Shërbimit,
b. Zyra e Marrëdhënieve me Publikun,
c. Qendra Unike e Prenotimit,
d. Administrimi i ankesave,
e. Udhëzues për pacientët, etj.

[11] Cfr. CALvi G., *op. cit.* "Subjektiviteti i njohur i qytetarit është shprehje e një interesi të ligjshëm nga ana e po të njejtit, si anëtar i komunitetit. Qytetari, si i tillë, pavarësisht nga kualifikimet e tij, është bartës i një pjese apo interesi për mbrojtjen e shëndetit".

[12] Cfr. EIGLIER P., LANGEARD E., op. cit., 1988, fq. 135 e vzhd.; MELE R., *Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi,* CEDAM, Padova, 1993, fq. 571 e vzh.

[13] Cfr.: Eiglier P. – Langeard E., Il marketing strategico nei servizi, McGraw-Hill, Milano, 1988, fq. 135 e vazhd.

[14] Cfr. Ippolito A., op. cit., 1996.

1.4.1. Public Relationship Office

Zyrës për Marrëdhëniet me Publikun (PRO) i është dhënë një rol strategjik që lejon identifikimin e mjeteve të komunikimit të integruar, duke vepruar si faktor përcaktues apo nyjë kufitare e rrjetit të "Administratës Publike", e pozicionuar kështu në qendër të shkëmbimeve të komunikimit mes sistemit dhe mjedisit. Komunikimi bëhet konfrontues, dialog dhe krijues i vlerës së shtuar për të dy pjesëmarrësit; "*komunikimi është lidhësi i organizatave shoqërore [...] është ajo që bashkon dijen me të cilat organizatat janë të përbëra*"[15].

Është e lehtë të kuptohet rëndësia strategjike e atyre komponentëve të një sistemi të cilët, në kontakt me mjedisin, mund të kontribuojnë në zhvillimin e një organizate[16]. PRO është pa dyshim një nga këto komponente, prandaj kualifikohet si një vend i privilegjuar komunikimi për një administratë publike, e thënë ndryshe si instrument ndërmjetësimi dhe ndërvarësie midis sistemit dhe mjedisit, një përfshirje dhe kohezion brenda vetë sistemit[17]. Është e padiskutueshme, pra, se ajo përfaqëson një instrument themelor të zërit të qytetarëve në marrëdhëniet e tyre me autoritetet publike. Në fakt krijimi i saj i përgjigjet nevojës në lidhje me transparencën e aktiviteve të administratës publike nga ana e qytetarëve si dhe lejimin e *kontrollit të dokumentave publike* nga ana e këtyre të fundit; në të njëjtën kohë, duke lejuar ngritjen e kësaj qendre të rëndësishme informacioni midis istitucioneve publike dhe qytetar/përdoruesit, garantohet krijimi i një lidhjeje efektive komunikimi.

Themelimi i Zyrës për Marrëdhëniet me Publikun në fakt mund të lexohet si përgjigje koherente për zhvillimin e një demokracie moderne me detyrë jo vetëm të prodhojë rregulla në ofrimin e mallrave dhe shërbimeve publike, por për të zbatuar një politikë komunikimi që të vendosë si garanci transparencën dhe pjesëmarrjen në aktivitetin e entit publik dhe, njëkohësisht, duke u përcaktuar si një mjet për rekuperimin e konsensusit[18].

Treguesi i karakteristikave shpjeguese dhe roli i luajtur nga PRO nuk rezulton në asnjë mënyrë gjithë-përfshirës; rregullorja që edukon krijimin dhe funksionimin e saj ka parashikuar, në fakt, një sistem dënimi për menaxherët përgjegjës, për "mos funksionimin e duhur" të të njëjtit shërbim, duke vendosur, gjithashtu edhe vendin që i takon këtyre zyrave në strukturën shpërndarëse, si mjet funksional në përhapjen e shërbimeve. Për më tepër, identifikimi i shpejtë dhe i lehtë dhe lejueshmëria për përdoruesit duhet të garantohen me modalitetet e hyrjes dhe oraret e pritjeve, pse jo edhe në orët e pasditeve. Stafi në këto zyra duhet të ketë një njohuri të plotë në organizimin e strukturës dhe në llojin e shërbimeve të ofruara, përveçse të jetë profesionalisht i kualifikuar për ndërveprim me publikun. Elementi që përcakton suksesin e instrumentit qëndron, natyrisht, në krijimin e aktiviteteve të përshtatshme të të mësuarit në të cilat këto operatorë duhet të jenë të përfshirë.

Në përmbledhje, PRO paraqesin mjetet e duhura të cilat realizojnë në administratat e ndryshme publike rolin e *trait-de-union* mes këtyre të fundit dhe qytetarë-përdorues. Këto zyra kryejnë, në fakt, si funksion kryesor:

---

[15] Cfr. VICARI S., L'impresa vivente, EtasLibri, Milano, 1991.

[16] Për informacione të mëtejshme ju lutem referohuni në: GHINELLI C., GAMBARI S., *op. cit.* 2000, fq. 112.

[17] Cfr. *Ibidem.*

[18] Cfr. IPPOLITO A., *op. cit.*, 1996, fq. 118.

- *Pritje dhe dëgjim*, si per ankesat, që qytetarë/përdorues mund të bëjnë për shërbimet e ofruara nga shpërndaresit e ndryshëm, dhe për sugjerime të cilat ata mund të kenë për përmirësimin e performancës;
- *Informacion dhe përgjigje*, për aktivitetet e komunikimit që ata duhet të ushtrojnë, edhe përtej stimujve të zhvilluar nga ana e qytetarëve - përdorues;
- *Marketing*, për rolin organizativ dhe dinamik që luan në administratën publike.

PRO lehtëson, në këtë mënyrë, të gjitha komunikimet që ndihmojnë klientët e brendshëm (operatorët shëndetësorë) në kryerjen e aktiviteteve të tyre të punës dhe marrëdhëniet që kanë ata me klientët e jashtëm. Në mënyrë të ngjashme, duhet "***të njohë dhe të njihet***", të japë informacion në interes të publikut për të lehtësuar aksesin dhe përmirësimin e përdorshmërisë së shërbimeve të ofruara, duhet të dëgjojë dhe të transmetojë njohuritë e saj nga brenda – jashtë sistemit, si dhe anasjelltas[19]. PRO është edhe vendi ku mund të përhapen vlerat e një shoqërie. Së fundi, është një aktor i privilegjuar në proçesin e zgjidhjes së problemeve dhe zhvillimin e zgjidhjeve të reja. Kjo lejon, në fakt, mbështetjen e proçesit të inovacionit nëpërmjet pranimit të nevojave të shprehura nga klientët e brendshëm dhe të jashtëm[20].

Kompleksiteti i funksioneve të kryera nga këto zyra është mbështetur jo vetëm nga efektet e jashtme, relative nga roli i kontaktit dhe shkëmbimit midis ofruesve dhe përdoruesve/qytetarë, por edhe nga efektet e brendshme të aktiviteteve të tyre, të tilla si për shembull, hetimet e kryera, ose *feedback*-ët e thjeshtë të marra nga kontaktet e tyre me publikun, me qëllim vlerësimin e nivelit të kënaqësisë së dhënë me shërbimet e kryera, ose karakteristikat dhe evoluimin e nevojave të segmenteve të shërbyer.

Me pak fjalë, aktivitetet dhe përgjegjësitë e PRO përbëhet nga:

- Zbatimi i transparencës të aktiviteteve administrative;
- E drejta e qasjes në dokumentacion;
- Njohja e nevojave dhe nivelit të kënaqësisë së qytetarëve;
- Propozime për modernizimin e objekteve;
- Thjeshtimi i gjuhës;
- Zhvillimi i të drejtës per pjesëmarrje;
- Pjesëmarrja e qytetarëve në monitorimin dhe zbatimin e proçedurës administrative, pse jo dhe të komunikimit të kushteve të zbatimit të kësaj proçedure;
- Informimi i publikut në lidhje me veprimet administrative në vend dhe statusin e zbatimit të proçedurave;
- Kërkime dhe analiza të kontekstit të perdorimit për propozime organizative dhe logjistike që synojnë përmirësimin e marrëdhënieve me qytetarin / konsumatorin;
- Promovimi dhe aktivizimi i programeve të komunikimit me publikun për të njohur në mënyrë efektive rregullat, shërbimet dhe strukturat[21].

---

[19] Është e qartë nga konsideratat e propozuar roli absolutisht aktiv i luajtur nga qytetari i cili kontribuon, për shkak të "konstelacionit të vlerës", në përcaktimin e karakteristikave të shërbimit shëndetësor. Ju lutem referojuni: GHINELLI C., GAMBARI S., *op. cit.*, 2000, fq. 112.

[20] Cfr. Ibidem.

[21] Cfr. FIORENTINI G., La conoscenza dell'utenza. Marketing dello Stato nello sviluppo della comunicazione, in ROLANDO S., op. cit., 1995, fq. 88. Për më shumë detaje shikoni IPPOLITO A., op. cit., 1996.

Është e lehtë për të parë se, në kontekstin e shëndetit, PRO marrin një vlerë të veçantë ndonjëherë të vështirë për tu përmbushur, duke pasur parasysh shkallën e lartë të kompleksitetit që karakterizon këtë sektor. Për tu vlerësuar, në të vërtetë, është shpërndarja në territor e këtyre strukturave; është pikerisht kjo natyrë komplekse që sjell në dukje nevojën e qartë, përtej detyrimeve ligjore, të ekzistencës së qendrave shëndetësore, dhe në mënyrë të veçantë "ngritjen e shërbimeve që do të presin dhe informojnë klient/përdoruesit".
Në këtë drejtim, Shërbimi Shëndetësor parashikon që PRO të nxitë hapjen e pikave të informacionit në vende me më shumë fluks, në mënyrë që të garantojë praninë e vazhdueshme dhe të përhapur në territor të një zyre ku përdoruesit mund të drejtohen për të përmbushur nevojat emergjente[22]. Është e pashmangshme që një shpërndarje e gjerë zyrash në territor ndeshet me rritjen e kostos nga Ministria e Shëndetësisë; fakti mbetet se krahasimi mes shumës së kostove dhe përfitimeve të marra, mund ta bëjë istitucionin të zgjedhë për shpërndarjen territoriale, në mënyrë që të fitojnë përparësi në aspektin e imazhit dhe zhvillimin e lidhjeve më të ngushta me përdoruesit.
Në përfundim, PRO duhet të propozohet si "suport, sponsor mbështetës dhe subjekt nxitës të një kulture komunikimi efektiv, privilegjues i secilit komponent brenda institucionit. Kjo është për tu konsideruar si mënyra e vetme e aftë për të krijuar një cikël virtuoz, për të sjellë njerëzit në qendër të proçeseve të krijimit të vlerës, duke lejuar krijimin e strukturave administrative më fleksibël, pjesëmarrëse dhe afrimitet nevojave të individëve, pra, për të krijuar "administrata të përbashkëta", ku aktorët e brendshëm dhe të jashtëm bëhen bashkepuntorët dhe partnerët përkrahës të performancës së mirë të organizatës"[23].

1.4.2. Karta e Shërbimit

Ndërsa PRO kryeson, ekskluzivisht, në drejtimin *real-time* të marrëdhënieve me klientin nëpërmjet një *front-office* të mirë organizuar dhe të gatshëm për t'iu përgjigjur nevojave të konsumatorëve, ***Karta e Shërbimit*** është një deklaratë e vërtetë qëllimesh me të cilën organizata shëndetësore është e angazhuar për ti transferuar grupit të interesave një shërbim në linjë me ***standardet e cilësisë***. Karakteristikat kryesore të dy instrumenteve bëjnë që ato të plotësohen, duke lehtësuar prodhimin e një cilësie të lartë të shërbimit shëndetësor.
Më poshtë do të vazhdojmë me analizat, edhe pse më shkurt, të tipareve të Kartës së Shërbimit, një instrument që, në dispozicion të qendrave shëndetësore për të zhvilluar nivelin e pjesëmarrjes dhe informacionit të përdoruesve, merr, sigurisht, një rol të rëndësishëm.
I integruar në tërë sektorin e shërbimeve publike, i ka dhënë nismë proçesit të rinovimit institucional tashmë të filluar në vendet e tjera (Britania e Madhe, Spanja, Franca, Shtetet e Bashkuara, Itali etj.) orientuar për të afruar qytetarët - përfitues të shërbimeve - pranë administratave të veçanta publike; përmes krijimit të një marrëdhënie të re që konfigurohet, në fakt, si një pakt i vërtetë mes qeverisjes dhe përdoruesve të shërbimeve publike. Qëllimi i

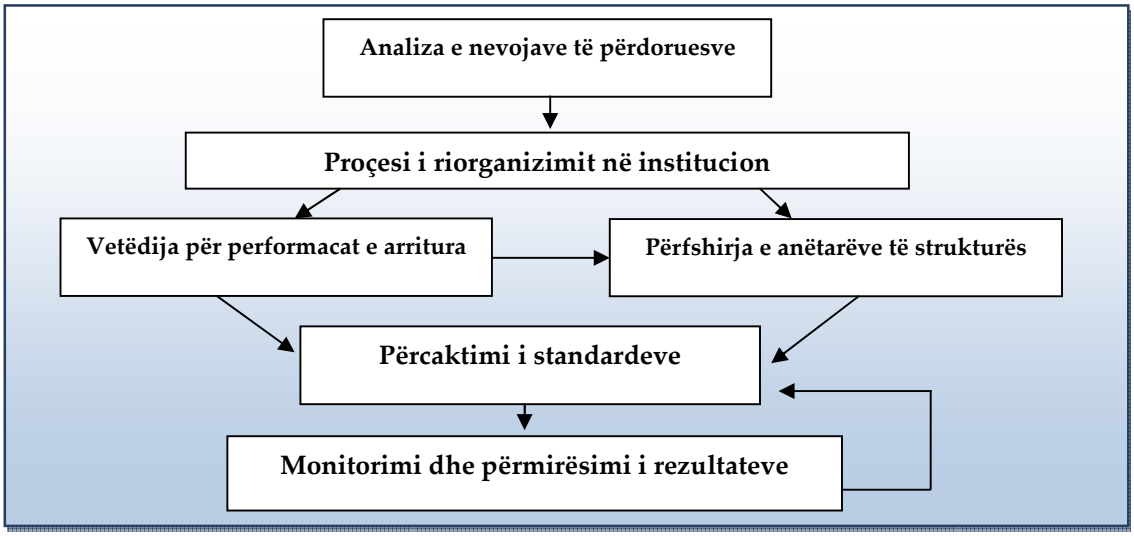
[22] Sigurisht, referenca është për nevojat e informacionit / komunikimit, shprehje e nje sikleti të mundshëm nga ana e tyre, në pritjet e gjata dhe udhëzuesit e strukturës në situata të caktuara, etj..
[23] Cfr. GHINELLI C., GAMBARI S., *op. cit.*, 2000, fq. 119.

marrëveshjes qëndron në dëshirën për të pajtuar kërkesat e efikasitetit dhe produktivitetit të shërbimeve me ato të cilësisë dhe kënaqësisë së qytetar-përdorues[24].
Direktivat që prezantohen, përcaktojnë kritere frymëzuese të zbatueshme për administratat publike dhe, në të njëjtën kohë, për subjektet private që ofrojnë shërbime publike sipas marrëveshjes ose koncesionit, në kryerjen e aktivitetit të tyre. Këto parime rezultojnë të jenë si me natyrë cilësore ashtu edhe sasiore.
Të parët, me karakter cilësor, janë të lidhura me parimet e: *barazisë*, e lidhur si me të drejtat e dhëna përdoruesve të ndryshëm ashtu dhe me ndalimin e diskriminimit; *paanshmërisë*, ose detyrimit për objektivitet, drejtësi dhe paanësi në raportet me përdoruesit; *vazhdimësisë*, pikërisht për të siguruar se dhënia e shërbimeve të ndodhë vazhdimisht, rregullisht dhe pa ndërprerje; *të drejtën e zgjedhjes*, kuptohet si e drejtë e përdoruesit për të zgjedhur, mes atyre që ofrojnë shërbimin, atë që më mirë i plotëson nevojat e tyre; *pjesëmarrjes*, e stabilizuar si për ofrimin e shërbimit dhe për ushtrimin e të drejtave të hyrjes; *efikasitet dhe efektivitet*, për qëllimet ku duhet të përqëndrohen shpërndaresit.
Të dytët, me tipar *sasior*, tregojnë mjetet që do të adoptohen për arritjen e objektivave të ndryshme, cilesore dhe jo, te përcaktuara nga ofruesit. I refererohet adoptimit të standardeve të përgjithshme dhe specifike (të parët i referohen kompleksit të shërbimeve të kryera "dhe janë shprehur në përgjithësi nga vlera mesatare statistikore e treguesve"; e dyta lidhet me secilin nga shërbimet e kryera dhe janë shprehur në përgjithësi nga një prag maksimal apo minimal relativ vlerash që treguesi mund të marrë"[25]); *informimin e përdoruesve*, me ane të së cilës janë përcaktuar cilësitë, mjetet dhe mënyrat me të cilat ajo duhet të jetë garantuar; *marrëdhëniet me shpërndarësit e shërbimit*, e cila tregon mënyrën që duhet të ndiqet nga ofruesit dhe punonjësit e tyre në marrëdhënie me përdoruesit; *detyrën e vlerësimit të cilësisë* së shërbimeve, nëpërmjet të cilit pretendohet detyrimi për të kryer kontrolle në cilësinë dhe efektivitetin e shërbimeve të ofruara; *rimbursimin*, e cila i njeh të drejtën përdoruesit për të marrë kompensim për koston e performancave të kryera në rast se cilësia dhe afatet kohore tek kjo e fundit nuk ishin në përputhje me standardet e publikuara.
Ndër parimet e mësipërme duhet detyrimisht të bëhet një sqarim në lidhje me *identifikimin e standardeve kualitative* të përgjithshme dhe specifike në lidhje me shërbimin shëndetësor, ku nuk duhet të konsiderohet si një aspekt margjinal, por, si një levë qëndrore për të gjitha nismat që shëndetësia përdor: në qoftë se duhet të lejojmë që qytetar/perdoruesi të ushtrojë zgjedhje të lirë, është e nevojshme që ofruesit e ndryshëm të konkurrojnë për të ofruar shërbime më të mira. Adoptimi i standardeve është, pra, krijimi i një hapi kulturor i administratave publike;

[24] Cfr. MELE R., PELLICANO M., *La Carta dei servizi pubblici: problemi applicativi,* in *Azienditalia,* n. 3, 1994, fq. 245: «Me zbatimin e Kartës, ofruesit e shërbimit nënshkruajnë me qytetarët/përdorues një "pakt" (e cila mund të kuptohet edhe si një kontratë e vërtetë), sipas të cilës, përballë një pagese ekonomike të marrë (tarifat, taksat ., etj), pranon që ti përmbahen treguesve standarde: mospërputhja me këto standarde i jep përdoruesve të drejtën (shlyerjen) e dëmshpërblimit ».
[25] Cfr. PAPADIA V., «Sanità pubblica: centri di costo e verifiche di qualità», in Sanità Pubblica, n. 8/9, 1995, fq. 1001. Një dallim tjetër mes standardeve që u zhvillua në implementimin e Kartave të shërbimeve nga ofrues të ndryshëm dhe në mes standardit të monitoruar dhe atij të garantuar: «Treguesit e parë korrespondojnë me indikatorë që ofruesit e shërbimit bien dakord të deklarojnë vlerat aktuale (mesatare) dhe / ose variacionet (minimale dhe vlerat maksimale) pa siguruar respektimin e tyre. Të dytat i korrespondojnë karakteristikave të matshme, për të cilat janë deklaruar vlerat e garantuara, dhe papajtueshmëria e të cilëve pasohet me pagesën e një penaliteti të rreptë». Cfr. ESPOSITO A., La Carta dei servizi pubblici per le imprese degli enti locali, in Azienditalia, n. 2, 1994, fq. 192.

subjekti shpërndarës merr absolutisht në mënyrë të qartë përgjegjësinë e përdoruesit individual të shërbimit. Por cilit kriter i përgjigjet heqja e tillë e autonomisë? Ndoshta vullnetit të legjislatorit për të garantuar mbrojtjen e përdoruesve, në mënyrë që të shmangë, në të njëjtën kohë, zbatimin e shtrembëruar të konceptit të autonomisë. Ndër të tjera, Karta e Shërbimit duhet të konsiderohet si një mjet dinamik i një proçesi të vazhdueshëm përkufizimi, analize, rishikimi dhe përmirësimi i performancës së arritur nga e njëjta strukturë.
Proçesi i analizës së pershkruar dhe dinamiciteti i strumentit kërkojnë njohjen e detajuar, nga istitucionet shpërndarëse, të karakteristikave të shërbimit dhe të nevojave të përdoruesve të tij. Në të njëjtën kohë, proçesi kërkon, siç përmendet në paragrafin e mëparshëm, pjesëmarrjen dhe përfshirjen aktive të të gjithë anëtarëve të strukturës shpërndarëse dhe përfituesve, në përcaktimin dhe ripërcaktimin e angazhimeve cilësore dhe sasiore që subjekti shperndarës mund të marrë, duke shmangur rrezikun e sheshimit të angazhimeve të marra, në frikën për të mos qenë në gjendje për ti përmbushur[26].
Karta e Shërbimeve nuk duhet mënjanuar me një masë të thjeshtë burokratike nëse ajo shkel mundësinë për të përfshirë operatorët e strukturës[27].

Fig. 1.2. - *Proçesi i përcaktimit të angazhimeve të bëra përmes Kartës së Shërbimit*



Burimi: IPPOLITO A., *Komunikimi në proçesin e shpërndarjes së shërbimeve,* «Sinergie», n. 40, 1996

Tabela jep një paraqitje grafike të dinamikës së proçesit të shpërndarjes në lidhje me angazhimet e marra nga istitucionet shëndetesore dhe Kartës së Shërbimeve, për shkak të përfshirjes aktive në përcaktimin e tyre nga përfituesit e shërbimit. Siç parashikohet në direktivën për rregullimin e shërbimit të ofruar nga ana e PRO, dhe për Kartën e Shërbimeve është parashikuar një plan

[26] PAPINI A., Responsabilizzazione e qualità nei servizi sanitari: una lettura della Carta dei servizi, in L'Arco di Giano, n. 7, 1995, fq. 50-51; BACCARANI C., Qualità ed aziende di pubblico servizio: la Carta dell'utente, in BACCARANI C., Saggi sulla qualità nell'economia d'impresa, Cedam, Padova, fq. 124-125.

[27] Cfr. Lo SCHIAVO L., BUCARELLI F., *La gestione del cambiamento nell'attuazione della riforma amministrativa,* ne *Funzione Pubblica,* fq. 46: « Karta e Shërbimit është, pra, më shumë një mundësi ndryshimi organizativ në entet publike, se sa një dispozitë e re rregulluese».

sanksionimi në favor të përdoruesve për sjellje jo të mirë (përputhje) nga ana e ofruesit / shpërndarësit të shërbimit.

Duke patur parasysh përgatitjen jo të thjeshtë dhe zbatimin e mëvonshëm të strumentit, Ministria e Shëndetësisë duhet të parashikojë krijimin e një grupi operativ që vepron si një "Sportel për Kartën e Shërbimeve" në krahasim me istitucionet e kujdesit shëndetësor që duan informacione apo udhëzime mbi fushën përkatëse»[28] duke publikuar, në të njëjtën kohë, guida të cilat kanë për qëllim të ofrojnë udhëzime për institucione të ndryshme në aspektet e përgjithshme, të tilla si menaxhimi i ankesave, përcaktimi i standarteve, përfshirja e personelit, komunikimi i saj tek përdoruesit, etj. Kjo lejon të krijohet një marrëdhënie e re mes qendrës (Ministrisë së Shëndetësisë) dhe periferisë (agjensitë dhe autoritetet lokale në përgjithësi) bazuar më shumë në mbështetjen dhe vlerësimin e proçeseve të zbatimit se sa në marrëdhëniet hierarkike[29].

Përmbajtja e vete Kartës së Shërbimeve Shëndetësore është përqëndruar, ekskluzivisht, në aspektet cilësore të shërbimit të perceptuar nga ana e përdoruesit, "si qëllim për të përjashtuar nga fusha me interes madhësitë teknike dhe profesionale të cilësisë, të cilat kërkojnë mjete të tjera vlerësimi dhe rregullimi[30]. Ky copëzim i përgjigjet nevojës për të kufizuar, që në fillim, operativitetin e kartës, në përcaktimin e atyre qëllimeve të menjëhershme dhe të lehta per tu ndjekur që përfshijnë:

- Informimin, pritjen, mbrojtjen dhe pjesëmarrjen e përdoruesve;
- Shtrime në spital;
- Qasja në shërbimet e specializuara dhe diagnostikuese;
- Shërbime të përgjithshme dhe pediatrike me zgjedhje të lirë.

Aplikimi efektiv dhe vlefshmëria e zbatimit, duhet të pasohen nga faza e vlerësimit nga ana e shfrytëzuesve të shërbimit mbi cilësinë e shërbimit të ofruar. Përvoja konkrete e këtij të fundit, nëpërmjet një bashkëpunimi me përdorues të tjerë dhe organizatat e tyre, do të përfaqësojnë gjilpërën e bilancit që do të përcaktojë suksesin ose dështimin[31].

Sa u tha, përcakton nevojën istitucionale për të detajuar modalitetet me të cilat shërbimet shëndetësore duhen dhënë, me vëmendje të veçantë mbi aspektet që kanë ndikim të drejtpërdrejtë në perceptimin e cilësisë së shërbimit nga ana e përdoruesit; kësaj duhet ti shtohet mundesia në përcaktimin e standardeve të cilësisë që përfaqësojnë angazhimet reale për përdoruesit. Veprime të tilla të pashmangshme do të prodhojnë efekte mbi kushtet e efikasitetit, efiçensës dhe profitabilitetit. Istitucioni i kujdesit shëndetësor duhet të braktisë vizionin e vetë referencimit që ka kohë që është objekt i strukturave publike, duke promovuar një nivel cilësor shërbimesh që përmbush pritjet dhe nevojat e përdoruesve; në të njëjtën kohë duhet të kujdeset

---

[28] Cfr. Cfr. Lo SCHIAVO L., BUCARELLI F, op. cit.., fq. 47.

[29] Cfr. VERDECCHIA G., *Il processo di attuazione della Carta dei servizi nel settore della sanità,* in Ministero della Sanità — Dipartimento della Programmazione, La Carta dei servizi: implicazioni strategiche ed operative, Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari, n. 2, 1996, fq. 30. Për më shumë informacion ref.: IPPOLITO A., *op. cit.,* 1996.

[30] Cfr. VERDECCHIA G., *op. cit.,* 1996, fq. 29.

[31] L' Associazione Ospedalità Privata nella *Ricerca sullo stato dei diritti dei cittadini e sulla qualità dei servizi nell'ospedalità privata,* prill 1997, publikuar në Suplementin nr. 4 të "*Ospedalità Privata*", 1997, fq. 3-6, i referohet "një proçesi të vlerësimit të shërbimeve publike dhe sociale, të përcaktuara më mirë për shërbimet shëndetësore, e cila është e karakterizuar, ndër të tjera, për natyrën e saj pjesëmarrëse (faktori P)».

për të përdorur në menyrë efikase burimet, thuajse gjithmonë të pamjaftueshme për të përballuar këto angazhime.
Tiparet dalluese të kartës se shërbimit përshkruajnë natyrën e ndryshimit të cilat duhet të orientohen në përmirësimin e asaj cilësie të veçantë shërbimi, ashtu siç perceptohet dhe vlerësohet nga ana e popullsisë potenciale dhe përdoruesve aktual.
Duke pasur parasysh këtë vendosje, "karta e shërbimeve dhe standardet e cilësisë që përbëjnë pjesen "*core*"- nuk mund të jenë vetëm një mjet i fuqishëm për shqyrtimin organizativ dhe përmirësimin e proçeseve prodhuese të shërbimeve: ajo thyen barrierat e vetë referencimit"[32].
Nëpërmjet mekanizmave të kartës, nevojat e përdoruesve hyjnë në proçeset prodhuese të shërbimeve, investojnë tek projektimi, kontribuojnë në identifikimin e karakteristikave cilësore, ofrojnë referenca për të vlerësuar rezultatet dhe, kur është e nevojshme, shkaktojnë ndryshime. "Perspektiva e re e hetimit nuk mund të mos investojë në aparatin teknik në të gjitha nivelet, nuk mund të mos gjenerojë analizimin, identifikimin e problemeve, riprojektimin e proçeseve në përputhje me nevojat e perceptuara, verifikimin sistematik të rezultateve; e gjithë kjo duke u kombinuar me përmirësimin e cilësisë teknike dhe asaj menaxheriale"[33].
Karta lidh proceset e brendshme me botën e jashtme dhe i bën ata të përshkrueshme ndaj nevojave të qytetarëve; nuk eshte një akt formal, edhe pse fisnik dhe solemn, por më tepër një "proces" i vazhdueshëm analizash dhe përmirësimesh të cilësisë së shërbimit, duke ndërtuar mundësinë për të siguruar, në të gjitha nivelet e organizatës, rrugën drejt *cilësisë totale*. (***Total Quality Management***)[34].

1.4.3. Të tjera mjete komunikimi

Krahas mjeteve të komunikimit të përmendura pak më sipër, të cilët për nga kronologjia e rëndesisë rënditen ndër të parat, institucioni shëndetësor disponon edhe mjete të tjera, që nuk mund të anashkalohen pa u përmendur, të tilla si:

- ***Qendra Unike e Prenotimeve***, e përbërë nga zyrë të veçanta për rezervime të të gjitha llojeve të shërbimeve shëndetësore të ofruara nga institucioni, të shperndara në të gjithë zonën dhe të cilat mund të arrihen edhe me anë të telefonit; për më tepër, kjo qendër është një mjet që përmirëson efikasitetin e institucionit shëndetësor, pasi lejon jo vetëm të përmirësojë shërbimin e prenotimit, por të gjitha shërbimet e ofruar nga insitucioni; mundëson një integrim të plotë të strukturave ambulatore dhe një njohuri të përsosur të shërbimeve që ofron institucioni dhe gjendjen e agjendave për çdo prenotim (radhët e gjata, etj.).

---

[32] Cfr. FALCITELLI N., *Prezantim në: "*Quaderni della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, Dipartimento della Programmazione, «Come coinvolgere il personale sulla Carta dei Servizi, I Laboratori 3, 1997, fq. 3. Gjithashtu të tjera referime në: FALCITELLI N., «Introduzione al numero "La Carta dei Servizi: implicazioni strategiche ed operative.» — H.S. Raffaele 19 marzo 1996», in *Quaderni della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari,* Dipartimento della Programmazione, n. 2, 1996, fq. 6-10.

[33] Cfr. FALCITELLI N., *op. cit.*, 1997, fq. 28.

[34] Cfr. Koch HCH., Motivating Staff through Teamwork: process review and display. Health Manpower Management, 1995, "*… Menaxhimi i cilësisë totale në shëndetësi është një mënyrë për të menaxhuar proçeset që sigurojnë një zbatim të përhapur të standardeve të cilësisë në çdo fushë të organizatës që punon për të përmirësuar efikasitetin dhe kompetitivitetin, si dhe aftësinë për t'iu përshtatur kushteve të reja në mënyrë fleksibile…*"

- ***Trajtimi i ankesave***, i cili është një mjet tipik i shprehjes së pakënaqësisë së individit në kontekste të ndryshme socio-ekonomike dhe që, pavarësisht nga origjina e ngjarjes së eksperiencës negative të përdoruesit, është një mjet i rëndësishëm për ndërgjegjësimin e situatës dhe përmirësim e mundshëm të shërbimit shëndetësore; veç kësaj, menaxhimi i tij i duhur me anë të *ricovery* (rimëkëmbjes), dmth "një sërë veprimesh që kompania duhet të marrë për të korrigjuar një gabim të mëparshëm dhe të rekuperojë konsumatorin," është sigurisht një mënyrë efektive për të marrë besnikërinë e tij[35].
- ***Udhëzues për pacientin***, broshura informacioni dhe numri pa pagesë, të cilat përbëjnë mjetet e shpejta dhe të menjëhershme të informacionit më të dobishëm për të komunikuar sjelljet dhe proçedurat në të cilat përdoruesi duhet të ndjekë në disa situata, të tilla si, për shembull, koha në të cilën duhet paraqitur në rast shtrimi në spital për shkak operacioni dhe gjërat për të marrë me vete, apo hapat e nevojshëm për tu ndjekur gjatë ofrimit të shërbimeve të caktuara si radiologjike, diagnostikuese, etj ..
- ***Sinjalistika (apo shenjat)***, "përbërë nga gjithësia e informacionit vizual (shenjat, shigjetat, numrat, ngjyrat, etj.), të cilat kanë për detyrë të ndihmojnë klientin të orientohet dhe të shkojë me lehtësi brenda strukturës, duke garantuar lirinë por sidomos autonominë e plotë të lëvizjes brenda kësaj strukture fizike, duke reduktuar në të njëjtën kohë kërkesën për informacione të mëtejshme që struktura duhet të përmbushë"[36].
- ***Media tradicionale***, ose postera të ndryshëm, gazetat, televizioni, radio, faqe interneti, Teletext, të cilët pavarësisht se në përgjithësi kanë një shpërndarje të kufizuar në mesin e instrumenteve të komunikimit të organizatave të kujdesit shëndetësor, mund të jenë mjete efektive për transmetimin e informacionit.
- ***Konferencat dhe takimet***, paraqesin mjetet efikase të përdorura nga profesionistë të shëndetit për të komunikuar me operatorët e brendshëm (takime) dhe për të përhapur imazhin e organizatës (takime, konferenca shërbimesh).
- ***Hulumtimet e tregut***, të cilat përbëjnë mjet efikas për të mbledhur në mënyrë periodike ose të rastit informacione dhe të dhëna mbi evoluimin e nevojave dhe pritjeve të përdoruesve brenda shërbimeve shëndetësore.
- ***Analiza e customer satisfaction (kënaqësisë së klientit)***, përmes të cilit është e mundur për të monitoruar nivelin e kënaqësisë së shfrytëzuesve për shërbimet shëndetësore të marra dhe të përcaktojë shkaqet e mundshme të pakënaqësisë, duke dhënë mundesinë të merren masat e duhura korrigjuese (për një analizë më të detajuar të konceptit *customer satisfaction*, do të flasim në kapitujt në vazhdim).

---

[35] Piraccini M., Il premio "vetrina" per le imprese, in Customer satisfaction Award 1998, Supplemento a Il Sole 24 Ore, 01 qershor, 1998, fq. 7: "Ankesa është një mundësi që i jepet konsumatorëve; trajtuar si duhet ajo është një mjet i fuqishëm besnikërie".

Hart Ch.W.L. – Heskett J.L. – Sassere W.E., The profitable art of service recovery, in Harvard Business Review, lugliogusht, 1990, fq. 148-156: "*A good recovery can turn angry, frustrated customers into loyal ones. It can, in fact, create more goodwill than if things had gone smoothly in the first place. […] But recovery is fundamental to service excellence and should therefore be regarded as an integral part of service company's strategy. […] To err is human; to recover, divine*".

[36] Ippolito A., La comunicazione nei processi di erogazione dei servizi, op. cit., fq. 120. Për më shumë informacion mbi sinjalistikën në organizatat e kujdesit shëndetësor: Ippolito A., La segnaletica nelle aziende sanitarie come strumento di comunicazione per la gestione dei flussi di clienti, in Mecosan, n. 18, 1996, fq. 84 e vazhdim...

Mjetet e komunikimit jo të mirefillta (të tipit *të nënkuptuar*) kanë gjithashtu një rëndësi të madhe për transmetimin e komunikimit, sidomos nëse janë të menaxhuara në mënyrë të ndërgjegjshme dhe të planifikuara nga ana e kujdesit shëndetësor për këto qëllime. Në këtë drejtim, mjete të tilla mund të identifikohen si më poshtë:

- ***Personeli i kontaktit***, i përbërë nga operatorët, shëndetesor dhe administrative, që veprojnë në kontakt të drejtpërdrejtë me përdoruesit, dhe që në bashkëveprim me këta të fundit ndikojnë në nivelin e perceptimit të shërbimit dhe të imazhit te gëzuar nga institucioni shëndetësor.
- ***Suporti fizik***, e cila përbëhet nga ndërtesa, objekte dhe pajisje të përdorura me qellim realizimin e procesit të ofrimit të shërbimeve; në këto mjete të komunikimit është gjithashtu pjesë edhe *layout*, pra si përdoren hapësirat dhe vendosja e objekteve dhe pajisjeve në vendin e duhur.
- ***Shërbimet e dhëna***, të cilat janë një mjet efektiv komunikimi i imazhit të korporatës, ndaj menaxhimi i saj duhet gjithashtu të marrë në konsideratë edhe këtë aspekt të rëndësishëm.
- ***Përdoruesit e shërbimeve***, të cilët përbëjnë një mjet për transmetimin e komunikimit që shpesh nuk konsiderohet plotësisht; perdoruesit, në fakt, komunikojnë me njëri-tjetrin si brenda sistemit të shpërndarjes ashtu dhe jashtë saj, kryesisht me anë të *thashethemit*[37], duke transferuar informacion pozitiv ose negativ nga përvojat e tyre.

1.5. Nevoja për konsistencë në programet e komunikimit

Një problem i madh që lind, megjithatë, në hartimin e programit të komunikimit është të sigurohet që të ketë qëndrueshmëri në mes të mesazheve të ndryshme që institucionet e kujdesit shëndetësor ne mënyrë eksplicite apo implicite dërgojnë, duke i përfshirë në një plan të vetëm strategjik që do të sigurojë zhvillimin e një marrëdhënie të besimit, konsensusit dhe besnikërisë me përdoruesit e tij dhe, në përgjithësi, me grupet e interesit.

Kjo e bën urgjente nevojën për të zhvilluar një strategji komunikimi që planifikon dhe koordinon mjetet e ndryshme të komunikimit eksplicite dhe implicite edhe në përputhje me objektivat e një natyre strategjike që institucioni shëndetesor dëshiron të ndjekë[38]. Në veçanti, mesazhet e transmetuara përmes mjeteve të komunikimit esplicite duhet të karakterizohen nga besueshmëria e tyre[39], përndryshe ekziston rreziku i krijimit të një distonie me të cilën institucioni shendetesor do të komunikojë përmes mjeteve të komunikimit implicite, e cila karakterizuar nga transparenca e saj perfaqeson identitetin e vërtetë të institucionit. Ekzistenca,

---

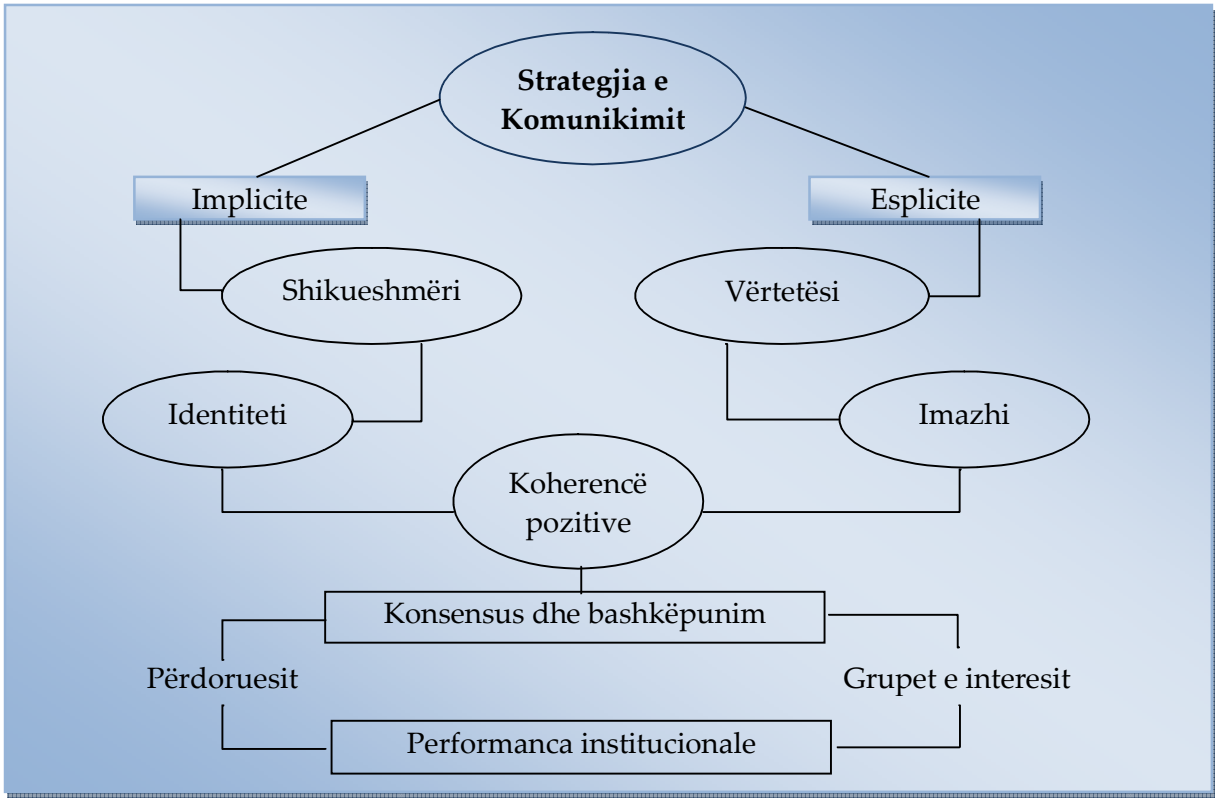
[37] A. Koxhaj, F. Tomini, Menaxhimi i Komunikimit, Tiranë, Prill 2006, fq. 77: *"… sistemet e thashethemeve, (të quajtura në literaturën angleze "grapevine" – si një mënyrë e fshehtë e dhënies apo marrjes së informacionit, apo shpërndarjen e lajmeve të reja nga një person tek një tjetër), janë menyra më efektive për të shpërndarë informacionin…"*

[38] Cfr.: Mele R., Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi, op. cit., f. e vazhdim.

[39] Mele R., Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi, op. cit., fq. 576-577: "*Në fakt është gjithashtu e lejueshme për një institucion, madje edhe ato të shërbimeve publike, të bëjnë të pamundurën për të akreditуar një imazh të vetin dhe produkteve të saj më mirë se realiteti (sidomos kur bëhet fjalë se kjo e fundit shfaqet me mëdyshje negative). Kjo, megjithatë, vetëm me kusht që imazhi të korrespondojë me një objektiv të raportuar të përmirësimit organizativ, të prodhimit dhe menaxhimit që institucioni synon të arrijë gjatë një periudhe kohore jo shumë të gjatë*".

megjithatë, e një qëndrueshmërie pozitive[40] në mes të imazhit që dëshirohet të komunikohet dhe identitetit efektiv të insitucionit zhvillon një lidhje konsensi, besimi dhe bashkëpunimi si tek përdoruesit ashtu edhe në grupet më të gjera të partnerëve të insistucionit, e cila do ti lejojë organizatës shëndetësore për të arritur më lehtë synimet e saj strategjike, me një efekt pozitiv në performancën dhe ecurinë e aktivitetit.

Fig.1.3.: Strategjia e komunikimit



Burimi: Adaptuar nga: Mele R., Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi, op. Cit., f. 578.

Një tjetër element që duhet të shënojë një strategji efektive brenda institucionit shëndetësor duhet të jetë karakteri i vazhdimësisë dhe konsistencës me kalimin e kohës; në fakt, programet e komunikimit rastësore nuk lejojnë të ketë një ndërveprim të vlefshëm dhe besnik me kompleksin e aktorëve të institucionit.

1.6. Etika e komunikimit në institucionet shëndetësore

Institucionet e Kujdesit Shëndetësor, ashtu si kundër institucionet e tjera në fushën e shërbimeve, luajnë nje rol të rëndësishëm në garantimin, përmes ofrimit të shërbimeve publike, e përmbushjes së nevojave të përdoruesve dhe komunitetit në përgjithësi, që nënkupton

[40] Di Gregorio R., L'azienda pubblica coinvolge il cittadino, op. cit., f. "*Jo pra një komunikim çorientues në lidhje me objektivat e sotme, por një komunikim i besueshëm për të arritur qëllimet e të nesërmes*".

krijimin e një komunikimi *nga* dhe *në drejtim* të mjedisit, bazuar në një dëgjim të kujdesshëm ndaj nevojave dhe pritjeve dhe reagimin ndaj tyre si përmes ofrimit të shërbimeve, karakteristika të cilat janë në gjendje për ti dhënë një përgjigje konkrete këtyre pritjeve dhe nevojave, ashtu dhe përmes organizimit të mjeteve të komunikimit që janë në gjendje të zhvillojnë një lidhje me përdoruesit, dhe aktorët e tjerë, bazuar në transparencë dhe besim të ndërsjellë.

Kjo përbën, siç u tha më parë, problemin e konsistencës të programit të komunikimit zhvilluar nga institucioni shëndetësor, por edhe të sjelljeve apo reagimeve që institucioni shfaq gjatë kesaj faze. Ndaj institucioni në fjalë, duhet së pari të përcaktojë objektivat e komunikimit që dëshiron të arrijë: në fakt, përtej atyre që mund të jenë objektivat që të tilla institucione në përgjithësi ndjekin, autoriteti shëndetësor mund të kryejë një program të komunikimit *ad hoc* për një qëllim të veçantë për t'u arritur, të tilla si, për shembull, programimi i një fushate *screening* për njerëzit në rrezik. Së dyti, duhet të merret në konsideratë dhe të garantohet se ajo që komunikohet në mënyrë efektive korrespondon me realitetin e institucionit, e cila është në të vërtetë në koherencë me tipologjinë dhe cilësinë e shërbimeve që institucioni është në gjendje të ofrojë. Është e vërtetë se normativat e fundit që promovojnë zhvillimin e politikave të komunikimit në shërbimet publike në vendet në zhvillim, mund të stimulojnë institucionin e kujdesit shëndetësor të përdorë politika dhe instrumente shpesh herë të paqarta dhe kontradiktore të komunikimit, sidomos në lidhje me krijimin e imazhit të institucionit[41]; megjithatë, autoriteti shëndetësor duhet të sigurojë që një sjellje e tillë të mos dëmtojë besueshmërinë, duke parandaluar shfaqjen e një hendeku të komunikimit eksplicite dhe implicite. Nevoja për qëndrueshmëri në mes të asaj që është komunikuar dhe identitetit efektiv insitucional i përgjigjet, ndër të tjera, aspekteve etike të komunikimit: "*kur kompania flet, merr përsipër të nderojë fjalën e saj. Nëse kjo nuk ndodh, ajo do të humbasë legjitimitetin, besueshmërinë, autoritetin e saj, dhe kjo nuk do të pasohet nga ndonjë efekt pozitiv*[42]."

Deklarata nuk duhet të jetë e habitshme, në fakt, edhe pse studiuesit kanë shqyrtuar çështjet etike, në shumicën e rasteve, në sferën e studimeve të tyre në kompani që operojnë në tregun e lirë, parimet etike mund të marrin një vlerë të caktuar edhe për Administratën Publike dhe të institucioneve që operojnë në sektorin e shërbimeve publike. Pjesa tjetër nuk mund të jetë ndryshe veçse në funksion të qëllimit social, edhe pse vetëm kohët e fundit vëmendja tek çështjet etike në sektorin publik ka pasur një "njohje duke miratuar iniciativa të ndryshme në nivelin rregullator dhe jo"[43] (Kodi etik i sjelljes, Karta e Sherbimit, Kodi i Etikës së kompanive që operojnë për publikun, etj.).

Tensioni i fortë etik në sektorin publik, i cili është i dallueshëm në epërsinë midis sferës sociale (përmbushjen e pritjeve sociale) krahas asaj të biznesit (kthimi adekuat i kapitalit të investuar,

---

[41] Normann R., La gestione strategica dei servizi, Etas Libri, Milano, 1992, f. 138-139: "*Megjithatë, në rrethana të caktuara, management mund të zgjedhë të krijojë qëllimisht një hendek midis realitetit dhe imazhit, me shpresën se një imazh i projektuar fuqishëm për të ardhmen krijon një sjellje që riformulon realitetin. Kjo është një strategji e rrezikshme, e cila është përdorur shpesh në mënyrë të gabuar, por e kemi parë të përdoret edhe në një mënyrë krijuese nga lider të aftë dhe inovativë. Suksesi i kësaj strategjie do të varet tërësisht nga fakti se imazhi mund të ndryshojë vërtetë veprimet në mënyrë të shpejt duke ruajtur kredibilitetin e menaxhimit*".

[42] Weil P., Communications oblige!, Franco Angeli, Milano, 1991, fq. 165.

[43] Alberti A.M., Il codice etico delle imprese che operano per lo Stato: riflessioni e prospettive, in Funzione Pubblica, n° 3, 1995.

ROI – *Return of Investment*), të çon në një ndikim të rëndësishëm të objektivave sociale kundrejt atyre me natyrë ekonomike, që kanë të bëjnë me menaxhimin e këtyre institucioneve, dhe, për këtë arsye, kundrejt kërkesave të transparencës dhe konsistencës që duhet të karakterizojnë mesazhet e dërguara, qoftë në mënyrë eksplicite ose implicite.

Konsistenca e politikave të miratuara të komunikimit gjithashtu nënkupton, për autoritetin shëndetësor, nevojën për të zotëruar një mënyrë që reflekton imazhin dhe mesazhet e komunikuara, për të zhvilluar ose mbështetur një marrëdhënie besimi reciprok me përdoruesit dhe mjedisin në përgjithësi; në fakt, "nga pikëpamja e ofruesit të shërbimeve, për të krijuar një marrëdhënie do të thotë të bëhen *premtime*, për të mbajtur një marrëdhënie të duhet *të mbahen premtimet*, dhe më në fund, për të zhvilluar dhe forcuar një marrëdhënie do të thotë që të *bëhen një seri premtimesh të reja duke mbajtur pa ndryshim premtimet e mëparshme*"[44]; Komunikimi është, pra, një mjet i domosdoshëm që institucioni shëndetësor mund të përdorë për të dhënë një përgjigje nevojës, e cila ndihet gjithnjë e më shumë në sektorin e shëndetësisë, për të vënë në një bazë të re rolin e shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore, duke krijuar atë që tani përcaktohet me termin *empowerment*[45], ose ndryshe realizimi i një orientimi që e bën përdoruesin në të njëjtën kohë protagonist aktual të shërbimeve shëndetësore, duke marrë parasysh ezigjencat e ndryshme të pjesëmarrjes dhe vetëvendosjes në proçesin e shperndarjes që shprehin përdoruesit për shkak të nivele kulturore të ndryshme, nevojave, eksperiencave te mëparshme, etj..

Në këtë drejtim, roli i komunikimit në ndërtimin e marrëdhënieve që është ndërtuar në proçesin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore ndërmjet përdoruesit dhe mjekut është pa dyshim thelbësore për të dy aktorët. Në të vërtetë, ekzistenca e një procesi të përbashkët të komunikimit rrit nivelin e informimit dhe ndërgjegjësimit të përdoruesve, duke induktuar një përdorim sa më racional të shërbimeve shëndetësore; në këtë drejtim, një studim ka treguar se rritja e nivelit të njohurive të individeve, ul kërkesën e ndërhyrjeve kirurgjikale jo-urgjente[46]. Gjithashtu rrit aftësinë për të marrë vendime në lidhje me nevojat shëndetësore, duke mbajtur në konsideratë të gjithë faktorët që ndikojnë ato[47].

---

[44] Gronroos Ch., Management e marketing dei servizi, ISEDI, Torino, 1994, f. 143.

[45] Piccardo C., Empowerment, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995, f. 66: "[…] ***empowerment*** *është një proçes, organizativ dhe individual, përmes të cilit njerëzit duke u nisur nga një situatë disavantazhi, bëhen "të fuqizuar" (empowered), pra forcojnë kapacitetet e tyre për zgjedhje, vetëvendosje dhe vetë-rregullim, duke zhvilluar paralelisht ndjenjën e vetë-vlerësimit dhe të kontrollit mbi situatën e punës, respektin për veten e tyre dhe vetë-efikasitetin, duke reduktuar edhe ndjenjat e pafuqisë, frikës dhe mosbesimit, ankthin, tensionin dhe tjetërsimit negative*".

[46] Domenighetti G. – Casabianca A. – Gutzwiller F. – Martinoli S., Revisiting the most informed consumer of surgical services, in International Journal of Technology Assessment in Health Care, n. 9, 1993, fq. 512: "[…] *This study suggests that as economic barriers to health care are removed and qualified information becomes more widely available, demand for surgical services may decrease and tend to reach the level of physician-patient consumption*".

[47] Ovadia D., Anche il cittadino può decidere, in Il Sole 24 Ore Medicinale, n. 2, novembre, 1998, fq. 3: "*Në kundërshtim me atë që mendojnë shpesh administratorët publikë dhe mjekët, njerëzit të privuar nga njohuri të specializuara, një herë të informuar siç duhet, janë në gjendje të marrin vendime duke marrë parasysh të gjithë faktorët në lojë: të hollat e shpenzuara, provat apo dëshmitë shkencore pro ose kundër një praktike të veçantë, por edhe vullnetin e të sëmurëve, e cila është drejtuar shpesh nga vlerat jo- racionale, por jo domosdoshmërisht më pak e rëndësishme. Për të demonstruar këtë, është interesante të përjetohet eksperimenti i kryer në 1996-97 në qytetin e Birmingham. Në ato vite, janë krijuar gjashtë juri popullore me detyrën për të informuar dhe ndihmuar administratorët në vendimet që kanë të bëjnë me shëndetin. Eksperimenti u vlerësua pozitivisht si nga qytetarët, të cilët u ndjenë të përfshirë në zgjedhje të vështira, ashtu edhe nga politikanët, të cilët në sajë të bashkëpunimit të*

Cilësia e marrëdhënies së komunikimit që zhvillohet në mes të mjekut dhe publikut është gjithashtu e rëndësishme edhe për mjekun, i cili shpesh përjeton një situatë të *frustrimit* lidhur me pamjaftueshmërinë e këtij raporti[48] dhe, përveç kësaj, pasigurisë të vetë mjekësisë si shkencë[49]; në këtë drejtim, "sipas Zyrës së Kongresit Amerikan për vlerësimin e teknologjive të shëndetit, vetëm 10-20% e shërbimeve mjekësore bazohen në rezultate të studimeve *randomized*. Kjo do të thotë se performanca 80-90% nuk është e bazuar në fakte shkencore"[50], kësaj të fundit duhet ti shtohet ndryshueshmëria e informacionit në dispozicion të mjekëve[51].
Sigurisht, për sa konfirmuar hedh në dritë rëndësinë që duhet të atribuohet ekzistencës së një qëndrueshmërie në mënyrën se si janë përdorur mjetet e ndryshme të komunikimit. Në veçanti, autoriteti shëndetësor nuk duhet të theksojë shumë rolin e mjeteve të papërcaktuara të komunikimit (Karta e Shërbimit, broshura, postera, etj.) në kurriz të asaj me natyrë personale nga punëtorët shëndetësor, sidomos ata që punojnë në kontakt me përdoruesit. Në fakt, efektiviteti i një politike të komunikimit të një institucioni që punon ngushtë me përdoruesit e saj, të tilla si kujdesi shëndetësor, varet nga mesazhet që operatorët në mënyrë eksplicite ose implicite transmetojnë në kontaktet e tyre me përdoruesit. Vijon se autoriteti shëndetësor duhet të motivojë dhe të trajnojë operatorët në mënyrë të përshtatshme, për t'i bërë ata të vetëdijshëm për rëndësinë e rolit të tyre edhe në aspektin e komunikimit[52].

---

jurive arritën të përfitonin disa vota më shumë. Nga ana tjetër edhe administratorët publikë janë shpesh të keq - përgatitur në fushën shëndetesore, por megjithatë, në shumë vende, janë ata që përcaktojnë prioritetet".

[48] Cfr.: Levinson W. – Stiles W.B. – Inui T.S. – Engle R., Physician frustration in communicating with patients, Medical Care, vo. 31, n. 4, 1993.

[49] Cfr. : Eddy D.M. – Billings J., The quality of medical evidence: implications for quality of care, in Health Affairs, Spring, 1988: "Pasiguria e rrethuar nga gjendja e dijes, e cila gjithashtu nuk lejon të përcaktohet nëse një praktikë e veçantë mjekësore është e përshtatshme apo jo, përcakton një lloj justifikimi etike të fenomenit kërkesë – ofertë:, "*En effet la justification éthique à la pursuite d'une médicine <maximale> et/ou <défensive> sera <toujours> donnée par l'importante marge de manoeuvre représentée par l'incertitude professionnelle propre à l'exercice d'un art stochastique comme la médecine*". Domenighetti G., Incertitude médicale: justification éthique de la demande induite, in Journal d'Economie Medicale, n. 7-8, 1995.

[50] Domenighetti G., Educare i consumatori a rimanere sani, in L'Arco di Giano, n. 10, 1996, f. 62.

[51] Liberati A., SOS nel mare delle informazioni, in Il Sole 24 Ore Medicinae, n. 2, novembre, 1998, fq. 8: "*Pavarësisht rënies së kredibilitetit të mjekësisë zyrtare, të dhënat e disa hulumtimeve të bëra në Itali dhe jashtë vendit thonë se njeriu "i rrugës" e mendon mjekësinë si shkencë e saktë, dhe ka tendencë të atribuojë kryesisht një kompetencë më të madhe apo më të vogël në varësi të mendimeve mjekësore të cilat përballet kur konsultohet me dy specialistë apo shkon në struktura të ndryshme. Në anën tjetër shpesh nuk e di se baza për këtë ndryshueshmëri të mendimeve dhe sjelljeve është ndryshueshmëria e madhe e informatave në dispozicion*".

[52] Koch H., Qualità totale nel management della sanità, Centro Scientifico Editore, Torino, 1995, f. 134: "*Të gjithë punonjësit e kujdesit shëndetësor, qofshin ata drejtorë, administratorë, infermierë, mjekë, të tjerë të diplomuar jo mjekësorë apo stafi per pritjen e publikun, shpesh përballen me situata që kërkojnë një nivel të lartë kompetence, besueshmërie dhe komunikimi. Pacientët duhet të ndihmohen me ndjeshmëri, veçanërisht nëse janë të shqetësuar, nervoz, të pakënaqur. Në rast të mosmarrëveshjeve, menaxhimi duhet të jetë i kujdesshëm*".

PJESA E DYTË

MATJA E CUSTOMER SATISFACTION

"Customer satisfaction is worthless. Customer loyalty is priceless."

Jeffrey Gitomer

"Quality in a service or product is not what you put into it.
It is what the client or customer gets out of it."

Peter Drucker

2.1. KËNAQËSIA E KONSUMATORIT: NJË QASJE E RE

Organizatat sot propozojnë, në mes të shumë qëllimeve, përmirësimin e aftësive të tyre për të dëgjuar dhe "përgjuar" nevojat dhe vlerësimet e cilësisë të perceptuar nga konsumatorët dhe mbi sistemet e referimit. Në bazë të kësaj ideje, vetëdija që të "trajtosh" klientin, gjeneron shumë më tepër vlerë se një fokus i ngushtë në aktivitetet e shitjeve[1].
Një nga mjetet më të përdorura për këtë qëllim - e drejtpërdrejtë të njohë, në mënyrën më objektive dhe përfaqësuese të mundshme, vlerësimin dhe shkallën e kënaqësisë së klientëve të saj në lidhje me produktet / shërbimet e ofruara, duke identifikuar pikat kritike, planin e veprimit për përmirësim dhe duke krijuar qëllime të ardhshme të fokusuara drejt nevojave të konsumatorit - është matja e kënaqësisë së përdoruesit, më zakonisht e referuar si "*customer satisfaction*". Në fakt, avantazhi konkurrues nuk vjen aq shumë nga menaxhimi i burimeve fizike dhe financiare, se sa nga aftësitë e kompanisë për të përshtatur aktivet jo-materiale të tilla si njohuritë, R&D dhe teknologjinë informative, kërkesave të klientit[2].
Kënaqësia e klientit është një koncept qëndror në mendimin dhe praktikën e marketingut modern: nëse organizata eshe në gjendje të kënaqë klientin / përdorues, përcakton një përfitim në aspektin e fitimeve me një rritje pasuese në nivelin e përgjithshëm të cilësisë. Ajo lejon takimin e nevojave të shprehura nga ana e përdoruesve, të tregut dhe të shoqërisë në

[1] Cfr. BERENSCHOT, *Modelli di management. Idee e strumenti,* Pearson Education Italia S.r.l., 2005, f. 62: "Nëse arrihet të identifikohen saktë klientët më të vlefshëm, duke i mbajtur dhe rritur blerjet e tyre, mund të gjenerohet më shumë vlerë se sa një qasje *one size fits all* ("një masë për të gjithë")". Mund të shikohet dhe F. BARBARINO, *Sistemi avanzati di gestione aziendale,* IPSOA, 2006, f. 94: "Ka qenë prej kohësh e njohur se të fitohet një klient është shumë më shtrenjtë se sa të mbahet një ekzistues: një deklaratë e vlefshme për çdo lloj biznesi dhe në çdo sektor. Marrëdhënia me konsumatorin duhet të ndiqet me kujdes, çimentuar në të gjitha mënyrat e mundshme: për ndërmarrjet që përdorin internetin për të bërë marketing, e-commerce, shërbime, është një rregull edhe më e rëndësishme."

[2] Cfr. KAPLAN R.S.,NORTON D.P. (2006), «Come attuare una nuova strategia senza danneggiare la propria azienda», *Harvard Business Review,* novembre, f.66.

përgjithësi[3]. Për këtë arsye, *customer satisfaction* së bashku me cilësinë e shërbimit, aktualisht përfaqësojnë qëllimet dhe objektivat kryesore në organizatat e sotme, qofshin ato publike dhe private: një klient i kënaqur është mjeti i domosdoshëm nga i cili krijohet një avantazh i qëndrueshëm në mjediset konkurruese[4]. Kohët e fundit, kënaqësia e përdoruesit në kontekstin e kujdesit shëndetësor është integruar gjerësisht në masën e "cilësisë totale" të organizatave në fjalë, veçanërisht në lidhjen mes kënaqësisë dhe respektimit të pacientit ndaj kurave dhe trajtimeve mjekësore[5].

Pavarësisht se shpesh ngatërrohen me njëri-tjetrin dhe përdoren si sinonime, kënaqësia dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimeve, janë dy gjera të ndryshme. *Cilësi*, do të thotë akt gjykimi apo vlerësim në lidhje me performancën, e cila përfshin madhësi të ndryshme specifike për shërbimin e ofruar; shpesh herë i referohet disa prej faktorëve të jashtëm si çmimi dhe reputacioni i strukturës. *Kënaqësia*, megjithatë, është përcaktuar si një përgjigje e plotë në të cilën përdoruesi shpreh nivelin e tij të kënaqësisë *vs* mospëlimit; ajo është në thelb e bazuar në pritjet e ndërtuara nga përvojat e kaluara në lidhje me shërbimin e marrë[6]. Edhe pse cilësia e perceptuar e shërbimit mund të zbulohet për çdo transaksion të veçantë ose përvojë me shërbimin, ajo tenton të bëhet e përgjithësuar dhe të zgjasë më gjatë se kënaqësia e cila, megjithatë, është e rastit dhe specifike në lidhje me përvojën që përdoruesi ka pasur me shërbimin[7]. Për më tepër, ndërkohë që cilësia e shërbimit konsiderohet gjerësisht një konstrukt thelbnjohës, për t'iu referuar kënaqësisë, veçanërisht kohët e fundit, duhet të bazohesh në të dy komponentët si emocional ashtu edhe njohës që konsiderohen si një konstrukt më kompleks dhe të artikuluar[8].

Standartet ISO 9001 në lidhje me kënaqësinë e klientit specifikojnë se "*organizata duhet të zbulojë dhe analizojë informacionin nga perceptimi i konsumatoreve të saj pasi i ka përmbushur kërkesat e saj. Ky aktivitet është një nga vleresimet e performancës të sistemit të menaxhimit të cilësisë. Veprimtaria duhet të jetë e organizuar dhe sistematike, duhet të jenë të identifikuar proçedurat dhe kriteret për mbledhjen e të dhënave dhe përdorimin e tyre.*"

Përkufizime të tjera të kënaqësisë së përdoruesit mund të gjenden në literatura të ndryshme.

Një përkufizim i rradhës i C.S. është "*perceptimi subjektiv i klientit në lidhje me përmbushjen e pritshmërive të tij në bazë të shërbimit që ka marrë*", dhe termi i kënaqësisë i referohet pra, gjendjes emocionale që e shoqëron deri në arritjen ose përmbushjen e një nevoje apo dëshire[9].

Një tjetër mënyrë për të parë CS është cilësia e perceptuar e një produkt / shërbimi e kuptuar si "*shkalla e kënaqësisë që një shërbim mund të japi për nevojat, pritshmëritë dhe dëshirat për një klient të veçantë"*, pasi vlerësimi i cilësisë përkon me matjen e kësaj kënaqësie[10].

---

[3] Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction. Në V.A. Zeithaml (Eds.), *Review of Marketing*. Chicago, IL: American Marketing Association, 68-123.

[4] Patterson, P., Johnson, L., & Spreng, R. (1997). Modeling the determinants of customer satisfaction for business-to-business professional service. *Journal of Academic Marketing Science, 25*, 4-17.

[5] Newsome, P.R.H., & Wright, G.H. (1999). A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. British Dental Journal, 186 (4), 161-165.

[6] Oliver, R. (1997). Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer. London: McGraw-Hill.

[7] Martinez-Tur, V., Silla, J.M.P., & Ramos, J. (2001). *Calidad de servicio y satisfacciòn del cliente*. Madrid: Sìntesis.

[8] Oliver, R., *op. cit*. 1997.

[9] Galimberti U., Fjalor i Psikologjisë "*Le Garzatine*", 1999.

CS në fushën e shëndetësisë, atëherë mund të kuptohet si "*perceptimi subjektiv i pacientit rezultuar nga kapaciteti i shërbimit të marrë për të kënaqur pritjet e tij për zgjidhjen e problemeve shëndetësore, modalitetet relacionale (konsideratat, plotësimi dhe kuptueshmëria e informacionit, mirësjellja, etj.) dhe komoditetin e mjedisit*".

Një aspekt problematik që ka të bëjë me këtë temë në kujdesin shëndetësor është se shumë prej këtyre studimeve janë të lidhura kryesisht në kuadrin komercial (bizneseve private) ku prej disa vitesh kënaqësia e klientit hetohet në detaje. Disa përkufizime përshkruajnë kënaqësinë si rezultat i përvojës së konsumit të përjetuar nga klient / pacienti në drejtim të, për shembull, gjëndjes njohëse karakterizuar nga ndjenja apo jo e shpërblimit në mënyrë adekuate për sakrificat e bëra[11] ose përgjigje afektive kundrejt përvojave lidhur me produkt / shërbimin e blerë[12]. Përkufizime të tjera theksojnë kënaqësinë e proçesit të vlerësimit themelor, si një përgjigje e dhënë nga ana e përdoruesit për vlerësimin e një mospërputhje të perceptuar në mes të pritjeve të mëparshme dhe performancës se produkt / shërbimit[13].

Qasja për kënaqësinë si një proçes, duke pasur parasysh të gjithë përvojën e konsumatorit dhe duke i dhënë më shumë vëmendje proçeseve të vlerësimit, perceptimit dhe proçeseve psikologjike, është më e dobishme dhe më me interes se sa përqëndrimi vetëm në rezultatin final. Në këtë perspektivë, kënaqësia e konsumatorit mund të konceptohet si një element i një modeli më të ndërlikuar dhe të hollësishëm të sjelljes së klientit / përdorues e cila mund të zhvillohet me kalimin e kohës[14]. Kënaqësia e konsumatorit krahas një shërbimi, që rezulton nga krahasimi i perceptimit të shërbimit të marrë në lidhje me pritjet e mëparshme të konsumatorit, do të ndikojë në vlerësimin, ndjenjat, dhe tendencat e veprimit në drejtim të shpërndarësit të shërbimit, pse jo edhe në sjelljet e ardhshme që klienti do të ketë kundrejt shërbimit të dhënë.

Ndërsa *pritshmeritë* reflektojnë parashikimin e performancës nga ana e konsumatorit, në fazën pas blerjes se një produkti dhe / ose ofrimit të një shërbimi, *performanca* është në rezultatin përfundimtar (mënyra efektive për të blerë një produkt ose ofrimit të shërbimeve) ashtu siç është përjetuar nga ana e konsumatorit.

Vlerësimi i përmbushjes së nevojave (*satisfaction*) vjen nga hendeku i mospërputhjes në mes të pritshmërive dhe performancës përfundimtare. Konsumatori do të jetë i kënaqur kur niveli i kryerjes së shërbimit do të jetë më i lartë se, ose të paktën e barabartë me nivelin e pritur dhe

---

[10] Quartapelle A.Q., *Customer Satisfaction* eds McGraw-Hill, 1994.

[11] Howard, J.A., & Sheth, J.N. (1969). The Theory of Buyer Behavior. New York: John Wiley.

[12] Westbrook, R. A., & Reilly M.D. (1983). Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction. Në R. P. Bagozzi & A. M. Tybout (Eds.), Advances in Consumer Research, vol. 10. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 256-261.

[13] Mund të referoheni në: Oliver, R.L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research, 17(4), 460-469; Yi Y. *op. cit.* 1990.; Tse, D.K., & Wilton, P.T. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. Journal of Marketing Research, 25, 204–212.

[14] Ju lutem shikoni: Beardon, W.O., & Teele, J.E. (1983). Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. Journal of Marketing Research, 20(1), 21-28.; Day, R.L., & Landon, E.L. (1977). Toward a Theory of Consumer Complaining Behaviour. Ne A.G. Woodside, J.N. Sheth, & P.D. Bennett (Eds.), Consumer and Industrial Buying Behavior. New York, NY: North-Holland.; Davis, M.M., & Heineke, J. (1998). How disconfirmation, perception and actual waiting times impact customer satisfaction. International Journal of Service Industry Management, 9(1), 64-73.

parashikuar nga ana e tij. Konsumatori mundet, megjithatë, të jetë i pakënaqur kur niveli i performancës së shërbimit në përgjithësi do të jetë më poshtë se pritjet.
Në këtë perspektivë, kënaqësia mund të përcaktohet, ose si një funksion i ndryshimit ndërmjet perceptimeve të konsumatorëve dhe pritjeve[15], ose si rezultat i proçesit të mohimit / konfirmimit të pritjeve nga perceptimet e performancës (*expectancy diconfirmation model* Oliver, 1980, 1981).

2.2. CUSTOMER SATISFACTION SI NJË MODEL PER MATJEN E EFIKASITETIT

2.2.1. Customer satisfaction: parimet dhe modelet e menaxhimit

Nga momenti kur evoluimi i formave të konkurrencës ka bërë të mundur zgjerimin e tregjeve, kanë ndryshuar parametrat e vlerësimit, objektivat, dhe për këtë arsye mënyrat dhe strategjitë në të cilat operojnë bizneset e të gjitha sektorëve të ekonomisë. Faturimi (xhiroja), e konsideruar si një element per matjen e vlefshmërisë së biznesit, nuk është më e mjaftueshme: për këtë qëllim, ka ndërhyrë një faktor i ri vlerësimi: *aftësia e istitucioneve për të menaxhuar rezultatet afatgjata*. Arritja e këtij qëllimi përfshin një revolucion në mënyrën e konceptimit të biznesit. Nuk është më një mjet për të krijuar pasuri, por një funksion për të përmbushur një detyrë të tregut: një funksion me mundësi të mira parashikimi për të ardhmen e istitucionit; një performance e mirë kundrejt tregut. Dhe për të permbushur këtë kërkesë shkohet vetëm në një mënyrë: *duke fituar në mënyrë të vazhdueshme dhe me kalimin e kohës konsumatorin e vet*. E vetmja mënyrë e mundshme për të mbajtur një lidhje të vazhdueshme me konsumatorët e tyre, istitucionet e gjejnë në përmbushjen e vazhdueshme të nevojave të tyre për të arritur besimin dhe, besnikërinë e tyre; prandaj është e nevojshme të dinë vazhdimisht kënaqësinë e tregut në drejtim të produkteve apo shërbimeve që ata kërkojnë. Kështu lind filozofia e re e *customer satisfaction*, një menyrë intriguese e hapur për zgjidhje të reja, projektuar pafundësisht për të ardhmen, me rrënjë të forta në të kaluarën dhe të tashmen, duke interpretuar më gjërësisht fushën e marketingut.
Lidhur ngushtë me customer satisfaction është koncepti i *cilësisë*. Siç është shpjeguar tashmë në paragrafin e mësipërm, cilësia është i vetmi parametër i perceptuar në shkallën e efektivitetit dhe efikasitetit të shërbimeve, nënkuptuar si rezultat i një proçesi ose më mirë i një sekuence logjike të aktiviteteve shumë lehtë të identifikueshme, të matshme dhe të vleresueshme. Në mënyrë të veçantë, referencat në proçesin e ofrimit të shërbimeve janë të përbërë nga:

- *Efikasiteti*, raporti ndërmjet sasisë së shërbimeve të ofruara dhe burimeve të përdorura;
- *Efektiviteti*, shkalla e kënaqësisë të nevojave dhe dëshirave të klientit;
- *Cilësia*, grup i efikasitetit dhe efektivitetit (shkallë e kënaqësisë së pritjeve të klientit me kosto minimale).

[15] Anderson, R.E. (1973). Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. Journal of Marketing Research, 10, 38-44. Gjithashtu mund te shihet edhe: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research. *Journal of Marketing, 58,* 111-124.

Duhet vënë në dukje, se gjykimi në lidhje me cilësinë e një shërbimi rrjedh nga efektiviteti në kënaqësinë e klientit (*kënaqësinë e konsumatorit*) dhe nga efikasiteti në drejtimin e proçesit të ofrimit të shërbimeve (*menaxhimin e proçesit*).
Ndër parimet e reja që kanë dalë mbas viteve 80', ka marrë rëndësi të veçantë cilësia e përgjithshme, e cila nuk ka të bëjë vetëm me zbatimin e një parimi thjesht teknik ose të brëndshëm i *zero products defects*, por me aftësinë e përgjithshme të firmës për të qenë në gjendje të lidhë sistemin e biznesit me nevojat reale të shprehura nga klientët. Evolucioni i mëtejshëm i skenarit konkurrues në fillim të viteve 90', së fundi, ka çuar në miratimin e parimeve të *customer satisfaction*, e kuptuar si "*disiplinë e menaxhimit që shpreh qartë aftësinë e ndërmarrjes për të gjeneruar vlerë për konsumatorët, duke parashikuar dhe menaxhuar pritjet e tyre dhe duke treguar aftësi dhe përgjegjësi për të përmbushur nevojat e tyre*[16]". Orientimi menaxherial i *customer satisfaction*, për këtë arsye, mund të interpretohet si një zgjerim i modeleve organizative të cilësisë totale, në lidhje me integrimin midis marrëdhënieve të brendshme dhe të jashtme të istitucionit, të nevojshme nga kërkesat dhe përhapjen e ndryshimeve që duhet të ndërmerren për të ofruar produkte dhe shërbime në përputhje me pritjet e tregut.
Rëndësia e *customer satisfaction* si një objektiv strategjik është mbështetur nga disa tendenca të zhvilluara të raportit kërkesë - ofertë të cilat janë të dukshme në ekonomitë e avancuara dhe që varen nga[17]:

1. *Rritja progresive e presionit konkurrues* (përhapja e teknologjive të reja, fleksibiliteti i proçeseve të prodhimit; zhvillimi i biznesit ndërkombëtar dhe globalizimi i tregjeve).
2. *Dinamika e evoluimit të kërkesës* (testimin e produkteve / shërbimeve të cilësisë së lartë; integrimin e grupimeve të nevojave);
3. *Rritja e kompleksitetit teknologjik të produkteve / shërbimeve* (vështirësitë e formulimit të kritereve të përzgjedhjes; shpenzimet në rritje të kërkim / përpunimit të informacioneve dhe të mësuarit);
4. *Burime të reja të avantazheve konkurruese*.

Në këtë kontekst, orientimi i klientit tregon specifikat e mundshme të ndryshueshmërisë së kërkesës në përputhje me njohuritë në dispozicion të istitucionit, duke lejuar ndërhyrjen aktive të istitucionit në proçesin e konsumit.
Për këtë qëllim janë veçanërisht të rëndësishme burimet e istitucionit të bazuar në besim. Besnikëria ndaj markës, imazhi i korporatave, marrëdhëniet me klientin, rrjedhin nga aftësia për të rritur nivelin e *customer satisfaction* dhe vlerave konsekuente të ofruar në treg. Rëndësia që kjo qasje merr si qëllim mbijetesën dhe suksesin e biznesit, rrjedh direkt nga lidhjet rrethore të rastësisë mes *customer satisfaction*, burimeve të paprekshme dhe përparësisë konkurruese të biznesit, të përcaktuar si një rreth virtuoz.

[16] Cfr. VALDANI E., BUSACCA B., Custmer satisfaction: una nuova sfida», «Economia e Management», n. 2, 1992.
17 Cfr. Busacca B., *Le risorse di fiducia dell'impresa: soddisfazione del cliente, creazione del valore, strategie di accrescimento*, Utet, Torino, 1994.

Fig 1. – *Lidhjet rrethore të rastësisë*



Burimi: Valdani E., Busacca B., 1995

Nga pikëpamja teorike këto janë identifikuar më mirë duke iu referuar tre aspekteve kryesore:

1. *proçesit të krijimit të vlerës*, si kapacitet i rritjes së aktiveve jo-materiale me një bazë fillestare të diturisë dhe besimit;
2. *komunikimi si një gjuhë organizative*, nëpërmjet të cilit istitucioni shpreh kohezionin e saj duke përfshirë konsumatorët në një pjesmarrje integrale në proçeset e biznesit në mënyrë që të jenë transparente marrëdhëniet ndër - funksionale duke mundësuar atë që është vizioni i përbashkët drejt misionit të biznesit, dhe duke u fokusuar në rritjen e vlerës si të aseteve ekonomike ashtu edhe të njohurive të institucionit;
3. *proçesit të krijimit të mjedisit*, pra istitucioni si një sistem veteprodhues në kontekstin e të cilit vepron dhe krijohen marrëdhënie me grupet e interesuara.

Në praktikë, arsyeja që ka vendosur kënaqësinë e konsumatorëve në krye të problemeve menaxheriale mund të gjendet në kontabilizimin e kostove që rrjedhin nga pakënaqësia e konsumatorëve, të cilat një pjesë janë lehtësisht të identifikueshme (kostot operative në menaxhimin e kërkesave, garancive, kujdesit ndaj konsumatorëve dhe zbatimin e kërkimit dhe analizave për të matur kënaqësinë e konsumatorit) dhe disa nuk janë (kostot indirekte), sepse rezulton të jetë e vogël përqindja e konsumatorëve të pakënaqur që manifeston statusin real (shumica janë të heshtur).

Ndjekja në rritje e pasurisë së burimeve të paprekshme, përmes përmirësimit të *customer satisfaction*, kërkon zhvillimin e modeleve të menaxhimit. Modelet tradicionale të biznesit janë gjithmonë efektive për të kuptuar dhe menaxhuar pasojat e ngjarjeve të shfaqura. Në realitetin bashkëkohor të mjedisit, përshkruhet një model i ri i biznesit, proaktivë, në gjendje të përcaktojë mënyrat e reja të menaxhimit dhe proçese të reja të orientimit ndaj tregut, me qëllim për të reduktuar dobësitë e modeleve klasike, por, njëkohësisht, per të privilegjuar dhe plotësuar pikat e forta të saj. Në të shfaqet një kërkesë e re strategjike: "*kërkimi dhe krijimi i vlerave të përbashkëta për të krijuar dhe forcuar avantazh të rëndësishëm pse jo dhe të përhershëm konkurrues, dhe sa më pak i imitueshëm nga rivalët*[18]".

[18] Cfr. VALDANI E., L'impresa proattiva, në «Economia & Management», n. 4, 1992.

Kështu është e qartë se këto vlera organizative, që rrjedhin nga aftësitë e *market driven*, janë shtyllat ideale që mbajnë istitucionet pro-aktive. Në veçanti, ato janë:

- *Orientimi ndaj konsumatorëve*, duke theksuar njohjen se aftësia për të përmbushur plotësisht pritjet e kërkesës, është mbrojtja më e mirë kundër manovrave konkurruese, pasi identifikon klientin si pasuri kryesore kapitale për ta mbrojtur dhe vleresuar me kalimin e kohës;
- *Përfshirja totale*, që nëpërmjet krijimit dhe mirëmbajtjes së strukturave dhe mekanizmave organizative më pak burokratike, të lidhura me proçeset e integrimit të brendshëm dhe të jashtëm, është e prirur të rrisë *empowerment* dhe *commitment* e personelit, si një proçes individual dhe organizativ përmes të cilit njerëzit shprehin kapacitetin e tyre të zgjedhjes, përfshirjes dhe pjesëmarrjes;
- *Matje sistematike*, e shtrirë në çdo funksion ose aktivitet, e aftësisë për të krijuar vlera për klientët, duke i përmbushur më mirë se sa konkurrentët pritjet e tyre;
- *Riinvestimi i burimeve* në dispozicion për të rritur avantazhet konkurruese ekzistuese dhe për zhvillimin e të rejave, me qëllim forcimin e pozitës së epërsisë ndaj konkurrencës;
- *Përmirësim i vazhdueshëm*, përcaktuar si përpjekje e vazhdueshme dhe sistematike për të përmirësuar rezultatet e biznesit, që arrihen duke mësuar nga gabimet dhe duke rinovuar.

Customer satisfaction është propozuar, për këtë arsye, si një fushë e re aktiviteti, transversale kundrejt të gjithë të tjerave; pika e fillimit nga e cila duhet ndërtuar marrëdhëniet midis furnizuesit dhe klientit.

2.2.2. *Specifika e customer satisfaction në istitucionet e shërbimit*

Krahas shumëllojshmërive të istitucioneve, është e rëndësishme që të përqëndrohemi në ato që kanë si objekt ***shërbimin***, pra "*proçesi i shkëmbimit që synon zgjidhjen e problemeve, për të kënaqur nevojat dhe dëshirat e individeve të vetëm ose kolektive, nëpërmjet transferimit të ndërsjelltë të informacionit, njohurive, punës, aftësisë, përkatesisë, sigurisë apo disponueshmërisë për të përdorur individualisht dhe përkohësisht të mirat / mjetet ose transferimin e burimeve natyrore*[19]."

Në istitucionet e shërbimeve, menaxhimi i *customer satisfaction* në përgjithësi është më kompleks, për shkak edhe të vështirësive të përcaktimit dhe matjes të nivelit të kënaqësisë në funksion të karakteristikave specifike të paprekshmërisë dhe subjektivitetit që karakterizojnë këto shërbime. Në veçanti, sistemi i ofrimit të shpërbimit, i përcaktuar si "*organizimi sistematik dhe koherent i të gjitha elementeve të ndërveprimit konsumatorë - istitucion e dizenjuar për të arritur sigurimin e shërbimeve të cilave i janë përcaktuar karakteristikat e marketingut dhe nivelet e cilësisë*[20]", është rezultati i një logjike të aktiviteteve të mirë skematizuar, të matshëm dhe të vlerësueshëm, dhe është identifikuar nga një numër faktorësh, duke përfshirë:

- *Klientin*, element thelbësorë për ekzistencën e shërbimit;
- *Personelin*, të përbërë nga punonjësit e istitucionit, puna e të cilëve kërkon kontakte të drejtpërdrejta me klientin;
- *Mbeshtetja fizike*, pjesë e shërbimit që i shërben si klientit dhe personelit të kontaktit;

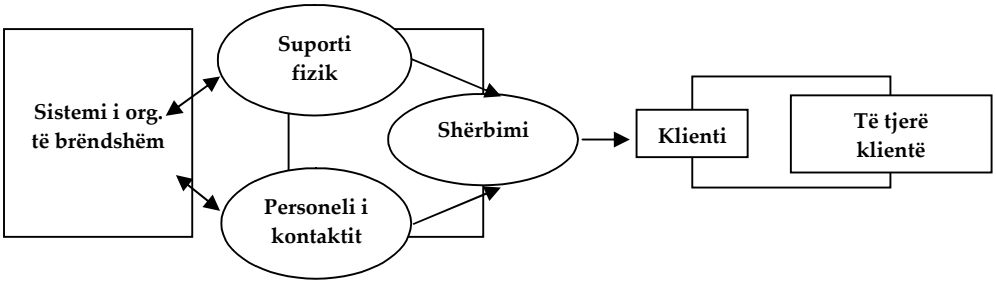
[19] Cfr. NEGRO G., Organizzare la qualità nei servizi: un modello per l'eccellenza nelle imprese e negli enti di servizi, Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1992.

[20] Cfr. KOTLER P., Scorr W.G., Marketing management, Isedi, Torino, 1993.

- *Sistemin e organizimit të brendshëm*, e përbërë nga të gjitha funksionet e nevojshme dhe mbështetjen për përfundimin e shërbimit;
- *Klientët e tjerë*, veçanërisht ata të cilët shoqërojnë konsumatorët/pacientët e shërbyer;
- *Shërbimin*, objekti i shpërndarjes, është rezultat i bashkëveprimit mes klientit - personelit në kontakt - mbeshtetje fizike.

Në kompleksitetin e marrëdhënieve, ka edhe dy dimensione të rëndësishme: *marketingu i brendshëm*, duke mbuluar të gjitha veprimet për të trajnuar dhe motivuar klientët e saj të brendshëm (personeli në kontakt, stafin mbështetës) drejt qëllimit të përbashkët (misionit të istitucionit), dhe *marketingu interaktiv*, i përbërë nga të gjitha kontaktet që ekzistojnë mes istitucionit dhe konsumatorëve.

Fig. 2. - *Sistemi i ofrimit të shërbimeve*



Burimi*: Eiglier P. & Langeard E., 1992*

Eiglier e Langeard përcaktojnë **shërbimin global**, si *një sistem i përbërë nga shërbimet themelore dhe shpërndarjet e bëra midis konsumatorëve individual.* Gama e shërbimeve nuk mund të jetë e projektuar veçse në përputhje me nevojat e një segmenti të konsumatorëve. Kjo paraqet problemin e përcaktimit të cilësisë së shërbimit të përgjithshëm, ose më mirë, "ajo që në një situate të caktuar kënaq konsumatorin[21]". Cilësia e një shërbimi varet nga:

- Përputhshmëria mes pritjeve të segmentit të konsumatorit të referuar, dhe ofertës së vërtetë të sistemit të shpërndarjes;
- Aftësia për të ruajtur standardet e cilësisë me kalimin e kohës;
- Komponentët e shërbimit të përgjithshëm;
- Përbërësit e secilit shërbim elementar dhe asetet e tyre brenda shërbimit të përgjithshëm.

Vëmendje e veçantë duhet t'i referohet faktit se cilësia është në proporcion të kënaqësisë që konsumatori merr, gjë që çon në një krahasim mes pritjeve dhe shërbimeve. Në istitucionet e orientuara nga klientela, është shumë e vështirë të vlerësohet vlera që ajo krijon, dhe është edhe më komplekse për të vlerësuar funksionet e biznesit që ndërveprojnë me të.

Metodat e reja të planifikimit dhe të kontrollit zhvillohen rreth atyre burimeve të padukshme, pra "burimet e bazuara në informacion[22]", ndër të cilat përfshijnë rëndësi të veçantë: besimi i konsumatorit, imazhi, kontrolli i shpërndarjes, aftësia e menaxhimit. Në sektorin e shërbimeve, në të cilën objekti i ofertës është një e mirë e paprekshme, jane pikërisht këto burime që

[21] Cfr. EGLIER P., LANGEARD E., *Il marketing strategico dei servizi,* McGraw- Hill, Milano, 1992.

[22] Cfr. Raimondi M., La soddisfazione del cliente: nuove priorità e nuovi metodi, në GRAMMA: Customer satisfaction, Isedi, Torino, 1993.

përcaktojnë cilësinë, duke dekretuar gjendjen positive/negative të kënaqësisë të konsumatorëve përfitues. Një sistem i rëndësishëm kontrolli do ti mundësojë istitucionit të analizojë dhe masë ato aktivitete që lidhen me të gjitha fazat që kanë të bëjnë me shërbimin, nga projektimi deri tek shpërndarja. Ky sistem do të verifikonte perceptimin e konsumatorëve mbi cilësinë e shërbimit, do të identifikonte shkaqet e mangësive dhe do të zbatonte iniciativat përkatëse për ti përmirësuar këto të fundit. E gjithë kjo është e bazuar në supozimin e "paradigmës së konfirmimit dhe mos konfirmimit të pritjeve të konsumatorit", dmth. sa më shumë performanca e istitucionit të jetë në përputhje me pritjet e zhvilluara në fazën e "pre-blerjes" nga ana e konsumatorit, aq më shumë konsumatori është i kënaqur. Kjo përcakton bazat për një rritje të kapitalit të besimit që prek vlerën ekonomike të istitucionit.

Duke analizuar për sa parashtruar deri tani, mund të nxirren këto përfundime:

1. Blerësit krijojnë, në fazën e "para - blerjes", pritshmerinë;
2. Cilësia e perceptuar, si një vlerësim i përgjithshëm i shërbimit, është e ndikuar nga pritshmëritë fillestare, dhe është rezultat i konfirmimit / mos konfirmimit të këtyre pritjeve;
3. Kënaqësia që konsumatori merr, si reagim emocional i performancës individuale, është e lidhur direkt edhe me pritjet e shprehura fillimisht nga performanca e vetë shërbimit.

Prandaj, kënaqësia, si faza e fundit e proçesit pritje-cilësi perceptim-kënaqësi, është vendimtare për vendimet e "riblerjes" që ndikojnë besnikërinë e konsumatorit për istitucionin.

Per të arritur një nivel të lartë të kënaqësisë së klientit janë të rëndësishme si të kuptuarit e marrëdhënies midis shkaqeve dhe efekteve të pakënaqësisë, ashtu edhe perceptimi i atributeve që përcaktojnë cilësinë e shërbimit.

2.2.3. Orientimi i customer satisfaction dhe specifikat e shërbimeve shëndetësore në proçesin e vlerësimit të klientëve / pacientëve

Siç është theksuar më parë, strukturat shëndetësore, të konsideruara tashmë si "ndërmarrje", vendosin ndër qëllimet kryesore të tyre atë të *reduktimit të kostove*. Koncepti i cilësisë, ashtu si kuptohet në botën prodhuese, administrative dhe politiko shëndetësore, lidhet shpesh me faktin se një cilësi më e mirë e shërbimit është përgjegjës për një kosto me të lartë dhe shpesh herë reduktimin e vëllimeve të prodhimit. Për fat të keq, duhet vënë në pah mungesa e vëmendjes për cilësinë në kujdesin shëndetësor që shkakton një rritje të vazhdueshme të shpenzimeve operative. Prandaj, pak vëmendje per cilësinë nënkupton mungesën e vëmendjes për cilësinë e të gjitha proçeseve që ndodhin në "organizatat" e kujdesit shëndetësor. Ndaj, cilësia në shëndetësi nuk është veçse një përzierje midis cilësisë teknike të performancës, cilësisë së sistemit të shpërndarjes dhe cilësisë relacionale të perceptuar të shërbimit; e gjithë kjo e shoqëruar nga një tipar përfundimtar të komponentit të shërbimit shëndetësor që ka të bëjë me ndërveprimin që ndodh mes klientit / pacientit dhe shërbimit të prodhuar, shpërndarë dhe konsumuar në të njëjtën kohë.

Customer satisfaction i përfitimeve shëndetësore konsiderohet një sukses i aktivitetit shëndetësor dhe është konsideruar të jetë e domosdoshme për të përshkruar pasojat e tij. Ajo duhet të jetë e lidhur me sjellje të rëndësishme për të marrë një efekt të qartë mbi gjendjen shëndetësore. Nga ana tjetër luan një rol të rëndësishëm në dinamikën konkurruese që po karakterizon strukturat shëndetësore publike dhe private, në krahasim me aftësinë e tyre për të tërhequr pacientë.

Në një sistem ofrimi të shërbimeve për publikun, kështu si duhet të jetë një shërbim shëndetësor, marrëdhëniet me përdoruesin luajnë një rol të rëndësishëm për të:

- Përfshirë dhe informuar përdoruesit për aktivizimin e një kontakti të vazhdueshëm proaktiv me ta, që vepron në kërkimin e zgjidhjeve të përbashkëta,
- Komunikuar çdo vështirësi që karakterizon shërbimin, krijimin e partneriteteve të përshtatshme dhe modaliteteve sa më të mira të bashkëveprimit me strukturat e shërbimit;
- Zhvilluar një veprimtari efektive kontrolli të cilësisë së shërbimit, duke kontrolluar vazhdimisht shkallën e kënaqësisë së klientit.

Pritjet e përdoruesit dhe parametrat e vlerësimit të tij janë shpesh të vështira për tu identifikuar, dhe kur identifikohen varen si nga performanca aktuale teknike, dhe nga një sërë problemesh specifike të lidhura në mënyrë të veçantë dhe të mundshme me kulturën, vlerat dhe ndikimet mjedisore. Të gjitha këto elemente së bashku me përvojat e jetuara më parë dhe me format e reklamave më efektive, në praktikë "hapja e fjalës" ose "thashethemet", përbëjnë treguesin më të plotë të cilësisë që është mendimi i përdoruesit. Cilësia në këtë kuptim, fiton, sipas Darby dhe Karni[23], emrin e kualitetit "të besimit", përkatësisht atë cilësi që nuk mund të vlerësohet në kushte normale. Prandaj, proçeset e vlerësimit të "besimit" përbëjnë një integrim të rëndësishëm të proçeseve në lidhje me vlerësimin e të mirave "të kërkuara", ose ato të perceptuara në kushtet e para-blerjes të mallrave / shërbimeve, dhe të mirave "të përvojës", që rezultojnë nga përdorimi i një të mire /shërbimi. Për të demonstruar hipotezën, Darby dhe Karni përdorën prototipin e kirurgjisë, në të cilin proçesi i vlerësimit të pacientit të operuar do të ketë vështirësi në gjykimin e domosdoshmërisë të operimit të tij dhe përmirësimet efektive që mund të nxirren nga ai. Vlerësimi i cilësisë finale të përdoruesit mbi shërbimin fillon nëpërmjet këtyre elementeve perceptuese mbi të cilat një istitucion duhet të zbatojë mënyrën e integruar të ndërhyrjes për arritjen e përmirësimit të sistemit të shpërndarjes.

Del se vlerësimi i shërbimeve shëndetësore është kryer nga ndërveprimi midis komponentëve dhe dimensioneve të cilësisë, nga e cila vijon se matja e cilësisë së perceptuar është një element që bëhet i rëndësishëm vetëm në lidhje me sistemet e tjera objektive të vlerësimit; dhe se konsultimi i përdoruesit duket esenciale për informacionet që ai ka marrë në realitetet e shëndetit.

3. METODAT DHE TEKNIKAT PËR MATJEN E CUSTOMER SATISFACTION

Duke identifikuar customer satisfaction si një model për vlerësimin e efektivitetit të marrëdhënieve ndërmjet istitucioneve shëndetësore dhe përdoruesit në lidhje me ofrimin e shërbimit shëndetësor, përballet tani problemi i matjes së kënaqësisë te përdoruesit te shërbimit shëndetësor. Sipas Donabedian, "*Cilësia në shërbimet shëndetësore nuk është vetëm se nje marrëdhënie mes përmirësimeve te marra ne kushtet e shendetit dhe përmirësimet maksimale te arrira në bazë të gjendjes së tanishme të teknologjive, njohurive dhe rrethanave te pacientëve*[24].

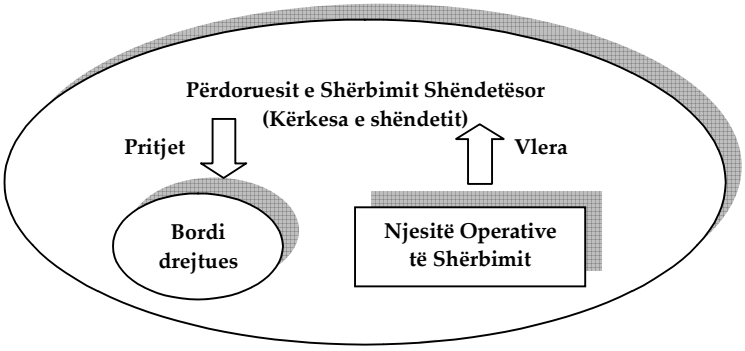
[23] Cfr. DARBY MR., KARNI E., Free competition and Optimal Amount of Fraud, në «Journal of Law & Economics», n. 16, 1973.

[24] Cfr. DONABEDIAN A., L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio dell'assistenza sanitaria, in «Quality Assurance», Milwakee Winsconsin, 1989.

Në kontekstin e studimeve teorike të customer satisfaction, niveli i kënaqshmërisë së konsumatorëve përfaqëson një masë të vlerës së marrë, e cila gjykon aftësinë relacionale të istitucionit, dmth. aftësinë për të interpretuar dhe kënaqur pritjet dhe aspetativat e partnerit të saj (Figura 3)[25].

Në kerkimet mbi kënaqësinë e përdoruesit është thelbësore të merret parasysh specifia e përshkruar e sektorit shëndetësor. Një karakterizim i parë i problemit të veçantë te customer satisfaction në shëndetësi sigurohet me anë të vlerësimit të cilësisë në nivelin e sistemit të përgjithshëm, te një njësie te vetme operative dhe të performancës specifike. Ndryshe nga rastet e përgjithshme, për shkak të natyrës së tij të veçantë, cilësia e shërbimeve shëndetësore duhet të matet jo vetëm dhe jo aq shumë me termat e kënaqësisë se përdoruesit, por edhe, dhe ndoshta mbi të gjitha, në termat e parandalimit të kërkesës së sherbimit.

Fig 3. – *Konteksti i përgjithshëm i marrëdhënieve istitucion - përdorues*



Burimi: *N.B*

Duke patur parasysh se sistemi ndjek qëllimin përfundimtar të mbrojtjes se shëndetit, efektiviteti i shërbimit shëndetësor do të përmblidhej[26]:

- Në nivelin e sistemit të përgjithshëm - në uljen e numrit të konsumatorëve (përmes parandalimit efektiv);
- Për çdo njësi operative (psh. spital), ne kënaqësinë e konsumatorëve (si cilësia e përgjithshme e shërbimeve të marra);
- Në nivelin e sherbimeve specifike, në "reduktimin" e shërbimit të konsumatorëve (në kuptimin e ri - ndërhyrjeve, etj.)

Prandaj, "në nivelin e sektorit (jo një strukture të vetme), [...]" customer satisfaction nuk ka as qëllimin për të tërhequr konsumatorë të rinj, dhe as rindërtimin e besnikërisë se konsumatorit tashmë të shërbyer "[27]. Kjo do të thotë se në atë nivel çështja e kënaqshmërisë se përdoruesit është zhvilluar në bazë të një logjike ndryshe nga ajo e adoptuar në përgjithësi në fushen ekonomiko/industriale, per te cilën është absolutisht thelbësor kuptimi i një ratifikimi e cila duhet të drejtojë adoptimin e teknikave të customer satisfaction në fushën shëndetësore.

[25] COSTABILE M., *Il capitale relazionale,* McGraw-Hill, 2001, P. 26.

[26] Cfr. S. SCIARELLI, *op. cit.,* P. 151.

[27] Cfr. *Ibidem.*

3.1. Matja e customer satisfaction në istitucionet shëndetësore: aspekte metodologjike

Zgjidhjet metodologjike për problemin e matjes se kënaqësisë se klientit janë të ndryshme dhe ndryshojnë në varesi te kostos, kohës, saktësisë, etj. Zgjedhja midis alternativave në dispozicion është bërë në bazë të nevojave të informacionit, të burimeve të disponueshme si në kushtet financiare dhe organizative, dhe të metodave të përdorimit të parashikuara. Vlerësimet e mundësive dhe të vlefshmerisë së orientimit, do ta drejtojnë managment drejt zgjidhjeve më të përshtatshme për situatën specifike. Variablat e përgjithshme per tu marrë në konsideratë janë:

- Burimet financiare në dispozicion;
- Burimet e nevojshme njerëzore;
- Koha në dispozicion;
- Burimet teknike;
- Vlefshmëria dhe besueshmëria e sondazhit.

Duke dashur të skematizohet në menyrë të realizueshme dhe të plotë problemi metodologjik dhe teknik per matjen e customer satisfaction në istitucionet e kujdesit shëndetësor, duke bërë të qartë reflektime në natyrën e shërbimeve të kryera dhe, mbi problemet e mundshme në vlerësimin e efikasitetit relacional në këtë kontekst të veçantë, është e mundur të artikulohet arsyetimi duke iu përgjigjur disa aspekteve bazë, që të cojnë në pyetjet e mëposhtme:

- Pse duhet matur? - Ngre në pah qëllimin.
- Çfarë duhet matur? - Objekti.
- Si mund të masë? - Modaliteti.
- Kur duhet të masë? - Koha.
- Ku është me mirë për të matur? - Vendi.

Me sa duket, vlefshmëria e gjithë procesit të matjes qëndron në impostimin metodologjik korrekt të problemit, kryesisht e perballur në paragrafët e mëparshëm.

Qëllimi i matjes

Per të sqaruar qëllimin specifik të matjes do të thotë, në këtë pikë, ta përkthesh atë në motive të veçanta që mund të drejtojnë në menyrë të qartë adoptimin e një metodologjie, që duhet të jetë e përshtatur siç duhet në kontekstin specifik. Duke qenë tani gjërësisht e mbeshtetur vizioni i menaxhimit te istitucioneve të kujdesit shëndetësor, kuptohet se si customer satisfaction mund të jetë një përcaktues i rëndësishëm i avantazheve konkurruese: "perdoruesi, në fakt, mund të zgjedhë strukturën e duhur se cilit ti drejtohet sepse, duke mos paguar direkt sherbimin ose duke marre pjese në mënyrë të barabartë në të gjitha strukturat, do të drejtohet aty ku do të gjeje një nivel më të lartë të cilësisë". Lëvizshmëria në territorin nacional, dhe nderkombetar, e klientit që "ikën" nga zona e sherbimit qe i takon, për tju adresuar qendrave të perceptuara si cilësisht më të përshtatshme për nevojat personale është një tregues i fortë për *joefikasitetin e shërbimit*[28]. Pakënaqësia e përdoruesit e largon atë, nga istitucioni, me të gjitha pasojat që kjo sjell në fushën e shëndetësisë.

[28] CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi. Cfr. www.unibocconia.

Matja e kënaqësise është thelbësore[29]:
- Për të përcaktuar se si të vendosen burimet në mënyrë fitimin e një avantazhi konkurrues;
- Për të përcaktuar se si të përmirësohen proceset e istitucionit;
- Për të komunikuar më mirë angazhimin për cilësinë;
- Për të motivuar, dhënë energji dhe drejtim përpjekjeve të personelit;
- Për të vlerësuar performancën e organizatës në variablat e klientit që në analizën e fundit përcaktojnë pozicionin e tregut.

Identifikimi i arsyeve mund të ndiqet, pra, nga analiza e mjedisit konkurrues, ose nga hetimi se si mund të ruhen kushtet e konkurrencës në një kontekst në të **cilin përdoruesit i është dhënë liria e zgjedhjes.**

Objekti i matjes

Per sa i perket objektit te matjes, kerkimi i customer satisfaction mund të coje, në përputhje me metodologjinë e qasjes sistematike, të paktën ne tre nivele të ndryshme:
- Hetimi në nivel strukture: hetohet kënaqesia kundrejt komponenteve strukturore të shërbimit shëndetësor, për shembull, mjediset, pajisjet, personeli, etj.
- Hetimi në nivel procesi: hetohet kënaqësia për mënyrat e ofrimit të shërbimit apo shërbimeve, apo proceset që karakterizojnë funksionimin e sistemit të istitucionit, për shembull, procedurat diagnostike dhe terapeutike, follow-up, etj.
- Hetimi ne nivel output-i: hetohet kënaqesia e përdoruesit e përfituar nga një shërbim, për shembull: ndryshim në statusin shëndetësor, kujdesin e marrë, etj.

Tre nivelet janë të karakterizuar ndryshe dhe kanë çështje të ndryshme në lidhje me matjen e customer satisfaction. Në fakt, ndërsa komponentët strukturore janë vlerësimi më i menjëhershëm dhe i qartë, ato të procesit dhe te rezultatit, per natyrën subjektive dhe dinamike që karakterizojnë, paraqesin shumë komplikime në vlerësim. Nga ana tjetër, ajo që ka rëndësi kryesisht është rezultati sistematik i procesit të ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Qellimet specifike justifikojnë, pra, një qasje reduksioniste që fokusohet në komponentet strukturore.
Duke pasur parasysh karakteristikat e kryerjes se shërbimit, siç u përmend më parë, shfaqja e kenaqesise duhet të përqendrohet në perceptimet e konsumatorit. Përdoruesi i shërbimit shëndetësor, në veçanti, e percepton shërbimin në lidhje me atë që beson në mënyrë ideale se duhet të marrë; ajo që me të vërtetë pritet nga shërbimi; atë që ndjen se ka nevojë. Eshte e mundur, pra, se ai, madje ne disa raste jo me vetëdije, është i kushtëzuar nga "paragjykimet ose supozimet" që kanë një ndikim të rëndësishëm në vlerësimin e performancës. Prandaj, është thelbësore që matja e kënaqësisë të jetë e aftë të zbulojë këto aspekte, në mënyrë që të nxjerrë në pah mangësitë e mundshme që vijnë nga supozimet e gabuara ose te pabazuara të përdoruesit. Teknikat kryesore të matjes janë të bazuara në krahasimin mes pritjeve dhe perceptimeve te përdoruesit. Matja e kënaqësisë se perdoruesit duhet, siç u përmend më parë, te lejoje verifikimin e konvergjencës midis angazhimit te istitucionit për kënaqësinë e përdoruesit dhe perceptimit, nga ky i fundit, te cilësise se ofruar.
Në lidhje me qëllimet e klientit, është e dobishme të analizohen për të dalluar[30]:

[29] Cfr. SCHIAVI G., La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie, Franco Angeli, Milano, p. 132.

- *Kërkesat "bazë"*, që perdoruesi "i quan te marra" dhe se, prandaj, duhet të jenë të siguruara si standard të shërbimit: për shembull, kompetencat e mjekut, disponueshmërinë e pajisjeve shkencore dhe teknologjike, sistemi organizativ që i siguron pacientit se testet e tyre nuk janë të humbur apo të ngatërruar, etj.;
- *Kërkesat "e shërbimit"*, dmth. atë që pacienti pret për të gjetur në kohën e pranimit dhe që mund të ndikojë pozitivisht (nëse janë të pranishme) ose negativisht (nëse nuk janë të pranishme) në kënaqësinë e përdoruesit: për shembull, vëmendjen dhe interesin e stafit, rregullorja e vizitave, etj.;
- *Kërkesat "tërheqëse"*, dmth elementet pozitive dhe të papritur, të cilat, nëse janë te pranishem, ndikojnë pozitivisht në kënaqësinë, nëse mungojnë, atehere, nuk ka efekte negative: për shembull, bukurite estetike të mjediseve spitalore.

Në lidhje me perceptimet e cilësisë së shërbimit nga përdoruesit, janë tre faktorë që ndikojnë në përgjithësi[31]:

1. realizueshmëria teknike e punës së shërbimit;
2. koha e ndërhyrjes;
3. Orientimi intersubjektiv.

Një përfitim perceptohet si e vlefshme teknikisht nëse ajo i plotëson nevojat e veçanta për të cilat ka qenë i përgatitur dhe për dhenien e të cilit organizata është e angazhuar. Nga ana tjetër, kjo është një nga zonat më të vështira të vlerësimit nga përdoruesit. Prandaj, duke ditur pritjet e tyre dhe mbajtja e tyre të informuar vazhdimisht mbi aspektet teknike dhe vështirësitë në lidhje me ofrimin e shërbimit, mund të merret një mendim i plotë dhe i balancuar në perceptimin e cilësisë teknike të shërbimit. Perceptimi në lidhje me kohën e nderhyrjes është e mishëruar në mendimin mbi aftësinë e rregullatorit për zbatimin e një ndërhyrje në momentin më të përshtatshëm, me kosto sa më efektive dhe si rezultat i kërkesave të veçanta ose nevojave te papritura qe istitucioni duhet te përballoje. Orientimi ndersubjektiv rrjedh nga marrëdhënia mes istitucionit dhe perdoruesit ku bëhet e mundur kuptimi i plotë i nevojave të tij, duke i dhënë istitucionit mundësine për t'u angazhuar në atë nivel të përshtatjes dhe të personalizimit të shërbimeve, që është edhe më optimal sa me i madh është kontakti mes palëve.

Duke konsideruar paraqitjen e dhënë në Figurën 7, mund të nxirren në pah fushat e nënvlerësimit / mbivlerësimit, duke marrë parasysh intensitetin e nevojes per sherbim si një faktor përcaktues te pritjeve / perceptimeve te përdoruesit (Figura 4)[32].

Zonat e konvergjencës / divergjencës në figurën 14, lexuar ne perspektivën e përdoruesit, zbulojnë fushat e mundshme te nenvleresimit / mbivleresimit. Për shembull, pranimi (shtrimi) në spital për veprimtari diagnostike mund të jetë e tepërt për të njëjtin përdorues, por zgjidhja për trajtimin në shtëpi të sëmundjeve të rënda, edhe pse kronike, mund, siç është thënë, të mos konsiderohet si adekuate, duke perjashtuar, mundesisht, që strukturat alternative të shërbimit

---

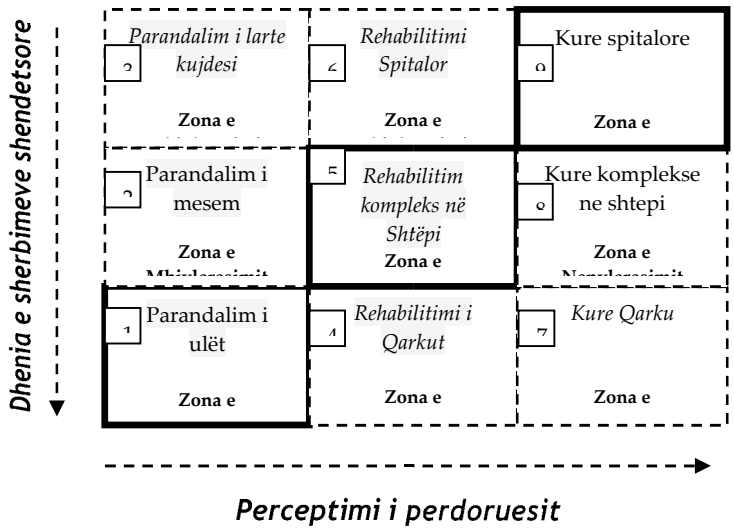
[30] Si veda la scheda n. 4 del paragrafo successivo. Cfr., inoltre, COPPOLA G., *La soddisfazione del cliente in sanità,* in AA.Vv., *Management e organizzazione dei servizi sanitari,* A.RE.S.S., Torino, 2003.

[31] Sono le tre direttrici di analisi della prestazione sanitaria proposte da Rebora. Cfr. REBORA G., *La qualità dei servizi pubblici,* in «Azienda Sanitaria» n. 1/91, pp. 2 e ss.

[32] La matrice, costruita sul modello elaborato nel paragrafo 2.2, è coerente con la logica di quella di LEONI G., RAIMONDI M., presentata in Un metodo per la misurazione della customer satisfaction in GRANnviA (a cura di), Customer Satisfaction, ISEDI, 1993.

nuk mund të perceptohen si ekuivalente nga përdoruesit, duke rezultuar një indiferencë në mes të zgjidhjeve të ndryshme. Vlerësimi i cilësisë finale e përdoruesit mbi shërbimin shkon nëpërmjet këtyre elementeve perceptuese mbi te cilet një istitucion duhet të zbatojë mënyra të integruara nderhyrjesh për të arritur përmirësimin e sistemit të shpërndarjes.

Fig 4. – Matrica e konvergjencës midis pritjeve / perceptimeve të perdoruesit dhe shërbimet e istitucionit shëndetësore"



Metodat e matjes

Si për çdo kërkim të tregut, metodologjia për matjen e customer satisfaction duhet të parashikojë integrimin e shumë burimeve të mundeshëm, të brendshëm apo të jashtëm, të bazuar në të dhënat primare (kërkim "në terren") ose dytesore (kërkim "ne tavolinë")[33].
Procesi i hetimit të customer satisfaction, në përgjithësi, është e ndarë në pesë hapa:

1. ***Projektimi i studimit:*** përcaktimi i metodave, teknikave dhe mjeteve kërkimore në funksion të problemit për t'u hetuar. Projektimi i kerkimit varet në mënyrë të konsiderueshme nga struktura e sistemit të informacionit[34]. Duhet të parashikojë saktësisht të gjitha elementet që duhet të drejtojnë fazën operacionale, identifikimin e rrugëve më të mira, duke zgjedhur instrumentet më të përshtatshme, duke kontekstualizuar në hetimin e situatës specifike. Kjo fazë perfundon në përcaktimin e objektivave të hetimit dhe identifikimin e rrugëve për t'u ndjekur.
2. ***Zbatimi i studimit:*** kërkimi mund të kryhet brënda teknikave të ndryshme, në mënyrë që të sigurojë korrespondencën ndërmjet objektivave të kërkimit dhe të informacionit të tërhequr në të vërtetë.

---

[33] BARILE S., METALLO G., *Le ricerche di mercato,* Giappichelli, Torino, 2002.
[34] Cfr. METALLO G. (a cura di), *Il supporto informativo per l'impresa orientata al marketing,* Giappichelli, Torino, 1997; STANTON Wj., VA_RALDO R., *Marketing,* Il Mulino, 1986; FRANCH M., *Strategie interattive e sistema informativo di marketing,* Cedam, 1992.

3. ***Përpunimin e të dhënave:*** është momenti për të testuar supozimet e bëra, që lejon të fokalizohen problemet, duke i izoluar apo grupuar variablat, për të identifikuar tendencat, etj.
4. ***Prezantimi i rezultateve:*** duhet të plotësohen në të njëjtën kohë kërkesat analitike dhe përmbledhëse të rezultateve. Përfaqësimi me listat dhe grafikët ofron, në përgjithesi, nje lexueshmëri më të mirë të rezultateve.
5. ***Ndërhyrja në proçeset e biznesit:*** kjo fazë është e rëndësishme për çdo analizë të *customer based*. Të matet dhe të elaborohet pa ndërhyrë në proçes është sigurisht një shpërdorim i burimeve.

Duke u referuar në paragrafin e mëposhtëm për ilustrimin e teknikave kryesore të përdorura për studimin customer satisfaction, duke pasur parasysh ato që lidhen me "vendin" dhe "kohën" e matjes, përfundon skematizimi i aspekteve metodologjike.

Kohët dhe vendet e matjes

Në këtë drejtim, legjislacioni qe paraqet temën e cilësisë së shërbimit dhe kënaqësise se përdoruesit në administratën publike, në përgjithësi, i referohet matjes sistematike të shkallës së kënaqësisë të shërbimeve publike, duke nenkuptuar se studimi duhet të përsëritet me kalimin e kohës. Istitucionet e Kujdesit Shëndetësor, në fakt, përmes zyrave në krye (Zyra për Marrëdhënie me Publikun, PRO) duhen sistematikisht të kryejnë aktivitete që kanë për qëllim monitorimin e kënaqësisë se përdoruesit.

Sigurisht, intervali kohor varet nga mënyra e zgjedhjeve komplekse te bëra: në qoftë se, në fakt, "metodologjia e përdorur është e thjeshtë, duke siguruar, për shembull, pyetësorët e vetë-plotësuar me një numër të kufizuar të pyetjeve dhe përgjigjeve kryesisht te mbyllur apo intervista te drejtperdrejta, duke kërkuar per të mbledhur të dhëna mbi disa aspekte të kufizuara të shërbimit të ofruar [...]; kerkimi mund të jetë më i shpeshtë se një herë në vit. Nëse metoda e perdorur është më komplekse, duke ofruar një kombinim te metodave të ndryshme të mbledhjes së të dhënave (pyetësorët vetë-plotësues, intervistat, vëzhgimet direkte, sugjerime spontane, fokus grupe, etj.) eshtë e qartë se, edhe për arsye ekonomike shkaktuar nga mobilizimi i burimeve të ndryshme te nevojshme, duhet të behen çdo vit, ose të paktën, edhe ne dy vjet.[35]

Per sa i perket vendit te mbledhjes, do të jetë Zyra për Marrëdhënie me Publikun për të krijuar, në varësi të llojit të hetimit dhe instrumenteve të gatshme, nese do te behet mbledhja në objektet e saj ose në pika të veçanta të mbledhjes së të dhënave.

3.2. Matja e customer satisfaction: zgjidhje teknike dhe instrumentale

Zgjidhja teknike e problemit per matjen e customer satisfaction në istitucionet shëndetësore, si në çdo organizatë tjetër, con në drejtim të identifikimit të procedurave të afta për ndërtimin e treguesve sintetike që shprehin perceptimet dhe gjykimet e perdoruesve në lidhje me shërbimin e ofruar. Ndërtimi i këtyre treguesve është arritur, në përgjithësi, nëpërmjet matjeve të përgjithshme, që rrjedhin nga sistemi i informacionit ose nëpërmjet matjeve analitike, të marra

[35] Cfr. COPPOLA G., La soddisfazione del cliente in sanità, art. cit.

duke kryer hetime të veçanta te tregut[36]. Sistemet e matjes mund të jenë të drejtpërdrejtë ose të tërthortë: në qoftë se ata ofrojnë një pjesëmarrje reale të konsumatorit nëpërmjet shprehjes së një opinioni, ata janë të drejtperdrejta; ndersa kur matja është marrë nga variablat brenda istitucionit dhe të variablave të jashtëm të përdoruesit (njohëse, emocionale ose të sjelljes), janë të tërthortë[37]. Dallohen, gjithashtu, metodat kualitative dhe kuantitative të matjes, të përdorura në mënyrë alternative, ose, mundësisht, plotësuese, si faza të ndryshme të procesit të hetimit: për shembull, mund të përdoren metodat cilësore për identifikimin e variablave dimensionale që i nënshtrohen matjes së mëpasshme kuantitative. Ka një tendencë, pra, në përgjithësi, drejt integrimit të teknikave të ndryshme, në mënyrë që të bëjë të mundur kryqezimin dhe krahasimin e rezultateve, në dobi të hetimit rigoroz dhe të rëndësisë se informacionit që rrjedh.
Një klasifikim i përgjithshëm i referencës sugjeron[38]:

Metodat cilësore
1. vëzhgimi menaxherial;
2. feedback-u i operatorëve;
3. puna në team dhe qarqet e cilësisë;
4. grupet e fokusit (focus group).

Metodat kuantitative
1. comment card (kartat e komentit);
2. pyetësorët e vetë-administruar;
3. intervistat personale;
4. kërkimet telefonike;
5. konsumatorët misterioze;

Eshtë treguar, për më tepër, dobia e teknikave më të artikuluara, të tilla si *Quality Improvement Experiment*, e cila përfshin ndërtimin e veprimeve eksperimentale të një pjese të sistemit dhe të vlerësimit të mëvonshëm të cilësisë dhe kënaqësi të konsumatorëve, ose më thjesht, si "Analiza e ankesave të mbledhura nga *Zyra për Marrëdhënie me Publikun* (OPR). Në praktikë, në fakt, istitucionet e kujdesit shëndetësor janë shpesh të kufizuara për të përdorur dy teknika:
- Grumbullimin e ankesave;
- Sondazhet e opinionit.

Ankesa mund të lexohet si një formë denoncimi dhe në të njëjtën kohë si kërkesë për mbrojtje dhe drejtësi nga klienti në lidhje me paaftësisë profesionale, paragjykimin ose pakujdesinë.
Mbledhja e ankesave i jep shërbimit një lloj shikueshmërie, duke mundësuar një kontakt me përdoruesit, të cilët tregojnë një interes të qartë në shërbimet e ofruara në lidhje me thellimin e mëtejshëm, kërkesat për zgjidhje në lidhje me dështimet, duke kufizuar efektet negative ne shpërndarjen e pakënaqësisë se klientit. Sondazhet e opinioneve, edhe kur ata kanë forma më të thjeshta të të shprehurit të opinioneve të përdoruesve, janë shpesh shumë të

[36] Cfr. BUSACCA B., COSTABILE M., 1994, *op. cit.*

[37] Cfr. KOTLER R, *Marketing management*, Isedi, 1997.

[38] Cfr. SCHIAVI G., *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie,* Franco Angeli, Milano, 2004, pp. 133 e ss.

përgjithshme; ndër të tjera, fotografojnë situatën në një kohë të caktuar, duke mos ndjekur ecurinë e dinamikës së procesit të shërbimit.
Një matje e mirë metodologjike të customer satisfaction kërkon ndërtimin e treguesve që janë në gjendje të shprehin vlerësimin e performancës në nivele të ndryshme. Në këtë drejtim, ofrohen një sërë treguesish si një mjet i rregullt për vetë-vlerësim dhe verifikimin e efikasitetit të menaxhimit dhe të rezultateve të kryera ne ushtrimin e aktiviteteve shëndetësore. Këta tregues, janë klasifikuar si: treguesit e burimeve, treguesit e biznesit, treguesit e rezultatit. Më pas janë përcaktuar dhe treguesit relativ për shkallën e kënaqësisë se përdoruesit. Behet fjalë për tregues të ndarë në: personalizim / humanizëm; të drejtën e informimit; aspektet e parandalimit.
Për të hetuar kenaqesinë e përdoruesit me elementët e ndryshme të identifikuar, mund të përdoren teknika të ndryshme, nga të cilat janë përcaktuar më poshtë disa nga skedat e përmbledhjeve me senjalizimin e avantazheve / disavantazheve kryesore që lidhen me përdorimin e tyre.[39]

Skeda 1 – Analiza - *Pjesëmarrje në Cilësi* (APQ)

Teknika:
Analiza Pjesëmarrje ne Cilësi (APQ) përfshin ndërhyrjen e burimeve njerëzore të istitucionit. Hetohen tre fusha të përgjithshme: teknike, ndërpersonale, comfort. Qëllimi është që të caktojë një vlerësim përparësie të ndërhyrjeve të ndryshme për të përmirësuar cilësinë dhe kënaqësinë e përdoruesit.
Mjetet:
Përdoren pyetësorë me pyetje të hapura, diskutime në grup dhe ballë për ballë me klientët/pacientët.
Përfitimet:
- Marredhenie interaktive istitucion – përdorues;
- Mësim i drejtpërdrejtë nga përdoruesit;
- Zgjerim i menjëhershëm të sistemit të cilësisë;
- Integrimi me teknika të tjera.

Disavantazhet
- Kosto-oportunitet e lartë për përdorimin e burimeve të brendshme njerëzore;
- Kohë të gjata.

Skeda 2 – *Problem Detection System* (PDS)

Teknika
Problem Detection System (PDS) është një studim në perceptimin real të problemeve.
Mjetet
Përdor një check list me problemet e lidhura me ofrimin e shërbimeve dhe një pyetësor për të hetuar frekuencën me të cilën janë përjetuar problemet.
Përfitimet
- Orientim në zgjidhjen e problemeve;
- Thjeshtësia;
- Teknikë jo statistikore.

Disavantazhet
- Nevoja për një njohje të hollësishme të proceseve të brendshme;
- Perceptimi i problemeve;
- Nevoja për kerkues të aftë.

[39]Cfr. QUARTAPELLE A., *Customer satisfaction,* McGraw-Hill, 1997.

Skeda 3 – *Critical Incident Technique* (CIT)

Teknika

Critical Incident Technique (teknika e episodit kritik) është zbulimi i gjendjes shpirterore që lidhet me kujtesën e një episodi kritike (incidentit) në procesin e përdorimit të shërbimit.

Mjetet

Kjo teknikë shfrytezon pyetësorët ne të cilët pyetet përdoruesi për të përshkruar:

1. një episod të kënaqësisë / pakënaqësisë;
2. momentin në të cilin ka ndodhur;
3. rrethanat e veçanta të kënaqësisë / pakënaqësisë.

Përfitimet

- Thjeshtësia;
- Mos ndjekja e një metodologjie të caktuar;
- Teknikë jo statistikore.

Disavantazhet

- Vështirësitë në klasifikimin e të dhënave;
- Nevoja për intervistues të aftë;
- Teknikë jo statistikore.

Zgjedhja e teknikës së matjes dhe të instrumenteve relative do të cojë, natyrisht, ne zgjedhjet e bëra në drejtim të metodologjisë (qëllimin, objektin) dhe vlerësimin e kushteve të tjera të kontekstit, sidomos në lidhje me burimet dhe kohën në dispozicion.

Teknika më komplete të cilës i referohet normativa shëndetësore është, pra, ajo e *Analizës Pjesëmarrëse në Cilësi* (APQ), metodologji që, duke filluar nga matrica e cilësisë së Donabedian, integron atë objektive me subjektiven. Indekset e gjeneruar janë si më poshtë:

- 3 tregues te përgjithshme: (*Cilësi teknike, cilësia e dimensioneve ndërpersonale, cilësia e comfortit*);
- 3 tregues për cilësinë subjektive: (*Indeksi i kënaqësisë së qytetarëve, profesionistëve dhe kënaqësinë e përgjithshme*);
- 4 treguesit për cilësi objektive: (*Indeksi i përputhshmërisë ne lidhje me standardet, indeksi i rëndësisë së ngjarjeve, indeksi i rëndësisë së rrethanave të vecanta te cilesise, indeksi sintetik i përputhshmërisë*);
- Tregues tematike dhe sektoriale;
- Tregues sintetike të cilësisë.

Miratimi i metodës APQ prodhon një sasi të madhe të dhënash per të përpunuar; per kete, siç tregohet në përmbledhje, është e shtrenjtë dhe konsumon kohë.

Shumë nga mënyrat e përdorura kanë këtë kufizim per të mos gjetur një zgjidhje që lejon një bashkëpunim të vazhdueshëm dhe të frytshëm midis palëve. Jo pak autorë theksojnë, gjithashtu, probleme të ndryshme që lidhen me përdorimin e teknikave për matjen e kënaqësisë, e cila mund të çojë në rezultate me diferenca jo të papërfillshme.[40]

Prandaj, duhet vazhduar me kujdes në të gjitha aspektet e organizatës (skeda 4) në procesin e hetimit dhe kontrollit të rreptë te çdo aspekti operacional (skeda 5).

[40] Cfr. Ross C., CLETTE K., STEWARD A., SINACORE J.M., Comparative study of seven measures of patient satisfaction, in «Medical care», n. 2/1995 e SZYMANSKY D.M., HENARD H.D., Customer sastisfaction: a meta analysis of the empirical evidence, in qournal of Academy of Marketing Science», n. 29/2001.

Skeda 4 - *Disa rekomandime organizative për menaxhimin*[41]

- Përfshirja e top management;
- Të ketë një sjellje te orientuar drejt kuptimit më tepër se drejt vlerësimit;
- Përfshirja e pjesës më të madhe të management;
- Përfshirja e personelit të front-office ose të kontaktit në ndërtimin e instrumenteve matëse për të vlerësuar performancën e tyre;
- Të konsiderojnë seriozisht sugjerimet e personelit të kontaktit;
- Përfshijë stafin përkatës në të gjitha fazat e procesit të matjes;
- Të ndajnë dështimet dhe sukseset;
- Të ndajnë dhe shpërndajnë informacionin e matjeve, duke ruajtur privatesinë e punëtorëve;
- Mos fajesojnë popullin, por të analizojnë proçeset;
- Të përfshijnë matjen brenda vlerave, si respekti dhe barazia.

Skeda 5 - *Disa rekomandime operative për menaxhimin*

- Të jenë te sigurt se informacioni i mbledhur është i rëndësishem për përdoruesit / pacientit dhe i dobishëm për administratorët;
- Përcaktohet nëse të dhënat duhet të mblidhen nga të gjithë përdoruesit / pacientët apo për cdo moster;
- Të jenë te sigurt se kampioni është përfaqësuese;
- Të bëhet një pyetësor para provë për të vërtetuar përgjigjet duke përsëritur disa herë studimin;
- Të përdoren pyetjet e hapura dhe të mbyllura;
- Të përdoret një gamë e gjerë;
- Të përcaktohet koha, forma dhe më pas të komunikohen rezultatet e të dhënave të mbledhura;
- Të grupohen të dhënat e grumbulluara për segmentet përdorues, në bazë të variablave demografike, etj,.
- Të shkruhet një plan për të përmirësuar cilësinë dhe të caktojë përgjegjësitë;
- Te ndiqet një follow-up të rezultateve dhe ti komunikohen ato pacientit;
- Të krahasohen rezultatet me standardet e jashtme (*benchrnarking*).

Matja dhe kontrolli i cilësisë së perceptuar, ndër të tjera, "shërbejnë dhe kanë kuptim në qoftë se menaxherët dhe operatorët e shërbimeve janë me të vërtetë të gatshëm për të promovuar ndërhyrje me qëllim nxitjen dhe përmirësimin e vazhdueshëm të proceseve të komunikimit, organizimit dhe teknike profesioniste, për tiu përgjigjur në menyrë gjithmone e në rritje kërkesave dhe pritjeve të qytetarëve.[42]

Duke pranuar se kushtet për përdorimin efektiv të teknikave dhe mjeteve gjenden në qasjen e saktë dhe të vazhdueshme metodologjike për përdorimin e tyre, shumë prova empirike, analiza procesesh të ndryshimeve dhe inovacioneve, tregojnë një fakt shumë të rëndësishëm: shpesh ndryshimi vjen dhe maturohet si rezultat i konsolidimit dhe përhapjes së përdorimit të risive instrumentale dhe teknike. Në këtë kuptim, shtytja për adoptimin e teknikave dhe mjeteve të përdorura për të matur customer satisfaction, mund të kontribuojë në zhvillimin dhe

[41] Adattato da SCHIAVI G., *op. cit.*, p. 154. m°

[42] Cfr. VIAN F., Prefazione a FRA.NCI A., CORSI M., La qualità percepita nei servizi socio-sanitari. Problemi metodologici e aspetti qualitativi, Maggioli Editore, 2002.

shpërndarjen "*bottom-up*" të një ndjeshmërie të re të sjelljes tek operatorët, potencialisht e rëndësishme për zhvillimin e një kulture të kënaqësisë së klientit.
Për disa kohë, në fakt, istitucionet e kujdesit shëndetësor janë thirrur për një ndryshim të qasjes në menaxhimin e marrëdhënieve me përdoruesit; me sa duket, megjithatë, këto ndryshime ende paraqesin shumë vështirësi për zbatim, gjurmuar shpesh, ndoshta me ngut, ne dështimin për rinovimin kulturor. Në fakt, ndoshta, shumë ndryshime në sistemin shëndetësor duhet të jenë të asimiluar më mirë jo vetëm nga operatorët, por, në përgjithësi, nga të gjitha palët e përfshira, për të përfituar efektet e dëshiruara. Nga ana tjetër, transformimi i kërkuar me procesin e korporatizimit dhe të gjitha ndryshimet e brendshme dhe të jashtme në istitucionin shëndetësor dhe strukturat e saj, konkretizojnë një shkallë të gjerë të zhvillimit, e cila ndikon në mënyrën se si janë krijuar qendrat e kujdesit shëndetësor dhe, mbi të gjitha, rolin e tyre në shoqëri.[43]
Miratimi i teknikave të customer satisfaction ofron një rrugë për përmirësim, por i duhet bërë kujdes rreziqeve që lidhen me përdorimin pak të rrepte, ose spekulativ, të këtyre metodologjive, në një kontekst ku gjithmonë duhet të mbizotërojë perspektiva etike.

[43] E. Anessi PESSINA E., CANTii E. (a cura di), *Rapporto OASI 2007. Lo stato dell'aziendalizzazione della sanità in Italia,* Cergas, Egea, Milano, 2007.

Kënaqësia e Klientit
Riorganizim i Sistemit Shëndetësor



There is only one valid definition of business purpose:
to create a satisfied customer …
P. Drucker (1954)



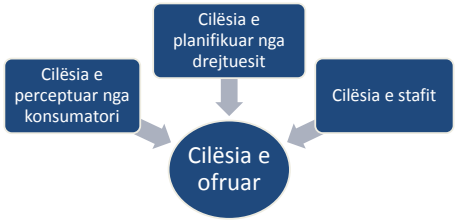
Customer Satisfaction*: *çështje kyçe strategjike për organizatat

a) ***Kënaqësia e konsumatorit***: në një mjedis konkurrues dhe të bazuar në treg të lirë, do të thotë mbijetesë dhe zhvillim i shoqërisë,

b) ***Rritja e vlerave te kompanisë:*** vjen nga numri i konsumatorëve të shërbyer, nga aftësia për ti bërë sa më besnikë dhe aftësia për të tërhequr të tjerë, ndoshta edhe duke i "larguar" dhe "rrëmbyer" nga konkurrentët e tyre,

c) ***Cilesi e garantuar***

Cilësia e ofruar, *si një proçes racionalizimi i aktiviteteve të brëndshme të organizatës*, është prodhimi i cilësisë të planifikuar nga drejtuesit, cilësisë së dëshiruar dhe të perceptuar nga konsumatori dhe cilësisë të perceptuar nga ana e stafit.



janë njohuritë dhe besimi elementët themelorë të proçesit të këmbimit

- Aftësia për të kuptuar pritshmerinë e konsumatorëve,
- Aftësia për të ndërtuar një marrëdhënie shkëmbimi,
- *Total Quality Management*,
- Vlerësimi i burimeve të brëndshme,
- Përmirësimi i shërbimit të ofruar dhe përgjegjshmëria

kanë ndikim pozitiv në:

- kënaqjen dhe besnikërinë e konsumatorit,
- cilësinë e produktit/shërbimit,
- rritjen e "përfitimeve".

Përmirësim i Vazhdueshëm

Vetëm nëse merren parasysh:
- Rrjedha e *feedback*-ut të informacionit nga "konsumatori"
- Integrimi në hartimin e produkt/shërbimit;
- Optimizimi i marrëdhënieve dhe rezultateve.

Rëndësia e Komunikimit - Variablat

- Variabël kritik që ndikon në performancën e istitucionit;
- Prodhon vlerë në këmbim ekonomik;
- Proces rinovimi që nis me shfaqjen "publike" në përpjekjen për të siguruar mbijetesën;
- Përmes ndjeshmërisë, administrata publike bëhet *customer oriented*;
- Ndryshim organizimi për të arritur efektivitetin maksimal dhe efikasitetin.

RISTRUKTURIM I SEKTORIT SHËNDETËSOR

Menaxhim i Ri ***Masa të reja drejtuese***

Më shumë vetëdije për hapësirat e një sfere veprimtarie të matura, të mjaftueshme për të bërë zgjedhje që mund të kualifikohen si strategjike, pasi:

a) përcaktojnë marrëdhëniet e mjedisit të jashtëm me istitucionin,
b) ndikojnë në të gjitha fushat e veprimtarisë,
c) përcaktojnë drejtimin e aktiviteteve të zhvillimit,
d) janë kritike për arritjen e qëllimeve institucionale.

Komunikimi - Objektivat

Aktivizimi i këtij proçesi komunikimi shërben, kryesisht, për të arritur një sërë objektivash, përkatësisht:

1. **Së pari dhe më kryesorja, *edukimi i përdoruesit***:
   Përpjekje që kërkon të ndryshojë sjelljen dhe zakonet e përdoruesve, (parandalimin e sëmundjes), për ti dhënë këtyre të fundit një sjellje më të vetëdijshme dhe më pjesëmarrëse në proçesin e ofrimit të shërbimit;

2. ***Mbledhja e informacionit* dhe të dhënave për nivelin e kënaqësisë së përdoruesve** në lidhje me shërbimet e ofruara, në mënyrë që të monitorojnë nivelin e kënaqësisë dhe pakënaqësisë, për të zbuluar situatat dhe shkaqet e tyre, duke ndërhyre në kohë me veprime korrigjuese;

3. **Mbledhjen e informacionit mbi *evoluimin e nevojave dhe prespektivave* të përdoruesve** si dhe mbi situatat epidemiologjike në fushën e ekspertizës

KARAKTERISTIKAT E TRANSFORMIMIT:

nga Njësi Spitalore ➡ ne "Kompani" të Shëndetit Publik

✓*Duhet vazhdimisht të përshtaten me nevojat e qytetarëve / përdoruesve,*

✓*Të sigurojnë standardet e mjaftueshme të cilësisë së shërbimeve;*

✓*Arritja e standardeve duhet të përfshijë dhe operatorët e brëndshëm;*

✓*Nuk duhen imituar sjelljet e menaxhereve të sektorëve të tjerë, jo plotësisht konform qëllimit të këtij proçesi inovativ (aspekti social);*

✓*Kërkohet kujdes në aplikimin e modeleve menaxheriale ne kalimin nga një zonë shërbimi në një tjetër, dhe kur kontekstet kulturore, politike dhe sociale janë të ndryshme;*

✓*Top Management duhet të përhapë midis punëtorëve, në të gjitha nivelet, vetëdijen e një rruge të përbashkët ndërtuar në bashkëpunimin e ngushtë me përdoruesit e shërbimit.*

BAZA THEMELUESE E PËRFSHIRJES NË PËRKUSHTIMIN DHE BESIMIN E AKTIVITETIT

…KARAKTERISTIKAT E TRANSFORMIMIT:

✓***Pretendimit të klientit për të qenë në qendër të realitetit***, mund të bëhet vetëm nëpërmjet dy pyetjeve të thjeshta për istitucionet:

a. Sa shpesh kërkojnë mendimin ose lejojnë pacientin të gjykojë veprimet e tyre?
b. Në çmënyrë atë që pacienti thotë dhe sygjeron sillet pastaj brenda istitucionit dhe ndihmon në përmirësimin e proçeseve të cilësisë?

✓Ndaj, niveli i ***përfshirjes së stafit*** do të jenë aq i lartë dhe i gjerë:

1. sa më shumë istitucioni të ketë punuar për të rritur kuptimin dhe përmbajtjen e asaj që ka për qëllim të ndjekë,
2. të lejojë profesionistët dhe operatorët të veprojnë në përputhje me rrethanat,
3. për ti bërë më të përgjegjshëm, dhe për ti dhënë merita per rezultatet e arrira:

"Të njohësh dhe të ndashë atë që di."

Të kihet parasysh se... Ristrukturimi i "shëndetit"...

nuk do të thotë vetëm zbatimim i modeleve të privatit në kontekstet shëndetësore.

Menaxherët e shërbimeve shëndetësore janë të frymëzuar nga dy dimensione:

Marketing Management	Etika e Biznesit
"vizionin" e marketingut si një udhëzues për kënaqësinë e konsumatorëve, për ta dalluar nga konkurrenca dhe për të arritur dhe ruajtur ekuilibrin ekonomik - financiar te istitucionit.	shpjegon nevojën e istitucioneve shëndetësore për të siguruar rrugët me efikase të aktivitetit në, menaxhimin e performancës për drejtim dhe, mbi të gjitha, korrektësi etike.

"Apeli për disiplinën e Marketingut, në përbërjen e propozuar nga marketing management dhe etika e biznesit, është thelbësore për çdo veprimtari që kryhet; në një aktivitet publik në veçanti, nuk është thjeshtë thelbësore: por ***fiziologjike***

RENDESIA E MARKETING MANAGEMENT...

❖Proçes që ka të bëjë me nevojën, ndërgjegjësimin e istitucionit për përdorimin e burimeve (njerëzore, materiale dhe jomateriale) të cilat mundësojnë që ajo të hartojë dhe zhvillojë marrëdhëniet e saj me tregun;

❖Ti përgjigjesh kërkesave të një "klienti" dhe jo vetëm të një "pacienti";

Në këtë perspektivë kuptohet pse bota "private" i jep kaq shumë rëndësi:
- *studimit të segmentimit të tregut,*
- *personalizimit të produkt - shërbimit dhe komunikimit,*
- *fitimit të besnikërisë së konsumatorit,*
- *etikës së biznesit, kontrates morale me klientët,*
- *bilancit social dhe mjedisor të istitucionit.*

❖Kujdesi ekstrem që istitucionet i japin *front line*, dmth stafit të cilët kanë kontakt të drejtpërdrejtë me klientët dhe përdoruesit;

❖Klienti nuk është ai për të cilin ofrohet një raport eskluzivisht komercial, por personi të cilit duhet ti ofrojmë një shërbim dhe që, ndryshe nga një përdorues pasiv, ***mund të zgjedhë "lirisht" llojin e shërbimit që ka nevojë***.

...RENDESIA E MARKETING MANAGEMENT

❖Konsumatori ka mundesinë e zgjedhjes dhe për këtë arsye duhet bërë për vete;

❖Ka karakteristika specifike dhe mbart eksperienca të mëparshme;

❖Është i gatshëm/aftë për të vlerësuar efektivitetin, çmimin dhe cilësinë;

❖Është gjithashtu i gatshëm të braktisë shpërndaresin e të njëjtin shërbim apo të kërkojë shërbim nga institucionet shëndetësore që konsiderohen më konkurruese.

*Prandaj, "**mobilizimi**", si një shprehje e pakënaqësisë drejt strukturave shëndetësore prodhuese, është edhe më e qartë nëse referohet në një sektor shumë dimensional;*

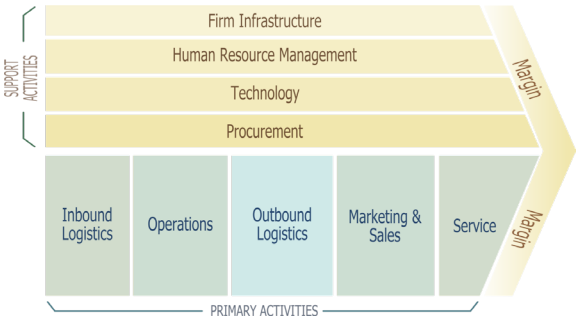
❖Duhet një emërues i përbashkët, që konsiston në menaxhimin e kujdesshëm të marrëdhënieve me botën e jashtme, në veçanti, me konsumatorin;

❖Duhet të krijohet një marrëdhënie me pacientin, si nje klient i vërtetë, për ti siguruar dhe përmbushur nevojat në përgjithësi.

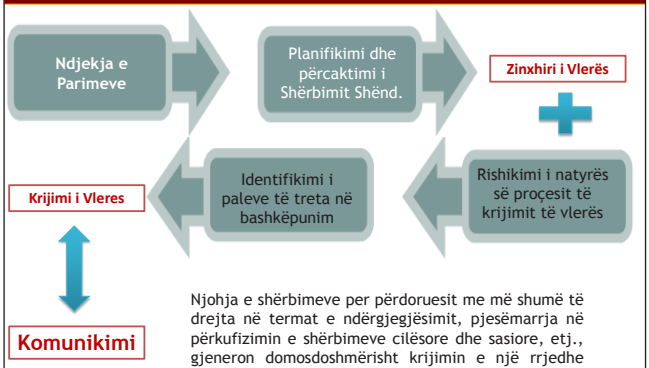
2. Kostelacioni i vlerës

I referohet aktorëve që ndërveprojnë, krijojnë vlera, ose përmbushin qëllimin e konsumatorit final me arritjen e njëkohshme të përfitimit të të gjithë aktorëve që i përkasin "plejadës"

Value Chain - Sistemi i vleres - M. Porter (1985)



Zinxhiri i vlerës është një mjet i përdorur nga kompania për analizë të brendshme, përkatësisht për të identifikuar pikat e forta dhe dobësitë e saj dhe për të gjeneruar një vlerë të caktuar



Njohja e shërbimeve per përdoruesit me më shumë të drejta në termat e ndërgjegjësimit, pjesëmarrja në përkufizimin e shërbimeve cilësore dhe sasiore, etj., gjeneron domosdoshmërisht krijimin e një rrjedhe **komunikimi të tipit bidirecional**

Ekzistenca e një rrjedhje bidirecionale mes istitucionit dhe klientit motivon ekzistencën e një marrëdhënie të natyrës bashkëpunuese ose partneriteti në krijimin e vlerës

Klienti i jashtëm jeton një proçes vetëdije:

- rreth të drejtave dhe mundësive për të marrë trajtim efektiv dhe cilësor në përputhje me nevojat reale;
- në lidhje me ndikimin e ushtruar nga cilësia e kushteve të punës dhe mbi të gjitha, mundësinë/aftësinë komunikuese te profesionistëve të cileve u adresohen mbi nivelin e shërbimit të marrë.

Klientët e brëndshëm (operatorët e sektorit),

- tregojnë një vëmendje më të madhe për çështjet e mbrojtjes së qytetarëve, për informacionin, përmirësimin e cilësisë,
- duke u treguar gjithashtu të vetëdijshëm për lidhjen që ekziston mes cilësisë së shërbimit dhe kushteve në të cilat ndodhen për të kryer punën e tyre.

Roli i Shtetit në shëndetësi

Nga një organizator dhe drejtues shërbimi, merr rolin e garantuesit të barazisë në vend, përmes kufizimit të 'qendrave' përgjegjëse për lëvrimin e këtyre shërbimeve me një veprim të fortë riorganizimi strukturor.

Ministria e Shëndetësisë duhet të jetë e aftë:

•"Ti sigurojë të gjithëve barazinë e sistemit, cilësinë, efikasitetin, transparencën dhe komunikimin e duhur dhe të përshtatshëm, në të gjithë territorin;

•Të nxjerrë në pah pabarazitë, padrejtësitë dhe promovimin e veprimeve korrigjuese dhe përmirësuese;

•Te bashkeveprojë me rajonet për të vlerësuar dhe për të përmirësuar realitetin shëndetesor, duke investuar ne trajnimin e burimeve njerëzore dhe në plane organizative/manaxheriale të reja dhe efektive;

•Të perkrahë linjat e inovacionit dhe ndryshimit dhe të përballë rreziqet e mëdha që kërcënojnë shëndetin, nëpërmjet një strategjie të koordinuar ndërhyrjesh të istitucioneve të tjera

Nga Modeli Porterian… në Plejadën e Vlerës

Analizë e brëndshme

Strategji për të arritur një përparësi konkurruese të qëndrueshme

Krijimi i një pozicioni avantazhi konkurrrues

Zinxhiri i vlerës së çdo kompanie përfshihet në një sekuencë të përbërë nga zinxhirët e mbi - sistemeve

sistemit (zinxhir) të vlerave

Brënda sistemit nuk arrihet në prodhim, por në shtimin e vlerës hap pas hapi

Analizë e brëndshme dhe e jashtme

Strategji për të rikonfiguruar aktivitetet dhe përvetësuar aftësi maximale

Krijimi i një pozicioni avantazhi për klientin

Angazhohen konsumatorët, dhe në përgjithësi të gjithë mbisistemin qe ndikon në procesin e formimit të vlerës

kostelacioni (plejada) e vlerave

Brënda sistemit arrihet në krijimin e vleres vetëm pasi të kenë kontribuar të gjithë aktorët e tjerë, duke filluar nga klienti

3. Instrumentet:

P.R.O. dhe "Karta e Shërbimeve"

Zyra për Marrëdhëniet me Publikun (PRO) dhe Karta e Shërbimeve

Mjetet janë kryesisht të orientuara për të promovuar ushtrimin e një sjelljeje të vetëdijshme dhe pjesëmarrëse nga ana e konsumatorit.

Duhet të konsiderohet jo vetëm “pacienti”, individi që ka nevojë për kujdes të menjëhershëm, por në veçanti edhe ato që janë të “shëndetshëm”.

Sektori delikat shëndetësor duhet të monitorohet me kujdes në kohë të ndryshme në kontakt me qytetarin, duke rekuperuar, në sytë e të gjithëve, ***besimin e humbur*** (marrë në konsideratë shumë raste të neglizhencës mjekësore).

“Komunikimit” në istitucionet shëndetësore, duhet t'i njihet detyra e krijimit të "një klime të mirëkuptimit të ndërsjellë, besimi dhe disponueshmërie të favorshme me të gjitha grupet e përfshira.

“Konsumatori bëhet "subjekt" individual me dinjitet, kapacitet kritik, dallim, e aftesi për zgjedhje.

Zyra për Marrëdhëniet me Publikun (PRO)

Lejon identifikimin e mjeteve të komunikimit të integruar, si një faktor përcaktues apo nyjë kufitare e rrjetit të Administrates Publike, e pozicionuar keshtu në qendër te shkëmbimeve të komunikimit mes sistemit dhe mjedisit.

Rëndësia strategjike e atyre komponentëve të një sistemi të cilët, në kontakt me mjedisin, mund të kontribuojnë në zhvillimin e një organizate.

Vend i privilegjuar komunikimi për një administratë publike, e thënë ndryshe “instrument ndërmjetësimi dhe ndërvarësie” midis sistemit dhe mjedisit dhe përfshirje dhe kohezioni brenda vetë **sistemit.**

Instrument themelor i ***zërit të qytetarëve*** në marrëdhëniet e tyre me autoritetet publike.

Nevoja në lidhje me transparencën e aktiviteve të administratës publike nga ana e qytetarëve (deri në lejimin e kontrollit të dokumentave publike nga ana e ketyre të fundit).

Zyra për Marrëdhëniet me Publikun (PRO)

- *Mjet për rekuperimin e konsensusit:*
  - Pritje dhe dëgjim, per ankesat, dhe për sugjerime;
  - Informacion dhe përgjigjje, për aktivitetet e komunikimit;
  - Marketing, per rolin organizativ dhe dinamik që luan në administratë.
- *Zbatimi i transparencës të aktiviteteve administrative;*
- *Njohja e nevojave dhe nivelit të kënaqësisë së qytetarëve;*
- *Propozimet për modernizimin e objekteve;*
- *Thjeshtimi i gjuhës;*
- *Zhvillimi i të drejtës per pjesëmarrje dhe monitorim ne zbatimin e procedurës administrative;*
- *Informimi i publikut në lidhje me veprimet administrative në vend dhe statusin e zbatimit të proçedurave;*
- *Kërkime dhe analiza të kontekstit të perdorimit për propozime organizative dhe logjistike që synojnë përmirësimin e marrëdhënieve me qytetarin;*
- *Promovimi dhe aktivizimi i programeve të komunikimit me publikun për të njohur në mënyrë efektive rregullat, shërbimet dhe strukturat*

***Zyra për Marrëdhëniet me Publikun* (PRO)**

Shpërndarja ne territor e strukturave të shërbimeve;

Propozohet si "suport, sponsor mbështetës dhe subjekt nxites të një kulture komunikimi efektiv, privilegjues i secilit komponent brenda organizatës.

Mënyra e vetme për të krijuar një cikël virtuoz, e aftë për të sjellë njerëzit në qendër të proçeseve të krijimit të vlerës, duke lejuar krijimin e strukturave administrative më fleksibël, pjesëmarrëse dhe afrimitet nevojave të individëve,

Krijohen "administrata të përbashkëta", ku aktorët e brendshëm dhe të jashtëm bëhen partnerët përkrahës të performancës së mirë.

PRO kryeson, ekskluzivisht, në drejtimin real-time të marrëdhënieve me klientin nëpërmjet një front-office të organizuar mirë dhe të gatshëm për t'iu përgjigjur nevojave të konsumatorëve

Karta Shërbimit

Është një ***deklaratë e vërtetë qëllimesh*** me të cilën qendra shëndetësore është e angazhuar për ti transferuar bartësve të interesave një shërbim ne linjë me standardet e cilësisë.

Orientuar për të afruar qytetarët përfitues të shërbimeve pranë administratave te vecanta publike; përmes ***krijimit të një marrëdhënie*** të re që konfigurohet, si një pakt i vërtetë mes administratës dhe përdoruesve te shërbimeve publike.

Qëllimi i marrëveshjes qëndron në dëshirën për të pajtuar kërkesat e efikasitetit dhe produktivitetit të shërbimeve me ato të cilësisë dhe kënaqësisë se qytetarit - përdorues

Krijohet një “pakt” midis subjektit që shpërndan shërbimin dhe marrësit në bazë të së cilës, përkundrejt një vlere ekonomike (tarifë, taksë etj.), duhet të respektohen disa standarde: nëse këto standarde nuk respektohen, i jep të drejtën përdoruesit të shërbimit në ***rimbursimin e dëmit të shkaktuar***.

Karta Shërbimit - Kriteret e Administratës Publike

Parime me natyrë cilësore:

- Janë të lidhura me parimet e ***barazisë***, e lidhur si me të drejtat e dhëna përdoruesve të ndryshem ashtu dhe me ndalimin e diskriminimit;
- ***Paanshmërisë***, ose detyrimit per objektivitet, drejtësi dhe paanësi në raportet me përdoruesit;
- ***Vazhdimësinë***, pikërisht për të siguruar se dhënia e shërbimeve të ndodhë vazhdimisht, rregullisht dhe pa ndërprerje;
- ***Të drejtën e zgjedhjes***, kuptohet si e drejtë e përdoruesit për të zgjedhur, mes atyre që ofrojnë shërbimin, ate që më mirë i plotëson nevojat e tyre;
- ***Pjesëmarrje***, e stabilizuar si për ofrimin e shërbimit dhe për ushtrimin e të drejtave te hyrjes;
- ***Efikasitet dhe efektivitet***, për qëllimet ku duhet të përqëndrohen shpërndarësit

Karta Shërbimit - Kriteret e Administratës Publike

Parime me natyrë sasiore:
tregojnë mjetet që do të adoptohen për arritjen e objektivave të ndryshme, cilesore dhe jo, te përcaktuara nga ofruesit.

- ***Adoptimit te standardeve të përgjithshme dhe specifike*** (kompleksit të shërbimeve te kryera; pragu maksimal apo minimal relativ vlerash);
- ***Informimin e përdoruesve,*** me anë të së cilës janë përcaktuar cilësitë, mjetet dhe mënyrat me te cilat ajo duhet të jetë garantuar;
- ***Marrëdhëniet me shpërndarësit e shërbimit***, e cila tregon mënyrën që duhet të ndiqet nga ofruesit dhe punonjësit e tyre në marrëdhënie me përdoruesit;
- Detyrën e ***vlerësimit të cilësisë së shërbimeve***, kontrolle në cilësinë dhe efektivitetin e shërbimeve të ofruara;
- ***Rimbursimin***, e cila i njeh të drejtën përdoruesit për të marrë kompensim për koston e performancave të kryera në rastet ku është treguar se cilësia dhe afatet kohore te kjo e fundit nuk ishin në përputhje me standardet e publikuara.

Karta Shërbimit - Karakteristikat

✓Është parashikuar një plan sanksionimi në favor të përdoruesve për sjellje jo të mirë (përputhje) nga ana e ofruesit/shperndaresit te sherbimit.

✓Nevoja për istitucionet shëndetësore të dinë në mënyrë të detajuar modalitetet me të cilat shërbimet shëndetësore janë dhënë (aspektet që kanë ndikim të drejtpërdrejtë në perceptimin nga përdoruesit e cilësisë së shërbimit);

✓Mundësia në përcaktimin e standardeve të cilësisë që përfaqësojnë angazhimet reale për përdoruesit;

✓Përmirësimin e asaj cilësie të veçantë shërbimi, ashtu si perceptohet dhe vlerësohet nga ana e popullsisë-potenciale dhe përdoruesit aktual.

Karta Shërbimit - Rezultatet

Nëpërmjet mekanizmave të Kartës, nevojat e qytetarit përdorues hyjnë në proçeset prodhuese të shërbimeve, investojnë tek projektimi, kontribuojnë në identifikimin e karakteristikave cilësore, ofrojnë referenca për të vlerësuar rezultatet dhe, kur është e nevojshme, shkaktojnë ndryshime.

Karta lidh proçeset e brendshme me botën e jashtme dhe i bën ata të përshkrueshme ndaj nevojave të qytetarëve;

Një 'proçes' i vazhdueshëm analizash dhe përmirësimesh të cilësisë së shërbimit, duke ndërtuar mundësinë për të siguruar, në të gjitha nivelet e organizimit, rrugën drejt ***cilësisë totale***. (Total Quality Management).

Të tjera mjete komunikimi

1. *Qendra e Prenotimeve;*
2. *Trajtimi i Ankesave;*
3. *Udhëzues për pacientin;*
4. *Sinjalistika (apo shenjat dalluese);*
5. *Media tradicionale;*
6. *Konferencat dhe takimet;*
7. *Hulumtimet e tregut;*
8. *Analiza e customer satisfaction .*

4. Metodat dhe teknikat për matjen e customer satisfaction

4.1 Matja e customer satisfaction në istitucionet shëndetësore

***Cilësia në shërbimet shëndetësore** = marrëdhënie mes përmirësimeve të marra në kushtet e shëndetit dhe përmirësimet maksimale të arrira në bazë të gjendjes së tanishme të teknologjive, njohurive dhe rrethanave të pacientëve.*

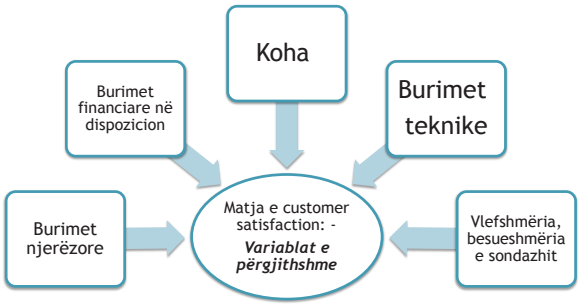
Donadebian

Customer satisfaction, aftësia relacionale e istitucionit për të interpretuar dhe kënaqur pritjet dhe aspetativat e klientit të saj.

Efektiviteti i C.S. në shëndetësi sigurohet me anë të vlerësimit të cilësisë:

- ❖në nivelin e përgjithshëm, në uljen e numrit të konsumatorëve të shëruar (përmes parandalimit efektiv).
- ❖në njësitë operative (p.sh.spital), ne kënaqësinë e konsumatorëve (si cilësia e përgjithshme e shërbimeve të marra).
- ❖në performancë specifike; në "reduktimin" e shërbimit të konsumatorëve (në kuptimin e ri-ndërhyrjeve, etj.).
- ❖duhet të matet jo vetëm me termat e kënaqësisë se përdoruesit, por edhe, në termat e parandalimit të kërkeses së shërbimit.

4.1 Matja e customer satisfaction: - Aspekte metodologjike



4.1 Matja e customer satisfaction: - Aspekte metodologjike

1. *Qëllimi i matjes - Pse duhet matur?*
   - ✓Për të përcaktuar burimet në mënyrë fitimin e një avantazhi konkurrues;
   - ✓Për të përcaktuar se si të përmirësohen proceset e organizatës;
   - ✓Për të komunikuar më mirë angazhimin e organizatës për cilësinë;
   - ✓Për të motivuar, dhënë energji dhe drejtim përpjekjeve të personelit;
   - ✓Për të vlerësuar performancën e organizatës;
   - ✓Për të ditur se ***përdoruesit i është dhënë liria e zgjedhjes***.

2. *Objekti i matjes - Çfarë duhet matur?*
   - ✓***Hetimi në nivel strukture***: hetohet kënaqësia kundrejt komponentëve strukturorë të shërbimit shëndetësor (mjediset, pajisjet, personeli, etj)
   - ✓***Hetimi në nivel procesi***: hetohet kënaqësia për mënyrat e ofrimit të shërbimit (procedurat diagnostike dhe terapeutike, etj)
   - ✓***Hetimi ne nivel output-i***: hetohet kënaqesia per të arritur rezultatin nga përdoruesi duke përfituar nga një shërbim (ndryshim në statusin shëndetësor, kujdesin e marrë, etj)

perceptimet dhe qëllimet e konsumatorit

4.1 Matja e customer satisfaction: - Aspekte metodologjike

3. *Metodat e matjes - Modaliteti*
   - ***Projektimi i studimit***: përcaktimi i metodave, teknikave dhe mjeteve kërkimore në funksion të problemit për t'u hetuar (struktura e sistemit të informacionit)
   - ***Zbatimi i studimit***: teknika të ndryshme, që sigurojnë korrespondencën ndërmjet objektivave të kërkimit dhe të informacionit të tërhequr në të vërtetë.
   - ***Përpunimin e të dhënave***: testimi i supozimeve te bëra, qe lejon të fokalizohen problemet, duke i izoluar apo grupuar variablat, për të identifikuar tendencat, etj.
   - ***Prezantimi i rezultateve***: Përfaqësimi me listat dhe grafikët ofron, në përgjithesi, nje lexueshmëri më të mirë të rezultateve.
   - ***Ndërhyrja në proceset e biznesit***: analizë të *customer based*.

4. *Kohët dhe vendet e matjes*
   - ❖Zyra për Marrëdhënie me Publikun

4.2. *Matja e customer satisfaction: zgjidhje teknike dhe instrumentale*

Zgjidhja teknike çon në identifikimin e proçedurave të afta për ndërtimin e treguesve sintetike që shprehin perceptimet dhe gjykimet e përdoruesve në lidhje me shërbimin e ofruar.

Metodat cilësore
- vëzhgimi menaxherial;
- feedback-u i operatorëve;
- puna në *team* dhe qarqet e cilësisë;
- focus group

Quality Improvement Experiment
Analiza e ankesave të mbledhura nga Zyra për Marrëdhënie me Publikun (OPR):
- Grumbullimi i ankesave
- Sondazhet e opinionit

Metodat kuantitative
- *comment card* (kartat e komentit);
- pyetësorët e vetë-administruar;
- intervistat personale;
- kërkimet telefonike;
- konsumatorët misterioze;

Matja dhe kontrolli i cilësisë së perceptuar, "shërbejnë dhe kanë kuptim në qoftë se menaxherët dhe operatorët e shërbimeve janë me të vërtetë të gatshëm për të promovuar ndërhyrje



Ky publikim dhe programi i Masterit në Menaxhim Shëndetësor
janë mbështetur nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC)
nëpërmjet projektit të saj Shëndet për të Gjithë (HAP)

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC

HAP
health for all project